

## *Cognitivo-Constructivista Integradora*

Luis BOTELLA i GARCIA DEL CID  
Universitat Ramon Llull

### *Resumen*

Este artículo presenta un estudio intensivo, combinando métodos estadísticos diversos, del resultado y el proceso de los tratamientos psicoterapéuticos llevados a cabo en el *Servei d'Assessorament i Assistència Psicològica Blanquerna* de Barcelona, y analiza pormenorizadamente las relaciones entre resultado (mejoría) y proceso (alianza terapéutica). Más concretamente (a) el proceso terapéutico en términos de la relación entre alianza terapéutica y resultado de la psicoterapia; y (b) los efectos de las rupturas de la alianza terapéutica y el empeoramiento sintomático sobre el resultado y el proceso de la terapia. Los clientes incluidos en este estudio fueron 239 y los instrumentos fueron el Cuestionario de Evaluación de Resultados *CORE Outcome Measure* y la versión reducida del *WAI (Working Alliance Inventory)* para la evaluación de proceso. Los resultados, además del buen resultado de la terapia y el mantenimiento de los cambios, demostraron la importancia de diferentes aspectos de la alianza terapéutica como predictores del resultado y el proceso terapéutico.

*Palabras clave:* resultado, proceso, psicoterapia cognitiva, psicoterapia constructivista, psicoterapia integradora.

### *Abstract*

This paper presents an intensive study that combines statistical methods to test the outcome and process of the psychotherapeutic treatments at the *Servei d'Assessorament i Assistència Psicològica Blanquerna* in Barcelona, and it analyzes in detail the relationship between outcome (improvement) and process (therapeutic alliance). Specifically, the study analyzes (a) the psychotherapeutic process in terms of the relationship between therapeutic alliance and therapy outcome, and (b) the effect of therapeutic alliance ruptures and symptomatic worsening over therapy outcome and process. The clients included in this study were 239 and the assessment instruments were the *CORE Outcome Measure* and the reduced version of the *Working Alliance Inventory*. Results indicate the good outcome of therapy and the importance of different aspects of the therapeutic alliance as predictors of the therapeutic process.

*Keywords:* Outcome, Process, Cognitive therapy, Constructivist therapy, Integrative therapy.

El trabajo que se presenta en este artículo se centró en un estudio del resultado y proceso de los tratamientos psicoterapéuticos llevados a cabo en el *Servei d'Assessorament i Assistència Psicològica (SAAP) Blanquerna* de Barcelona, y concretamente de hasta qué punto las variables de proceso (particularmente la alianza terapéutica y las rupturas de ésta) correlacionan con las de resultado (particularmente la mejora sintomática y los abandonos prematuros del tratamiento). Para ello, y como pre-requisito, se hacía necesario demostrar que nuestra muestra constituye una muestra clínica y no un grupo de pacientes análogos de gravedad subclínica, cosa que disminuiría la aplicabilidad de nuestros resultados a la práctica clínica psicoterapéutica. Es por eso que una primera parte de la sección de resultados se dedica a analizar la gravedad de la demanda inicial de los pacientes de nuestra muestra. Igualmente, era importante demostrar el resultado de la intervención psicoterapéutica en términos de reducción sintomática pre-post, así como el mantenimiento de los beneficios de la terapia durante los seguimientos, ambos aspectos se tratan en una segunda parte de dicha sección.

Una vez satisfechos ambos pre-requisitos, el estudio que se presenta en este trabajo se centró en los siguientes objetivos e hipótesis (todos ellos fundamentados en la literatura revisada hasta este punto):

- 1) Hipótesis sobre la relación entre alianza y resultado: existe una correlación positiva significativa entre alianza terapéutica evaluada por el cliente y resultado de la psicoterapia en términos de mejora sintomática.
- 2) Hipótesis sobre la relación entre alianza y abandono prematuro de la terapia: la fuerza de la alianza terapéutica en los pacientes que abandonan prematuramente el tratamiento es menor que en los que lo llevan a cabo con éxito.
- 3) Hipótesis sobre la relación entre proceso y resultado de la terapia: existe una relación entre el debilitamiento temporal de la alianza terapéutica, el empeoramiento sintomático temporal y el resultado de la terapia en términos de mejoría global y número de sesiones necesarias para experimentarla.

## Método

### Participantes

#### Clientes

Los clientes incluidos en este estudio fueron 239; 191 mujeres (79,9%) y 48 hombres (20,1%) que recibieron tratamiento psicoterapéutico ambulatorio (con una periodicidad de una sesión semanal de una hora de duración) en un servicio universitario de psicoterapia de Barcelona: el *Servei d'Assessorament i Assistència Psicològica Blanquerna* cuyo funcionamiento se describe más adelante en el apartado *procedimiento*. Los tratamientos que se analizan corresponden a todos aquellos pacientes que empezaron su proceso terapéutico en cualquier momento de los tres años y cuatro meses comprendidos entre el inicio de la actividad del *SAAP Blanquerna* y el análisis de los datos que constituyen este estudio.

La media de edad de los participantes fue de 25,7 años, con una desviación típica de 8,7 y una puntuación mínima de 14 y máxima de 70. Un 69,75% de la muestra de pacientes se encontraba en la franja de edad comprendida entre los 18 y los 25 años.

#### Terapeutas

Los terapeutas participantes en este estudio fueron nueve en total; siete mujeres

y dos hombres. En el momento de iniciar el estudio la edad de los terapeutas estaba comprendida entre 26 y 40 años ( $M=33,22$ ;  $SD=6,48$ ). Todos ellos eran psicólogos clínicos y psicoterapeutas acreditados, con formación específica de máster en psicoterapia. Ocho de ellos eran doctores en psicología. Los años de experiencia de los terapeutas oscilaban entre los tres y los 17 años ( $M=10,22$ ;  $SD=6,48$ ).

### **Instrumentos**

#### *Evaluación de resultados*

Para la evaluación del estado sintomático de los clientes se utilizó el Cuestionario de Evaluación de Resultados *CORE Outcome Measure (CORE-OM)*; cuestionario de 34 ítems autoadministrado que evalúa el estado del cliente centrándose en las siguientes dimensiones: (a) Bienestar subjetivo; (b) Problemas/síntomas; (c) Funcionamiento; y (d) Riesgo, es decir, indicadores clínicos del riesgo de intentos de suicidio, autolesiones o actos de agresión a terceros. Cada uno de los 34 ítems del *CORE-OM* se puntúa en una escala tipo Likert que va desde 0 (nunca) hasta 4 (siempre o casi siempre).

Los niveles de gravedad sintomática de los clientes incluidos en este estudio, tal como demostró Corbella (2003), fueron equivalentes a los de otros estudios de validación del *CORE-OM* (véase Barkham, Margison, Leach, Lucock, Mellor-Clark, Evans, Benson, Connell, Audin, y McGrath, 2001; Evans, Connell, Barkham, Margison, Mellor-Clark, McGrath, y Audin, 2002).

#### *Evaluación de la alianza terapéutica*

La evaluación de la alianza terapéutica se llevó a cabo mediante la versión reduci-

da del *WAI (Working Alliance Inventory)* elaborado por Horvath y Greenberg (1986). El *WAI*, como medida global de la alianza terapéutica, se compone de 3 subescalas fundamentadas en los tres componentes de la alianza descritos por Bordin (1979): (1) Acuerdo en los objetivos de la terapia, (2) Acuerdo en las tareas de la terapia, y (3) Vínculo emocional entre terapeuta y paciente.

Cada subescala del *WAI* está formada por 12 ítems que se puntúan en una escala tipo Likert. La versión corta del *WAI* utilizada en este estudio (*WAI Short Version; WAI-S*) fue elaborada por Tracey y Kokotovic (1989) a partir de un análisis factorial confirmatorio del *WAI* que permitió depurar una versión reducida del cuestionario con el objetivo de facilitar su uso en ámbitos clínicos (véase Corbella y Botella, 2004). El *WAI-S* tiene una estructura factorial adecuada y, aunque elimina algunos de los ítems originales del *WAI*, mantiene la estructura de tres subescalas.

Cada una de las tres subescalas (*acuerdo en los objetivos, acuerdo en las tareas y vínculo emocional*) se evalúa mediante 4 ítems, en lugar de los 12 originales del *WAI*. El *WAI-S* se compone en total de 12 ítems que el cliente puntúa según la escala Likert de 7 intervalos original, que oscila desde 1 “nada” hasta 7 “totalmente”. Así, la puntuación final del *WAI-S* puede oscilar entre 12 y 84 puntos. En cuanto a la fiabilidad interna del *WAI-S*, Tracey y Kokotovic (1989) demostraron que es adecuada y alcanza un  $\alpha$  de Cronbach de 0,98.

La versión española del *WAI-S* fue elaborada y validada por Corbella y Botella (2004) a partir de una muestra de 102 pacientes no psicóticos que recibían psicoterapia en un contexto ambulatorio. La fiabilidad del inventario se evaluó a partir de su consistencia interna mediante la  $\alpha$  de Cronbach

y resultó ser adecuada (0,93). En cuanto a la estructura factorial del cuestionario, el Análisis de Componentes Principales con rotación Varimax reveló la presencia de tres factores con valores propios de 5,66 para el primer factor; 2,81 para el segundo y 2,59 para el tercero. Los tres factores explicaban un 65% de la varianza en total. El primer factor estaba formado por ítems pertenecientes a todas las subescalas del *WAI-S*, el segundo estaba compuesto por algunos ítems de la escala *Acuerdo en Objetivos* y el tercero por ítems de la escala *Vínculo Emocional*. En síntesis, entre las subescalas *Acuerdo en Tareas*, *Acuerdo en Objetivos* y un ítem de la subescala *Vínculo Emocional*, se explicaban los dos primeros factores, mientras que el tercero se componía únicamente de ítems referidos a la subescala *Vínculo Emocional*.

### Procedimiento

El procedimiento seguido en este estudio fue el habitual del protocolo de funcionamiento del SAAP Blanquerna, es decir:

1. Tras la llamada telefónica del cliente solicitando la consulta, este era convocado a una entrevista inicial de contacto con uno de los terapeutas del SAAP especializados en estas entrevistas.
2. Entrevista de contacto inicial: Se desarrollaba siguiendo el formato de entrevista semiestructurada *Therapy Assessment Form* del sistema *CORE*. Además, durante esta entrevista de contacto se administraba al paciente el cuestionario de evaluación sintomática del sistema *CORE* descrito con anterioridad.
3. Reunión del equipo de terapeutas con el objetivo de seleccionar al terapeuta más indicado en función de las características del paciente y de la demanda y planificar el diseño y formato de las intervenciones iniciales.
4. Inicio y desarrollo de la terapia: Como forma de monitorizar el resultado y el proceso de cambio terapéutico se administraban al cliente periódicamente cuestionarios sintomáticos (*CORE Outcome Measure* en cada una de las cuatro primeras sesiones y cada cuatro a partir de ese momento) y de alianza terapéutica (*Working Alliance Inventory* en cada una de las ocho primeras sesiones y cada cuatro a partir de ese momento). La razón por la cual se evalúa la mejoría sintomática y la alianza con esa periodicidad se deriva de los estudios sobre el ritmo de cambio en psicoterapia (Howard, Kopta, Krause y Orlinsky, 1986; véase Corbella y Botella, 2004) que indican que entre un 30% y un 40% de pacientes experimentan cambios importantes ya durante el período comprendido entre la 1ª y la 3ª sesión, y que en el período comprendido entre la 4ª y la 7ª sesión ese porcentaje alcanza entre un 50% y un 60%.
5. Final de la terapia: Una vez alcanzados los objetivos terapéuticos, y previo acuerdo de terapeuta y paciente, se pactaba el final de la terapia. Una vez más, como forma de monitorizar el resultado y proceso de cambio terapéutico se administraban al cliente cuestionarios sintomáticos (*CORE Outcome Measure*) y de alianza terapéutica (*Working Alliance Inventory*).
6. Seguimiento: Transcurridos seis y doce meses del final de la terapia, y mediante entrevista telefónica, se administraba de nuevo al cliente el cuestionario sintomático (*CORE Outcome Measure*) como forma de monitorizar el mantenimiento de los cambios terapéuticos.

## Resultados

### Resultados genéricos

#### Gravedad de la demanda inicial

El análisis de las puntuaciones de los 235 pacientes que respondieron al cuestionario *CORE-OM* tras la entrevista de contacto ofrece una imagen genérica de la gravedad de la demanda inicial, los 4 casos perdidos para los que no disponemos de cuestionario sintomático inicial corresponden a consultas muy puntuales y específicas que se resolvieron en la propia sesión de contacto y que no fueron constitutivas de un tratamiento psicoterapéutico propiamente dicho. Por lo que respecta a su distribución, tanto la prueba de Kolmogorov-Smirnoff como la de Shapiro-Wilk confirman que responde a una curva normal, con una media  $M=1,59$  y una desviación típica  $SD=0,66$ .

Los niveles de gravedad sintomática de los clientes incluidos en este estudio, tal como afirmábamos antes, fueron equivalentes a los de otros estudios de validación del *CORE-OM* en todas las dimensiones del instrumento excepto en el caso de la media de la puntuación de nuestra muestra en la dimensión *bienestar subjetivo*, que no fue significativamente diferente de la de la muestra clínica del estudio al que nos venimos refiriendo.

#### Resultado general de la intervención psicoterapéutica y mantenimiento de los beneficios de la psicoterapia

En términos generales el resultado de la intervención psicoterapéutica se puede calcular de forma simple y directa comparando el nivel de síntomas inicial (pre-terapia) con el nivel de síntomas final (post-terapia).

En la tabla 1 aparece el cálculo de la significación estadística de la diferencia

Tabla 1. Comparación de la diferencia de medias pre- y post-terapia para cada una de las dimensiones del *CORE-OM* (resultado de la terapia).

Dimensión	Medias y Desviaciones típicas				Valor absoluto de la diferencia de medias pre-post
	Pre-		Post-		
Bienestar subjetivo	M=2,31	SD=0,93	M=1,37	SD=1,02	0,94**
Problemas/síntomas	M=2,12	SD=0,86	M=1,25	SD=0,94	0,88**
Funcionamiento general	M=1,40	SD=0,72	M=0,95	SD=0,68	0,45**
Riesgo	M=0,44	SD=0,60	M=0,23	SD=0,44	0,21**
Todos los ítems excepto los de riesgo	M=1,84	SD=0,73	M=1,14	SD=0,79	0,70**
Todos los ítems	M=1,59	SD=0,67	M=0,98	SD=0,70	0,61**

\*\*Diferencias significativas con una  $p<0,001$  bilateral

de las medias pre- y post-terapia para cada una de las dimensiones del cuestionario de síntomas *CORE-OM*, y el análisis estadístico mediante la prueba *t* reveló que la reducción sintomática producida por la psicoterapia fue altamente significativa ( $p < 0,001$  bilateral) no sólo en la escala genérica de todos los ítems sino en todas y cada una de ellas.

En cuanto al mantenimiento del cambio terapéutico, el análisis de los 165 casos finalizados para los que disponíamos de datos de seguimiento a seis y doce meses confirma que se mantuvo: la media de la puntuación en el cuestionario de síntomas al acabar la terapia fue de  $M=0,75$ ; a los seis meses de acabar la terapia era de  $M=0,72$  y a los doce meses era de  $M=0,71$ .

Tabla 2. Correlaciones entre el estado sintomático y la fuerza de la alianza terapéutica sesión por sesión.

Sesión	<i>r</i>	<i>n</i>
3: <i>CORE-OM3/WAI3</i>	-0,346***	133
4: <i>CORE-OM4/WAI4</i>	-0,302***	168
8: <i>CORE-OM8/WAI8</i>	-0,432***	119
12: <i>CORE-OM12/WAI12</i>	-0,428***	81
16: <i>CORE-OM16/WAI16</i>	-0,418***	56
20: <i>CORE-OM20/WAI20</i>	-0,444**	42
24: <i>CORE-OM24/WAI24</i>	-0,406*	30
28: <i>CORE-OM28/WAI28</i>	-0,610**	20
32: <i>CORE-OM32/WAI32</i>	-0,615**	19
36: <i>CORE-OM36/WAI36</i>	-0,822***	14
40: <i>CORE-OM40/WAI40</i>	-0,629	9
44: <i>CORE-OM44/WAI44</i>	-0,226	7
48: <i>CORE-OM48/WAI48</i>	0,012	7

\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$

### Resultados específicos sobre predictores del resultado y proceso terapéutico

#### La alianza terapéutica como predictora del resultado de la terapia

Tal como sintetizábamos en la introducción a este trabajo, en la literatura sobre investigación en psicoterapia se da un amplio consenso sobre el hecho de que la fuerza de la alianza terapéutica en las primeras sesiones permite predecir el éxito de la terapia.

En la tabla 2 se puede observar como la correlación entre alianza y síntomas sesión por sesión demuestra que ésta fue estadísticamente significativa en todas las sesiones para las que disponíamos de datos desde la 3ª a la 36ª. Como se observa en la tabla 2, el número de pacientes de la muestra va disminuyendo progresivamente debido a que en el período de tiempo comprendido entre cada medida hay un porcentaje de ellos que acaban su proceso terapéutico. Esta disminución dificulta la interpretación de algunos de los últimos coeficientes de correlación que provienen de muestras pequeñas, si bien en todos los casos incluidos en la tabla se cumplían las condiciones de normalidad de la distribución según la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

#### Predictores del abandono prematuro de la terapia

Un análisis pormenorizado de la magnitud de la mejoría sintomática para los 239 clientes incluidos en este estudio (obtenida restando la puntuación final de la escala general del cuestionario *CORE-OM* de la inicial) revela la siguiente tipología del curso de los casos:

Casos finalizados (69,04% del total de la muestra;  $n=165$ ): Clientes que acabaron la terapia con el conocimiento y acuerdo del tera-

peuta y cuya mejoría sintomática promedio es de 0,82 (calculada restando para cada cliente la puntuación en la escala general del *CORE-OM* al acabar la terapia de la que obtenía al inicio y promediando los datos así obtenidos).

Abandonos (10,04% del total de la muestra;  $n=24$ ): Clientes que acabaron la terapia prematuramente sin el conocimiento o acuerdo del terapeuta y cuya mejoría sintomática promedio es de -0,07.

Otras tipologías (20,91% del total de la muestra;  $n=50$ ): Casos en los que la terapia estaba aún en proceso en el momento de analizar los datos de este estudio, clientes que formulaban consultas específicas que no requerían un proceso terapéutico periódico, y/o clientes que fueron derivados a otro servicio.

En cuanto a la *gravedad de la demanda inicial*, no había diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de abandono ( $M=1,53$ ;  $SD=0,54$ ) y el de final exitoso ( $M=1,58$ ;  $SD=0,68$ ). Por lo que respecta a la alianza terapéutica, sin embargo, el contraste estadístico mediante la prueba *t* de la significación de la diferencia de las medias de la fuerza de la alianza terapéutica evaluada mediante el *Working Alliance Inventory* demostró que esta era significativamente inferior ( $p<0,05$  bilateral) en los casos de abandono de la terapia que en los de éxito, ya desde la primera sesión y a lo largo de cada una de las tres primeras:

Abandonos, 1ª Sesión:  $M=59,90$ ;  $SD=7,39$   
Finalizados, 1ª Sesión:  $M=64,81$ ;  $SD=8,54$   
Abandonos, 2ª Sesión:  $M=61,60$ ;  $SD=6,85$   
Finalizados, 2ª Sesión:  $M=66,91$ ;  $SD=8,03$   
Abandonos, 3ª Sesión:  $M=60,50$ ;  $SD=5,68$   
Finalizados, 3ª Sesión:  $M=68,70$ ;  $SD=8,39$

De hecho, la diferencia se iba incrementando en cada una de las tres primeras

sesiones, de forma que la fuerza de la alianza terapéutica en el grupo de abandonos se alejaba cada vez más de la del que acabaría siéndolo de terapias finalizadas con éxito.

#### *Las rupturas de la alianza y las recaídas sintomáticas como predictores de dificultades en el proceso terapéutico*

En los casos de más larga duración (a partir aproximadamente de las sesiones 12ª-16ª en el caso del estado sintomático y 20ª-24ª en el caso de la alianza terapéutica) se producían algunas inversiones de la tendencia previa a la mejoría lineal y progresiva. Las denominamos (a) *empeoramiento sintomático temporal* y (b) *debilitamiento temporal de la alianza terapéutica* y las operacionizamos como (a) situaciones en las que la puntuación de algún cuestionario sintomático *CORE-OM* en una sesión  $n+1$  era superior a la de la sesión  $n$  y (b) situaciones en las que la puntuación de algún cuestionario de alianza terapéutica *WAI* en una sesión  $n+1$  era inferior a la de la sesión  $n$ .

La aplicación de estas definiciones a los 181 casos finalizados o en curso que componen la muestra de este estudio dio lugar a la identificación de 99 de ellos en los que no se había producido empeoramiento sintomático temporal y 82 en los que sí. En referencia al debilitamiento temporal de la alianza terapéutica, éste sí se había producido en 97 casos y no se había dado en 84. De los 181 casos finalizados, 60 presentaban tanto empeoramiento sintomático temporal como debilitamiento temporal de la alianza terapéutica, 22 solamente empeoramiento sintomático temporal, 24 solamente debilitamiento temporal de la alianza terapéutica y en 75 de ellos no se producía ni una cosa ni la otra.

El análisis de los datos reveló que la ocurrencia o no de empeoramiento sintomático

temporal o de debilitamiento temporal de la alianza terapéutica no se podía predecir a partir de qué terapeuta se había ocupado del caso, ni de la edad del paciente, ni de su motivo de demanda, ni del tiempo que hacía que lo experimentaba, ni de su gravedad autoevaluada, ni de su nivel de funcionamiento psicosocial actual, ni de su motivación para el cambio, ni de la puntuación en la escala genérica del cuestionario sintomático *CORE-OM* inicial.

Sin embargo en los casos en que se había producido debilitamiento de la alianza, el contraste estadístico mediante la prueba *t* reveló que la media de la puntuación del inventario de alianza terapéutica tras la primera sesión de terapia ( $M=65,98$ ) era significativamente superior ( $p<0,05$  bilateral) a la de aquellos en que no se había producido ( $M=63,09$ ). De hecho, en tales casos la media de la alianza era significativamente superior ( $p<0,05$  bilateral) a la de todos los casos en general ( $M=63,87$ ).

Por otra parte, en los casos en que se había producido empeoramiento sintomático temporal, si bien la media de la puntuación en el cuestionario sintomático *CORE-OM* inicial no difería significativamente de la de aquellos en que no se había producido, sí se producían diferencias estadísticamente significativas comprobadas mediante la prueba *t* ( $p<0,05$  bilateral) en la subescala *problemas* de dicho

cuestionario. Concretamente, la media del grupo en que se había producido empeoramiento sintomático temporal en dicha escala del cuestionario *CORE-OM* ( $M=1,95$ ) era significativamente inferior a la de aquellos en que no se había producido ( $M=2,24$ ).

Con el fin de contrastar el efecto de (a) el debilitamiento temporal de la alianza terapéutica y (b) el empeoramiento sintomático temporal sobre (c) el número de sesiones necesarias para llevar a cabo el proceso terapéutico, (d) la mejoría sintomática total pre-post y (e) la alianza terapéutica promedio durante toda la terapia llevamos a cabo un análisis de varianza multivariada con dos variables independientes (a y b) de dos categorías cada una y tres variables dependientes (c, d y e). Los resultados se resumen en la tabla 3.

Como se puede comprobar, el ANOVA multivariado reveló que el efecto de incremento del número de sesiones necesario para llevar a cabo el proceso terapéutico provocado por el debilitamiento temporal de la alianza terapéutica fue muy significativo ( $p<0,001$  bilateral) y el de disminución de la mejoría sintomática pre-post fue significativo ( $p<0,05$  bilateral), si bien sus efectos sobre la alianza terapéutica promediada fueron triviales. Por lo que respecta al empeoramiento sintomático temporal, el efecto de incremento del número de sesiones necesario para llevar a cabo el

Tabla 3. Resultados del ANOVA multivariado para el debilitamiento temporal de la alianza terapéutica y el empeoramiento sintomático temporal.

Variable dependiente	Debilitamiento Temp. de la Alianza Terapéutica (DTAT)			Empeoramiento Sintomático Temporal (EST)			Interacción DTAT x EST		
	F	gl	Sig.	F	gl	Sig.	F	gl	Sig.
Número de sesiones	26,05	2	0,000	34,83	2	0,000	14,80	2	0,000
Alianza terapéutica promedio	0,02	2	0,891	0,01	2	0,931	0,01	2	0,928
Mejoría sintomática pre-post	4,48	2	0,036	15,34	2	0,000	0,002	2	0,960

proceso terapéutico que provocó también fue muy significativo ( $p < 0,001$  bilateral) y el de disminución de la mejoría sintomática pre-post fue también en este caso muy significativo ( $p < 0,001$  bilateral), siendo sus efectos sobre la alianza terapéutica promediada triviales. Sin embargo, los efectos antedichos deben interpretarse con cautela debido a que por lo que respecta a la interacción entre los dos factores, su efecto sobre el incremento del número de sesiones necesario para llevar a cabo el proceso terapéutico fue muy significativo ( $p < 0,001$  bilateral). Este punto lleva a pensar que ambos factores pueden no estar actuando independientemente, sino que la interacción de ambos es especialmente problemática en cuanto a sus efectos sobre el proceso y el resultado terapéutico.

### Discusión

Los datos del estudio que se presenta en este artículo provienen de una muestra clínica con una demanda de ayuda psicoterapéutica cuya gravedad sintomática (distribuida según una curva normal homogénea) garantiza la validez ecológica de las conclusiones. Además, considerada en términos genéricos, la intervención psicoterapéutica produjo una reducción estadísticamente significativa de los problemas y síntomas y de las conductas de riesgo de los pacientes, así como una mejoría igual de significativa de su bienestar subjetivo y su funcionamiento psicosocial general que no se desvanecieron al acabar el tratamiento sino que se mantuvieron en el tiempo durante un período de seis y doce meses. Garantizados estos preliminares, nuestros datos conducen al avance de los conocimientos sobre la relación entre proceso y resultado de la terapia a la vez que conllevan una serie de implicaciones para la práctica clínica que pasamos a sintetizar.

En primer lugar, nuestros datos confirman el resultado repetido y contrastado de la investigación en psicoterapia en general en referencia al papel fundamental de la alianza terapéutica por lo que respecta al resultado de la terapia (véanse las revisiones de Horvath y Symonds, 1991; Luborsky, 2000; Luborsky, Barber, y Crits-Christoph, 1990). Tanto en términos de mejoría general pre-post promediada como específicos para cada una de las sesiones de psicoterapia desde la 3ª hasta la 36ª los datos de este estudio demostraron que la correlación entre la fuerza de la alianza terapéutica y el nivel de mejoría sintomática de los clientes de la muestra era significativa. De hecho, la correlación que se desprende en nuestro estudio coincide perfectamente con los datos de Horvath (2005).

Por lo que respecta al 10% aproximado de abandonos (es decir, clientes que acabaron la terapia prematuramente sin el conocimiento o acuerdo del terapeuta), esto comporta la provisión de un servicio incompleto a clientes que no obtienen todo el beneficio potencial que podrían obtener otros que sí acabasen el tratamiento con éxito. Por eso resultaba relevante indagar posibles factores de riesgo que permitiesen prevenir el abandono a partir o bien de la información de la sesión de contacto inicial o bien de las primeras sesiones de terapia. En ese sentido, y como cabía esperar teniendo en cuenta la investigación al respecto (véase, por ejemplo; Lingardi, Filippucci, y Baiocco, 2005; Mohl, Martinez, Ticknor, Huang, y Cordell, 1991; Tryon y Kane, 1995), la menor fuerza de la alianza terapéutica en las tres primeras sesiones de psicoterapia demostró ser un factor de riesgo para el abandono del tratamiento superior a la propia gravedad de la demanda inicial. Esta última, de hecho, no diferenciaba los grupos de abandono de los de final exitoso.

En un sentido negativo la correlación altamente significativa entre debilitamiento temporal de la alianza terapéutica y empeoramiento sintomático temporal hizo aun más evidente la conexión entre alianza y resultado terapéutico a la que nos referíamos en el apartado anterior. La mayoría de variables del cliente consideradas por sí solas no permitieron predecir las dificultades en el curso de la alianza terapéutica ni las recaídas durante el tratamiento. Estos accidentes del proceso terapéutico tampoco dependían exclusivamente del terapeuta que llevase el caso.

Sin embargo, teniendo en cuenta lo antedicho, la evaluación exageradamente alta de la alianza terapéutica tras la primera sesión sí diferenciaba los casos en que se había producido algún debilitamiento temporal de ésta de los que no. Ciertamente este resultado puede tener bastante de esperable si se considera que la forma de operacionalizar esta variable fue definirla como "situaciones en las que la puntuación de algún cuestionario de alianza terapéutica *WAI* en una sesión  $n+1$  era inferior a la de la sesión  $n$ ". En ese sentido, si la puntuación de la alianza terapéutica tras la primera sesión es exageradamente alta, la probabilidad de que disminuya es mucho mayor que si no lo es.

Con todo, este resultado no deja de tener interés psicológico, pues el mismo razonamiento matemático puede tener una lectura interpersonal. Efectivamente, si el cliente evalúa de forma exageradamente alta el vínculo con su terapeuta y la capacidad de ayuda de éste tras solamente una sesión, es natural que se decepcione en algún momento del proceso terapéutico ante cualquier imponderable que se produzca en el curso de la terapia. Esta situación podría hacer especialmente difícil o tensa la relación en el momento de entrar en la segunda de las fases a las que nos referíamos en la introducción a este estudio

(véase Safran y Muran, 2000), la de crisis ante las intervenciones más confrontativas del terapeuta en una fase más avanzada de la terapia.

Lo dicho en cuanto a los accidentes en la alianza terapéutica se aplica también a los empeoramientos sintomáticos temporales. Los casos en los que se habían producido presentaban un perfil de demandas menos graves en la subescala problemas que los que no. También igual que en el caso de los debilitamientos de la alianza, este resultado puede ser esperable matemáticamente si se tiene en cuenta la definición operacional de empeoramiento sintomático temporal. Sin embargo, y también de forma paralela a lo que comentábamos respecto a la alianza, en este caso el resultado reviste un interés psicológico centrado en la posibilidad de que los casos con menor gravedad sintomática sean los que más riesgo comportan de experimentar retrocesos en su proceso de mejoría sintomática justamente porque su demanda puede no estar centrada directamente en un alivio de sus síntomas.

Por lo que respecta a los casos en que se produjeron debilitamientos de la alianza terapéutica o empeoramientos sintomáticos, pero que no redundaron en abandonos de la terapia, nuestros datos indican lo siguiente. La alianza terapéutica promedio no se vio afectada ni por el debilitamiento temporal de la alianza terapéutica, ni por el empeoramiento sintomático, ni por la interacción entre ambos, lo cual sugiere que los terapeutas del estudio fueron capaces de restaurar el vínculo terapéutico a pesar de las incidencias que este experimentó y/o a pesar de las recaídas temporales del cliente.

Sin embargo, los empeoramientos sintomáticos tuvieron un efecto muy significativo de disminución de la magnitud del cambio sintomático pre-post y los debilitamientos

de la alianza terapéutica tuvieron también un efecto significativo en el mismo sentido de disminución de la magnitud del cambio sintomático pre-post, aunque no necesariamente cuando el empeoramiento sintomático se dio a la vez que un debilitamiento de la alianza terapéutica. Este resultado (combinado con el anterior) sugiere que, si bien el vínculo terapéutico se puede restaurar en condiciones adversas, tanto las recaídas temporales como las rupturas de la alianza conllevan un menoscabo de la magnitud de cambio sintomático total al final de la terapia.

Por lo que respecta al número de sesiones necesarias para llevar a cabo el proceso terapéutico, tanto el efecto del debilitamiento de la alianza terapéutica como el del empeoramiento sintomático sobre su aumento fue muy significativo, y fue especialmente notable en los casos en que se dio interacción entre ambos, es decir, en los que se produjo un empeoramiento sintomático en el contexto de un debilitamiento de la alianza terapéutica.

Como síntesis general, nuestros resultados interpretados en su conjunto indican en primer lugar que la intervención terapéutica fue eficaz, que sus efectos se mantuvieron en el tiempo y que la muestra de pacientes respondía a un perfil de gravedad considerable. Por otra parte, también indican que la alianza terapéutica (como indicador del proceso terapéutico) y la mejoría sintomática (como indicador del resultado de la psicoterapia) mantienen una relación significativa entre ambas. Esta relación se da tanto en un sentido positivo de facilitación mutua (a mayor fuerza de la alianza mayor nivel de mejoría sintomática) como negativo (la alianza débil en las primeras sesiones conduce al abandono prematuro de la terapia y los episodios de debilitamiento de la alianza terapéutica durante el tratamiento disminuyen el nivel de mejoría sintomática final).

La principal implicación clínica de este resultado es resaltar la importancia fundamental de orientar la psicoterapia a la creación de una alianza terapéutica fuerte y segura como pre-condición para que las técnicas y procedimientos aplicados en su curso tengan efectos beneficiosos para el cliente. Es más, la creación de dicha alianza fuerte y segura desde las primeras sesiones parece un pre-requisito para que la terapia se lleve a cabo dado que sino aumenta la probabilidad del abandono prematuro del tratamiento. Los datos de los que disponemos se basan en la evaluación del cliente, en consonancia con los estudios que indican que la valoración del cliente tiene más peso que la del terapeuta para la predicción del resultado final de la psicoterapia (Bachelor, 1991; Barber *et al.*, 1999; Fitzpatrick, Iwakabe, y Stalikas, 2005; Henry y Strupp, 1994; Horvath y Symond, 1991; Lambert y Bergin, 1994). En este sentido, y teniendo en cuenta lo antedicho, otra de las implicaciones clínicas de los datos es la de aconsejar la evaluación sistemática de la fuerza de la alianza entre terapeuta y cliente desde el punto de vista de este último, que puede no siempre coincidir perfectamente con el del terapeuta.

Si bien ni los debilitamientos temporales de la alianza ni los empeoramientos sintomáticos consiguen necesariamente disminuir la fuerza de la alianza terapéutica promediada (dado que los terapeutas son capaces de restaurarla), sí que disminuyen el nivel de mejoría sintomática global y alargan el tiempo necesario para conseguirla. El efecto de alargar la terapia es especialmente notable cuando el empeoramiento temporal se da en un caso en que ha habido también debilitamiento de la alianza terapéutica, lo cual da aun más fuerza al argumento de la conexión entre proceso (alianza) y resultado (mejoría sintomática o, mejor dicho en este

caso, tiempo necesario para alcanzarla). De nuevo aparece como implicación clínica la necesidad de prestar una especial atención a la calidad del vínculo como posible predictor del resultado del tratamiento, y especialmente de sus vicisitudes negativas.

### Referencias

- Bachelor, A. (1991). Comparison and relationship to outcome of diverse dimensions of the helping alliance as seen by client and therapist. *Psychotherapy*, 28, 534-549.
- Barber, J., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Thase, M., Weiss, R., Onken, L. y Gallop, R. (1999). Therapeutic alliance as a predictor of outcome in the treatment of cocaine dependence. *Psychotherapy Research*, 1, 54-73.
- Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Lucock, M., Mellor-Clark, J., Evans, C., Benson, L., Connell, J., Audin, K. y McGrath, G. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: Towards practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 184-196.
- Bordin, E.S. (1979). The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Botella, L., Herrero, O., Pacheco, M. y Corbella, S. (2004). Working with narrative in psychotherapy: A relational constructivist approach. En L.E. Angus y J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy* (págs. 119-136). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Corbella, S. (2003). *Compatibilidad entre el estilo personal del terapeuta y el perfil personal del paciente*. Tesis doctoral no publicada, Universitat Ramon Llull, Barcelona.
- Corbella, S., y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.
- Corbella, S. y Botella, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: Proceso, resultado y factores comunes*. Madrid: Vision Net.
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., Mellor-Clark, J., McGrath, G. y Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry*, 180, 51-60.
- Feixas, G. y Botella, L. (2004). Integración en psicoterapia: Reflexiones y contribuciones desde la epistemología constructivista. En H. Fernández-Álvarez y R. Opazo (Comps.), *La integración en psicoterapia* (págs. 33-67). Barcelona: Paidós.
- Fitzpatrick, M.R., Iwakabe, S. y Stalikas, A. (2005). Perspective divergence in the working alliance. *Psychotherapy Research*, 15 (1-2), 69-80.
- Henry, W.P. y Strupp, H.H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. En A.O. Horvath y L.S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice*. Wiley series on personality processes (págs. 51-84). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Horvath, A.O. (2005). The therapeutic relationship: Research and theory An introduction to the Special Issue. *Psychotherapy Research*, 15 (1-2), 3-7.
- Horvath, A.O. y Greenberg, L.S. (1986). The development of the working alliance inventory. En L.S. Greenberg y W.M. Pinsoff (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (págs. 529-556). Nueva York: Guilford Press.

- Horvath, A.O. y Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- Horvath, A.O. y Symonds, B.D. (1991). Relation between alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Howard, K.I., Kopta, S.M., Krause, M.S. y Orlinsky, D.E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159-164.
- Lambert, M.J. y Bergin, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4<sup>th</sup> Ed.) (págs. 143- 189). Nueva York: Wiley.
- Lingiardi, V., Filippucci, L. y Baiocco, R. (2005). Therapeutic alliance evaluation in personality disorders psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15 (1-2), 45-53.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. En J.L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (págs. 92-116). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Luborsky, L. (2000). A pattern-setting therapeutic alliance study revisited. *Psychotherapy Research*, 1, 17-29.
- Luborsky, L., Barber, J.P. y Crits-Christoph, P. (1990). Theory-based research for understanding the process of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 281-287.
- Mohl, P. C., Martinez, D., Ticknor, C., Huang, M. y Cordell, J. (1991). Early dropouts from psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(8), 478-481.
- Safran, J.D. y Muran, C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide*. Nueva York: Guilford Press.
- Tracey, T. J. y Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 207-210.
- Tryon, G.S. y Kane, A.S. (1995). Client Involvement, Working Alliance, and Type of Therapy Termination. *Psychotherapy Research*, 5(3), 189-198.