



ARTÍCULO ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.30545/academo.2018.jul-dic.7>

Rupturas en la alianza terapéutica y su asociación con cambio y abandonos tempranos en psicoterapia

Ruptures in the therapeutic alliance and its association with change and early abandonments in psychotherapy

Rocío Tamara Manubens

Universidad de Buenos Aires. Argentina.

E-mail: rocio.manubens@gmail.com

Andrés Roussos

Universidad de Buenos Aires. Argentina.

E-mail: andres.roussos@comunidad.ub.edu.ar

Julieta Olivera Ryberg

Universidad de Buenos Aires. Argentina.

E-mail: joliveraryberg@gmail.com

Juan Martín Gómez Penedo

Universidad de Buenos Aires. Argentina.

E-mail: jmgomezpenedo@gmail.com

RESUMEN

Con el objetivo de estudiar los procesos de rupturas en la alianza terapéutica y su vínculo con los cambios terapéuticos y abandonos tempranos en psicoterapia. Se analizaron quince pacientes de psicoterapia diagnosticados con trastornos emocionales y divididos en tres grupos, cada uno con cinco participantes: pacientes que abandonaron, que presentaron mejorías clínicas y que no presentaron mejorías. Las primeras cuatro sesiones de los participantes fueron analizadas por cuatro jueces usando el Sistema de Ranqueo y Resolución de Rupturas-Argentina mediante un método consensual. Posteriormente se analizaron patrones diferenciales de rupturas y resoluciones en los grupos. Se observó un promedio de 1,18 (DE= 1,74) rupturas por sesión, encontrando una proporción equitativa de rupturas de retirada (54,72%) y confrontación (45,28%). El grupo de los pacientes que mejoraron presentó mayor tasa de rupturas resueltas (ratio= 0,50) que el grupo de pacientes sin cambio (ratio= 0,30). No se observaron diferencias entre las rupturas del grupo de abandono y los otros dos grupos. Los resultados sugieren que las rupturas en la alianza no implican una amenaza en sí mismo a los tratamientos (en términos de proceso temprano y de abandonos). Sin embargo, la resolución de dichas rupturas podría favorecer mejores respuestas tempranas.

PALABRAS CLAVE: Investigación psicológica; efectos psicológicos; diferencia individual.

Artículo recibido: 28 may. 2018.

Aceptado para publicación: 29 jun. 2018.

Correspondencia: rocio.manubens@gmail.com

Conflictos de Interés: Ninguna que declarar.

Página web: <http://revistacientifica.uamericana.edu.py/index.php/academo/>

Citación Recomendada: Manubens, R. T., Roussos, A., Olivera Ryberg, J. Gómez Penedo, J. M. (2018). Rupturas en la alianza terapéutica y su asociación con cambio y abandonos tempranos en psicoterapia. ACADEMO (Asunción) 5(2):143-158.

ABSTRACT

With the aim of studying the rupture processes in therapeutic alliance and its association with therapeutic change and early drop-out in psychotherapy. Fifteen patients diagnosed with emotional disorders were divided in three groups, each one with five participants: drop-out patients, patients with change and none change patients. The first four sessions were analyzed by four judges using the Rupture Resolution Rating System by a consensual method. Afterwards differential patterns of ruptures and resolutions were analyzed in each group. On average 1,18 (SD= 1,74) ruptures were found per session. Withdrawal (54,72%) and Confrontation (45,28%) ruptures were found evenly. Early change patients had higher resolution rupture ratio (ratio= 0,50) than none change patients (ratio= 0,30). There were no differences in the ruptures between groups. Results suggests that alliance ruptures don't imply a threat on itself to treatments (in terms of early processes and drop-out). However, the resolution of said ruptures could improve early responses.

KEYWORDS: Psychological research; Psychological effects; Individual differences.

INTRODUCCIÓN

Los primeros momentos de un tratamiento psicoterapéutico son esenciales y tienen un impacto fundamental en el resultado del mismo. En las últimas décadas, la concepción tradicional de que el cambio en un tratamiento se da de forma acumulativa y gradual ha sido desafiada por investigaciones empíricas (Howard, Lueger, Maling & Martinovich, 1993). Estas demostraron que gran parte del cambio sucede en las cinco primeras sesiones y que las respuestas tempranas tenían valor predictivo destacado sobre los resultados finales del tratamiento (Haas, Hill, Lambert & Morrell, 2002; Ilardi & Craighead, 1994). Por lo tanto, los pacientes que tienen mayores probabilidades de alcanzar cambios positivos desde el punto de vista clínico, son aquellos que exhiben algún patrón de mejoría temprana. Diversos estudios contemporáneos sumaron evidencia a este postulado. Por ejemplo, Haas y colaboradores (2002) realizaron una investigación con una muestra con múltiples diagnósticos y marcos teóricos de tratamiento, hallando que los pacientes con evidencias de respuestas tempranas, un 84% presentó mejorías significativas en su condición clínica y un 46% cumplió criterios de recuperación (frente a 10% de mejoría y 8% de recuperación, en pacientes que manifestaron respuestas lentas). Además, diversos estudios han identificado patrones de respuestas en tratamientos y su vínculo con el desarrollo del

mismo. Por ejemplo, en una investigación con tratamientos naturalísticos en los que se analizaron las primeras seis sesiones, se halló que los pacientes que necesitaban menos sesiones y alcanzaban niveles más altos de mejoría eran aquellos que demostraban un progreso continuo a partir de la primera sesión (Rubel, Lutz & Schulte, 2013). Investigaciones realizadas con pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (Bradford et al., 2011) y con trastorno de pánico (Lutz et al., 2014) tratados con Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) arrojaron resultados similares.

De esta forma, se puede observar que las respuestas tempranas a las terapias sirven como predictores valiosos del cambio producido en el paciente al final del tratamiento, siendo independiente del marco teórico empleado y el cuadro psicopatológico de aquel que consulta (Gómez Penedo, 2017). Es así que cobra relevancia indagar variables del proceso psicoterapéutico temprano que podrían estar asociadas a su ocurrencia, en una búsqueda por fomentarlas dentro de las prácticas clínicas habituales.

Uno de los principales elementos de la terapia que ha sido asociado a la respuestas tempranas es la alianza terapéutica, que es entendida como la relación de colaboración entre paciente y terapeuta (Bordin, 1979). En las décadas pasadas este concepto ha tenido un rol protagónico en la investigación en psicoterapia ya que ha

demostrado ser uno de los principales predictores del cambio de los pacientes (Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske & Davis, 2000; Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011). Además, se observado particularmente una asociación entre alianza terapéutica y resultados tempranos; de manera tal que una alianza inicial más sólida ha predicho mejores tasas de remisión sintomática en las primeras sesiones (Klein et al., 2003).

Al mismo tiempo, se ha observado que durante las primeras sesiones de tratamiento, un porcentaje importante de pacientes abandona unilateralmente el mismo (Swift & Callahan, 2011), lo que no da lugar a que se aplique la dosis de tratamiento necesario para poder alcanzar las mejorías deseadas (Howard, Kopta, Krause & Orlinsky, 1986; Swift, Greenberg; Tompkins & Parkin, 2017). Esto se presenta como un obstáculo primordial para el ejercicio de la psicoterapia. Por ejemplo, en una investigación se encontró que de una muestra de 203 pacientes, el 43,8% había abandonado el tratamiento en estadios tempranos (Bados, Balaguer & Saldaña, 2007). Entre ellos el 46,7% adjudicaba sus abandonos a baja motivación y/o insatisfacción con el tratamiento o el terapeuta. Tal y como pasa con las respuestas tempranas, el estado del arte sugiere como relevante una indagación acerca de los elementos del proceso psicoterapéutico que podrían estar asociados a estos abandonos, no para fomentarlos en este caso, sino más bien para intentar prevenirlos.

Nuevamente, la alianza terapéutica ha sido uno de los principales factores de la terapia asociados a los abandonos unilaterales de los pacientes: en un meta-análisis realizado por Sharf, Primavera & Diener (2010), se encontró una relación moderadamente fuerte entre el abandono de tratamiento y la relación terapéutica, indicando que los pacientes con mayor probabilidad de dejar el tratamiento eran aquellos que tenían una alianza terapéutica más débil.

A pesar de que la alianza terapéutica se ha visto relacionada con las respuestas y abandonos tempranos en psicoterapia, en la actualidad existen

algunas críticas a la forma de evaluar el constructo, considerando que algunas variaciones conceptuales y metodológicas podrían mejorar la capacidad predictiva y la aplicación clínica del constructo (Doran, 2014). Por ejemplo, algunos autores han señalado que el mero estudio de los niveles de alianza terapéutica deja por afuera aspectos fundamentales del vínculo entre paciente y terapeuta, tales como el surgimiento de problemas en la relación y la capacidad de la díada para resolver dichos problemas (Safran et al., 2009; Safran et al., 2001). De esta manera, podría tener mayor relevancia clínica estudiar los procesos dinámicos de fluctuación de la alianza y analizar cómo pacientes y terapeutas resuelven problemas en la misma (Gómez Penedo, 2017; Roussos, Gómez Penedo y Muiños, 2016).

Es así que visiones contemporáneas de la alianza terapéutica la conceptualizan como un proceso de negociación interpersonal que implica una resolución constante de conflictos entre paciente y terapeuta (Safran, Muran & Proskurov, 2009; Safran, Muran, Samstag & Stevens, 2001). En dicho contexto, surge la noción de rupturas en la alianza terapéutica, que representa quiebres de intensidad variable en los procesos de colaboración entre el paciente y terapeuta (Safran, Muran, Samstag & Stevens, 2002). Estos conflictos pueden surgir a partir de los elementos que Bordin (1979) planteó en su definición transteórica de la alianza terapéutica: los objetivos planteados, las tareas y el vínculo afectivo entre paciente y terapeuta. Al mismo tiempo, la negociación de la alianza da cuenta de la habilidad que tienen tanto paciente como terapeuta para sobrellevar conflictos durante el tratamiento (Safran et al., 2009). La alianza terapéutica le permite al paciente tener un espacio para mejorías en sus relaciones que pueda trasladar a otros vínculos de su vida (Safran et al., 2002); este aspecto terapéutico es particularmente importante considerando con porcentaje destacado de los pacientes se acercan a terapia debido a problemáticas a nivel interpersonal (Horowitz, 1979). De esta forma, si bien los episodios de rupturas en la alianza pueden amenazar la

continuidad del tratamiento y obstaculizar un adecuado desarrollo del mismo, adecuadamente manejadas por el terapeuta pueden representar oportunidades únicas para que el paciente alcance logros terapéuticos valiosos (Safran & Muran, 2006).

Investigaciones previas han mostrado la asociación de las rupturas y resoluciones sobre los resultados de la terapia. Aguirre McLaughlin, Keller, Feeny, Youngstrom, & Zoellner (2014) destacan la importancia del empleo de estrategias de resolución de rupturas en un tratamiento, encontrando en su investigación, en el caso de pacientes con trastorno de estrés postraumático, cuando había rupturas sin resolver, los tratamientos tenían peores resultados. Por otro lado, en pacientes con trastorno de la personalidad obsesivo compulsivo y trastorno de la personalidad por evitación (Strauss et al., 2006) se demostró que mejor alianza paciente/terapeuta y mayor cantidad de resoluciones de rupturas llevaban a mejores resultados.

Mediante un estudio correlacional, Muran y colaboradores (2009) analizaron la relación entre las rupturas y resoluciones tempranas de la alianza terapéutica y el proceso y resultado en tratamientos para trastornos de la personalidad. Los resultados indicaron que rupturas de menor intensidad y una resolución más alta se vinculaban con mejores puntajes tanto en la calidad de la sesión como de la alianza terapéutica. Al mismo tiempo, la baja intensidad de las rupturas se asoció con mejor funcionamiento interpersonal, lo que permite destacar la importancia clínica del estudio de las rupturas y estrategias de resolución de la terapia. En la misma línea, Coutinho, Ribeiro, Fernandes, Sousa & Safran (2014) hallaron que rupturas sin resolver o rupturas de confrontación llevaban a los pacientes a abandonar el tratamiento.

En síntesis, el recorrido bibliográfico nos muestra que tanto los abandonos tempranos como las respuestas tempranas a tratamientos se han visto asociadas a la alianza terapéutica en un sentido clásico. Sin embargo, no se han encontrado

investigaciones que exploren la asociación de estos fenómenos relevantes en los inicios de la terapia, con los procesos de rupturas y resoluciones en la alianza terapéutica, que ha mostrado evidencias prometedoras al predecir los resultados de la terapia. En continuidad con estas observaciones, el presente trabajo tiene por objetivo estudiar los procesos de rupturas y resolución en la alianza terapéutica durante las primeras sesiones de psicoterapia, y establecer su relación con cambios terapéuticos y abandonos tempranos en terapia.

METODOLOGÍA

Muestra

Para este estudio se exploraron 15 díadas paciente-terapeuta en tratamientos naturalísticos que fueron tratados en un centro privado de psicoterapia. Los pacientes incluidos en esta muestra fueron admitidos en forma consecutiva en dicho centro e incorporados a la muestra en caso de que cumplieran los requisitos establecidos y aceptaran participar del estudio. Los criterios de inclusión/exclusión determinaban que los pacientes debían tener entre 18 y 65 años y ser diagnosticados por los admisores del centro con un trastorno emocional (categoría transdiagnóstica que incluye a los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo; Allen, McHugh & Barlow, 2007) en base a los criterios del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Versión 5* (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013). Por último, como criterio excluyente, los pacientes no debían cumplir criterios de un trastorno de la personalidad comórbido.

De los 20 casos que se grabaron en el marco del proyecto de investigación antes mencionado, cinco pacientes abandonaron el tratamiento en la primera sesión. De los quince restantes, se seleccionaron cinco casos que obtuvieron cambios estadísticamente confiables en las primeras cuatro sesiones (Ver apartado de Materiales, específicamente la sección que describe el Cuestionario de Resultados 45 [OQ. 45]). Luego, de

los diez restantes se seleccionaron otros cinco casos que no habían cumplido dicha condición pero sí completaron las primeras cuatro sesiones, priorizando la selección de aquellos en los que se observó el menor nivel de cambio o incluso un ligero deterioro, mediante el análisis de las trayectorias de evolución en los puntajes de OQ.45. De esta forma, se seleccionaron cinco casos de pacientes que abandonaron tempranamente (grupo de ABANDONO), cinco casos de pacientes que no presentaron un cambio confiable durante las primeras sesiones (grupo de NO CAMBIO) y cinco casos que cumplieron criterios de cambio confiable durante las sesiones iniciales (grupo de CAMBIO).

Por otro lado, para participar del estudio, los terapeutas debían tener como mínimo dos años de experiencia clínica y haber realizado un curso de posgrado de dos años (especialización y entrenamiento) ofrecido por el centro de psicoterapia.

Pacientes

La muestra utilizada estuvo compuesta por una sub-muestra de 15 pacientes diagnosticados con algún trastorno de la emoción, que forma parte de un proyecto de investigación más amplio acerca de predictores tempranos de resultados en psicoterapia¹. La mayoría de los pacientes fueron de género masculino (53,33%) y con una edad promedio de 35,2 años (Desvío Estándar [DE]= 9,46). El promedio de tratamientos previos fue de 1,43 (DE=1,22), contando con un máximo de tres tratamientos anteriores. Los 15 tratamientos tuvieron un promedio de 6,33 sesiones (DE= 4,79). En nueve casos el alta fue pactada entre paciente y terapeuta, en cinco casos los pacientes abandonaron los tratamientos unilateralmente durante las primeras cuatro sesiones y en un caso el paciente abandonó unilateralmente la terapia luego de esas primeras cuatro sesiones iniciales.

Con respecto a los diagnósticos psicopatológicos de los pacientes, el trastorno de

angustia se diagnosticó en un 33,33% de los casos, mientras que el trastorno de ansiedad generalizada se halló en un 20% de la muestra. Por otro lado, tanto el trastorno de angustia con agorafobia como el trastorno depresivo mayor de episodio único se encontró en un 13,33%. Finalmente, hubo un caso de trastorno de ansiedad no especificado y otro de trastorno del estado de ánimo no especificado.

Terapeutas

Los pacientes fueron atendidos por cuatro terapeutas. Un terapeuta hombre, de 30 años de edad y cuatro años de experiencia clínica, quien atendió a seis pacientes (tres con cambio significativo, tres sin cambio y dos abandonos). Tres terapeutas mujeres completaron la muestra. Una de ellas con 34 años de edad, 7 años de experiencia clínica, atendió a tres pacientes (uno con mejoría significativa y dos sin ella), la segunda de 25 años de edad y dos de experiencia clínica atendió a un paciente con cambio significativo; y la última tenía 34 años, 9 de experiencia clínica y atendió tres pacientes que abandonaron tempranamente.

Tratamiento

El centro de psicoterapia donde tuvieron lugar los tratamientos ubica su marco teórico en la terapia breve focalizada en la resolución de problemas (*Solution-Focused Brief Therapy* [SFBT]; de Shazer et al., 1986, de Shazer & Berg, 1997). Este modelo surge del paradigma sistémico de las terapias familiares además de integrar nociones de otros paradigmas, por ejemplo, de la terapia cognitiva conductual. Este abordaje no explora en gran medida la historia y antecedentes de las problemáticas del paciente, debido a que está orientado hacia el futuro (de Shazer et al., 1986; Gingerich & Eisengart, 2000). A modo de síntesis, en el tratamiento se le pide al paciente que cree una imagen ideal de cómo le gustaría que sea su vida y se trata de lograr conjuntamente con el terapeuta objetivos que permitan alcanzar dicha

¹Proyecto UBACyT 20020160100094BA, programación 2017-2019: "La percepción del paciente sobre el cambio en psicoterapia parte II.

Evaluación de un dispositivo de feedback para terapeutas y su efecto sobre la alianza terapéutica y los resultados del tratamiento". PICT 1178.

imagen, haciendo foco en los recursos y fortalezas que tiene el paciente para alcanzar la misma (de Shazer et al., 1986; SFBT Research Committee, 2007). Adicionalmente, en el contexto del centro psicoterapéutico, los terapeutas realizaban supervisiones semanales de sus casos.

Materiales

Para la presente investigación se audio grabaron las primeras sesiones de los tratamientos, en las cuales se identificaron y analizaron eventos de ruptura y reparación de la alianza terapéutica. A su vez se realizaron mediciones de cambio terapéutico. A continuación se describen los instrumentos utilizados para cada medición.

OQ.45 (Lambert et al. 1996), versión en castellano (Von Bergen & De La Parra, 2002). Este instrumento posee 45 ítems y es completado por el paciente. Con una escala *Likert* que va desde 1 (“Nunca”) a 5 (“Casi siempre”) permite describir la periodicidad con la que el paciente experimenta malestar en diferentes áreas: malestar sintomático, en relaciones interpersonales y en el funcionamiento social. Este cuestionario mostró evidencias de consistencia interna ($\alpha = .92$), confiabilidad test-retest ($r=.86$) y capacidad para medir el cambio luego de tres sesiones ($t = 5.35; p < .01$) en un estudio realizado con una muestra argentina (Fernández-Álvarez, Hirsch, Maristany & Torrente, 2005).

Como se anticipó en el apartado de pacientes, el grupo de sujetos CON CAMBIO se estableció a partir del análisis de la evolución en los puntajes de OQ .45 entre la primera y cuarta sesión y, siguiendo los criterios de Jacobson y Truax (1991) para el establecimiento de cambio confiable (*Reliable Change Index*) y los parámetros de OQ.45, calculados por Fernández-Álvarez et al., (2005) para el contexto argentino. A partir de estos lineamientos, se estableció que un cambio superior o igual a 16 puntos era considerado confiable (desde un punto de vista estadístico; rango teórico de los puntajes del OQ.45: de 0 a 180). Por ende, los cinco sujetos incluidos en el grupo CON

CAMBIO, fueron aquellos que manifestaron un cambio igual o mayor a los 16 puntos en OQ.45, entre la primera y la cuarta sesión de tratamiento.

Sistema de Ranqueo y Resolución de Rupturas - Argentina (3RS, por su sigla en inglés; Eubanks, Muran & Safran, 2015) versión en castellano (Gómez Penedo, Artiaga y Roussos, 2016). Este instrumento se utiliza para la evaluación de las rupturas y resoluciones en la alianza terapéutica. Está compuesta por una primera instancia de detección de rupturas. Estas se clasifican a su vez en rupturas de retirada y de confrontación. En las primeras, el paciente no expresa su insatisfacción de forma directa, alejándose implícitamente de la comunicación con el terapeuta o negando aspectos de la misma (Por ejemplo, “respuesta mínima”, “comunicación abstracta”). En el caso de las rupturas de confrontación el paciente expresa explícitamente descontento (por ejemplo, “Quejas/preocupaciones sobre el terapeuta”) o intenta controlar al terapeuta (por ejemplo, “El paciente se defiende contra el terapeuta”). La segunda instancia de la escala es de resolución de rupturas en la que, luego de una ruptura identificada en el material, esta se repara con diversas estrategias (por ejemplo, “El terapeuta intenta esclarecer un malentendido”, “El terapeuta revela su experiencia interna de la relación paciente-terapeuta”).

Finalmente, se colocan puntajes globales de rupturas por retirada o confrontación, según su impacto en la alianza terapéutica. Se utiliza una escala *Likert* que se inicia en 1 (“Insignificante”) y continúa hasta 5 (“Bastante significativo”). Las resoluciones se puntúan también en una escala de 1 (“Impacto negativo en la alianza”) a 5 (“Impacto positivo en la alianza”).

En un estudio comparativo entre el 3RS y el Inventario de Alianza de Trabajo (WAI, por su sigla en inglés; Horvath & Greenberg, 1986), se observó que el 3RS es más sensible para detectar rupturas intrasesión, en la interacción momento a momento entre paciente y terapeuta, mientras que instrumentos como el WAI dan cuenta de las

fluctuaciones de la alianza terapéutica entre sesiones (Coutinho, Ribeiro, Sousa y Safran, 2014).

Sesiones audio-grabadas y transcripciones.

Para la grabación de las sesiones, se instruyó a los terapeutas interesados en participar en la investigación, acerca del uso de los instrumentos de grabación. Los terapeutas fueron los encargados de realizar las grabaciones de las sesiones. Luego de que las mismas fueran grabadas, se procedió a su transcripción por parte de estudiantes de grado, que estaban realizando prácticas profesionales en el Equipo de Investigación en Psicología Clínica. Para esto, se empleó un protocolo de transcripción (Mergenthaler & Gril, 1996), destacando que, previo al análisis de las sesiones, todas fueron decodificadas de toda información personal que permitiera el reconocimiento del paciente, protegiendo la confidencialidad del mismo.

Procedimientos

El Equipo de Investigación en Psicología Clínica mantiene un convenio con un centro de psicoterapias que permitió acceder a la muestra del presente estudio. Una vez que los pacientes se acercaron al centro de psicoterapias, eran evaluados por un admisor. Este, cuando el sujeto cumplía con los criterios de inclusión antes descritos, era derivado a uno de los terapeutas que habían aceptado a participar de la investigación. Los pacientes eran presentados con la posibilidad de participar de la investigación, sin perjuicio de su tratamiento, con un consentimiento informado. Aquellos que aceptaban la invitación eran grabados en sus sesiones y se les administraban las escalas mencionadas. Durante las primeras cuatro sesiones, los pacientes completaron el OQ.45. Posteriormente a las transcripciones de las sesiones, se creó un grupo de análisis de rupturas de la alianza terapéutica, mediante el 3RS-A, constituido por tres estudiantes de grado avanzados de la carrera de Psicología previamente entrenados en el uso del instrumento. La asignación del orden de las sesiones a evaluar se

realizó variando los casos entre los jueces y repartiendo las sesiones de forma no consecutiva, sin que supieran qué casos correspondían a cada uno de los grupos. Para el análisis de los datos mediante el 3RS-A se replicaron los métodos consensuales, planteados por el Método de Investigación Cualitativa Consensual (Juan, Gómez Penedo, Etchebarne y Roussos, 2011), dividiendo al grupo de evaluadores en dos jueces (que formaban un grupo primario) y un tercer investigador que hacía las veces de auditor del trabajo (Primer autor del artículo). Con esta estructura, primero los jueces del grupo primario realizaron un análisis individual de cada sesión, mediante el 3RS-A, completando cada juez una planilla propia de codificación. Luego ambos jueces debían juntarse a consensuar una versión común del análisis de identificación de rupturas y resoluciones en dicha sesión, llegando a una planilla nueva de cada caso. Finalmente, el producto del consenso del grupo primario era revisado por el auditor y posteriormente discutido con el grupo primario, para llegar a una versión final de la codificación de la sesión analizada, en términos de sus rupturas y resoluciones.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación, se presentan los resultados hallados en la muestra total sobre las características de las rupturas y las estrategias de resolución. Además, se desglosaron, según la sesión, los resultados obtenidos en el grupo de CAMBIO y el grupo de NO CAMBIO.

Muestra total

Como se observa en la tabla 1, de 45 sesiones analizadas, se encontraron un total de 53 rupturas, con un promedio de 1,18 ($DE=1,74$) rupturas por sesión. De estas, 29 (54,72%) eran rupturas de retirada y 24 (45,28%), de confrontación. La ruptura de retirada más común fue "Cambio de tema", hallándose 21 eventos de la misma (72,41%). En el caso de las rupturas de confrontación, hubo pocas diferencias entre las más frecuentes: se encontraron siete eventos de "El paciente se

defiende contra el terapeuta" (29,17%), seis de "El paciente rechaza una intervención" (25%) y cinco de "Quejas y preocupaciones sobre las actividades" (20,83%). El caso con mayor cantidad de rupturas total fue de 16 a lo largo de las cuatro sesiones analizadas, mientras que se encontraron tres casos sin rupturas.

En la tabla 2 se presentan las resoluciones encontradas en el material. Estas fueron 19 en total, siendo la más común "El terapeuta redirige la atención del paciente hacia la actividad o tarea de la que se desviaron" (42,11%), seguida de "El terapeuta intenta esclarecer un malentendido" (26,32%).

Tabla 1. Tipo de rupturas, frecuencias, porcentajes y cantidad de casos donde se hallaron.

Tipo de ruptura	Frecuencia	Porcentaje	Cantidad de casos
<i>Retirada</i>			
1. Negación	0	-	-
2. Respuesta mínima	4	13,80%	4
3. Comunicación abstracta	1	3,45%	1
4. Cambio de tema	21	72,41%	7
5. Deferente y aplacante	0	-	-
6. División contenido-afecto	0	-	-
7. Autocrítica y/o desesperanza	3	10,34%	2
<i>Confrontación</i>			
1. Quejas/preocupaciones sobre el terapeuta	1	4,17%	1
2. El paciente rechaza una intervención	6	25%	5
3. Quejas/preocupaciones sobre las actividades	5	20,83%	4
4. Quejas/preocupaciones sobre el encuadre	1	4,17%	1
5. Quejas/preocupaciones sobre el progreso	2	8,33%	2
6. Paciente se defiende contra el terapeuta	7	29,17%	5
7. Esfuerzo por controlar/pressionar al terapeuta	2	8,33%	2

Al analizar el apareamiento de rupturas con estrategias de resolución (Tabla 3), la ruptura más prevalente en la muestra "Cambio de tema" se correspondía generalmente con la resolución más común "El terapeuta redirige la atención del paciente hacia la actividad o tarea de la que se desviaron". Además, se encontró que la resolución "El terapeuta intenta aclarar un malentendido" suele ir asociada con rupturas de confrontación: "Paciente se defiende contra terapeuta" y "Esfuerzos por controlar al terapeuta".

Luego se evaluaron los puntajes globales de rupturas y resoluciones en la muestra. Cabe destacar que para estos cálculos, no se incluyeron a los participantes del grupo de abandono ya que en dicho grupo no se encontró ningún caso que presente más de una ruptura, haciendo que estos puntajes globales carezcan de valor descriptivo.

Para el análisis de los puntajes globales se calcularon dos promedios. Por un lado, se analizaron los promedios tomando como denominador al total de las sesiones estudiadas. En ese caso, el puntaje global de retirada de la muestra total fue de 0,6 ($DE= 0,90$), el de confrontación 0,63 ($DE= 0,72$) y el de resolución 0,88 ($DE= 0,67$).

Por otro lado, se calcularon también promedios tomando como denominador únicamente aquellas sesiones que presentaron rupturas. En este caso, el puntaje global de retirada fue de 1,71 ($DE= 0,90$), el de confrontación 1,67 ($DE= 0,72$) y el de resoluciones 2,92 ($DE= 0,67$). Esto indica que las resoluciones parecen haber tenido un impacto más significativo en la alianza que ambos tipos de rupturas.

Tabla 2. Tipo de resoluciones, frecuencia, porcentaje y cantidad de casos en los que se hallaron.

Tipo de resolución	Frecuencia	Porcentaje	Cantidad de casos
1. El terapeuta intenta esclarecer un malentendido	5	26,32%	3
2. El terapeuta cambia tareas o metas	0	-	-
3. El terapeuta ilustra las tareas o provee de razones	3	15,79%	2
4. El terapeuta invita al paciente a discutir pensamientos o sentimientos sobre el terapeuta y/o la terapia	0	-	-
5. El terapeuta reconoce su contribución en una ruptura	0	-	-
6. El terapeuta revela su experiencia interna de la relación paciente-terapeuta	2	10,53%	2
7. El terapeuta vincula la ruptura con patrones interpersonales generales entre paciente y terapeuta	0	-	-
8. El terapeuta vincula la ruptura con patrones interpersonales generales en las relaciones del paciente con otras personas	0	-	-
9. El terapeuta justifica la postura resistente del paciente	1	5,26%	1
10. El terapeuta redirige la atención del paciente hacia la actividad o tarea de la que se desviaron	8	42,11%	5

Tabla 3. Tipos de ruptura asociadas a estrategias de resolución.

Tipo de resolución	Ruptura vinculada	Frecuencia	Cantidad de casos
El terapeuta redirige la atención del paciente hacia la actividad o tarea de la que se desviaron	Cambio de tema	6	5
	Respuesta mínima	1	1
	Autocrítica y/o desesperanza	1	1
El terapeuta intenta esclarecer un malentendido	Paciente se defiende contra el terapeuta	3	3
	Quejas/preocupaciones sobre el terapeuta	1	1
	Esfuerzos por controlar/presionar al terapeuta	1	1
El terapeuta ilustra las tareas o provee de razones	El paciente rechaza una intervención	1	1
	Quejas/preocupaciones sobre las actividades	1	1
	Esfuerzo por controlar/presionar al terapeuta	1	1
El terapeuta revela su experiencia interna de la relación paciente-terapeuta	Respuesta mínima	1	1
	Quejas/preocupaciones sobre las actividades	1	1
El terapeuta justifica la postura resistente del paciente	Paciente se defiende contra el terapeuta	1	1

En la tabla 4 se pueden observar todos los resultados.

Tabla 4. Promedio de puntajes globales.

	Puntaje global de retirada	Puntaje global de confrontación	Puntaje global resolución
<i>Total de sesiones</i>			
Promedio	0,60	0,63	0,88
Desvío estándar	0,90	0,72	0,67
<i>Sesiones con rupturas</i>			
Promedio	1,71	1,67	2,92
Desvío estándar	0,90	0,72	0,67

Nota= no se incluyeron para estos cálculos los puntajes globales de las rupturas de pacientes que abandonaron el tratamiento.

En un esfuerzo adicional por caracterizar las proporciones de rupturas que dispararon estrategias de resolución en los terapeutas, se calcularon ratios de estrategias de resolución/rupturas, calculando la cantidad de resoluciones realizadas por rupturas en cada sesión.

El promedio de ratio de resolución/ruptura en la muestra total fue de 0,41 ($DE=0,39$). Al desglosar estos resultados en rupturas de retirada y de confrontación, se observa que los ratios son de 0,56 ($DE= 0,42$) y de 0,72 ($DE= 0,67$) lo que indica que las rupturas de confrontación son las más resueltas por los terapeutas.

Análisis de la evolución temporal de rupturas y resoluciones. Como se observa en la figura 1, se realizó un análisis del comportamiento de las rupturas de retirada y confrontación, además de las resoluciones según cada sesión en la muestra total. Se observó que tanto las rupturas de retirada como las resoluciones llegaban a un pico en la segunda sesión para luego disminuir y mantenerse estables tanto en la tercera como en la cuarta sesión. En cambio, en la muestra total las rupturas de confrontación aumentaban sostenidamente desde la primera sesión.

Grupo de CAMBIO vs. NO CAMBIO

Como se puede observar en la tabla 5, al analizar las diferencias en el promedio de rupturas (de retirada y confrontación) y resoluciones y los

puntajes globales por sesión no se observaron diferencias marcadas en la comparación en los grupos de CAMBIO y NO CAMBIO. Cabe señalar que debido al tamaño muestral de los grupos no se realizaron comparaciones estadísticas, sino una revisión cualitativa de las diferencias.

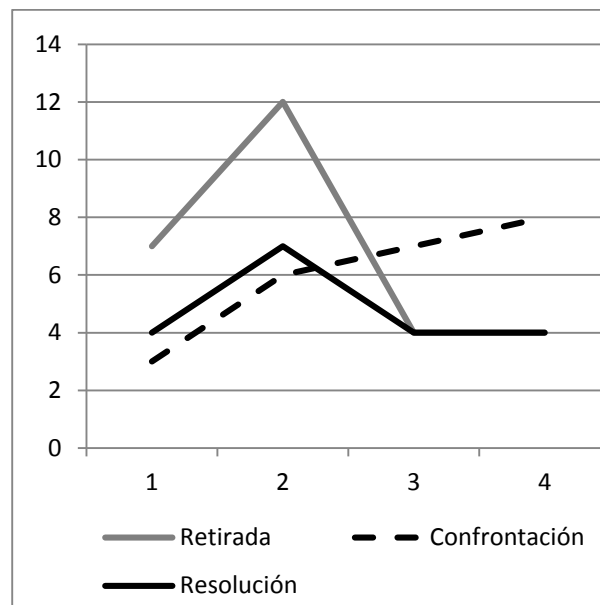


Figura 1. Rupturas y resoluciones en la muestra total.

Tabla 5. Comparación de grupo CON CAMBIO y SIN CAMBIO.

	Grupo CON CAMBIO		Grupo SIN CAMBIO	
	Media	Desvío	Media	Desvío
C. rupturas	1,3	1,69	1,25	1,97
C. rupturas de retirada	0,68	1,09	0,7	1,56
C. rupturas de confrontación	0,65	1,04	0,55	0,76
C. de resoluciones	0,45	0,83	0,50	0,83
Ratio de resoluciones	0,45	0,44	0,34	1,17
PG rupturas de retirada	1,86	0,69	1,83	1,17
PG rupturas de confrontación	1,71	0,76	1,63	0,74
PG. resoluciones	2,83	0,41	3	0,89

Nota= C: cantidad; PG: Puntaje Global.

Al desglosarse este análisis en los pacientes que tuvieron cambio significativo y los que no, se encontraron notables diferencias.

Evolución de rupturas y resoluciones en los grupos DE CAMBIO vs NO CAMBIO

Como se puede observar en la figura 2, en el grupo DE CAMBIO las rupturas de retirada

alcanzan su máximo en la segunda sesión, para disminuir en la tercera y aumentar levemente en la cuarta. Las rupturas de confrontación, en cambio, alcanzan su mínimo en la segunda sesión para tener un crecimiento sostenido en las sesiones posteriores.

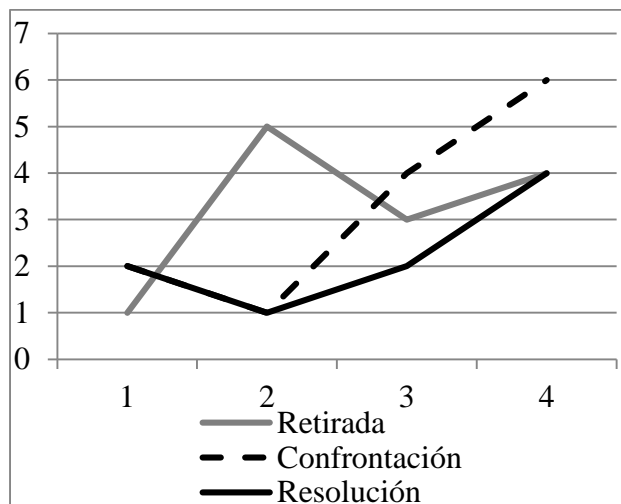


Figura 2. Rupturas y resoluciones en pacientes con cambio.

Finalmente, las resoluciones también tienen su mínimo en la segunda sesión para luego ir aumentando en la tercera y cuarta sesión, acompañando las rupturas de confrontación.

En la muestra de pacientes en los que no hubo cambio clínico, tanto las rupturas (de ambos tipos) como las resoluciones hallaron su punto máximo en la segunda sesión. A partir de esta, disminuyeron las resoluciones y rupturas sostenidamente en la tercera y cuarta sesión, tal como se observa en la figura 3.

Al momento de analizar los ratios de resoluciones/rupturas (Figura 4), se encontró que el promedio de ratio en los pacientes de CAMBIO era de 0,5 ($DE=0,14$) y en los pacientes de NO CAMBIO 0,31 ($DE=0,25$). Al mismo tiempo, se observa que el ratio en el caso de los pacientes de CAMBIO disminuye hacia la tercera sesión para luego volver a aumentar en la cuarta. En el caso del grupo de pacientes de NO CAMBIO, el ratio

aumenta en la segunda sesión para disminuir sostenidamente hacia la cuarta.

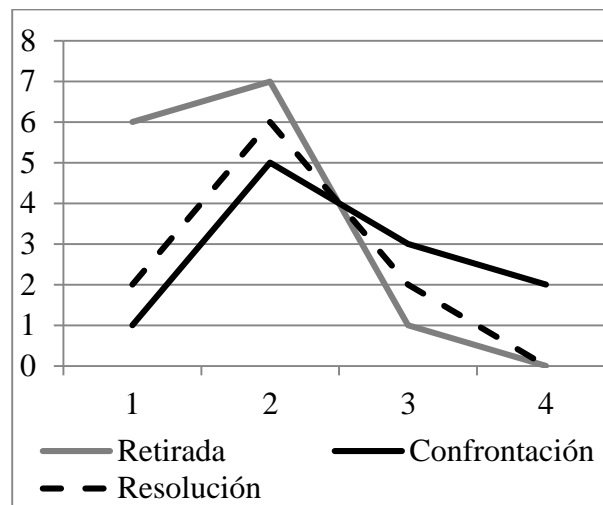


Figura 3. Rupturas y resoluciones en pacientes sin cambio.

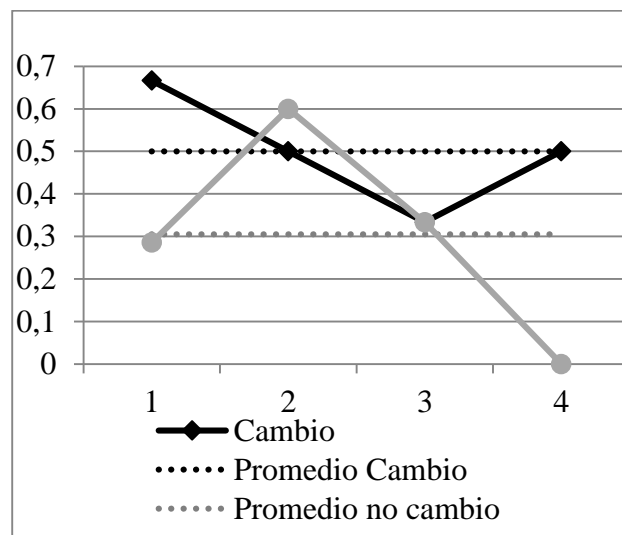


Figura 4. Ratio de resoluciones/rupturas en pacientes con y sin cambio.

Grupo de abandono

En el análisis de las sesiones del grupo de ABANDONO, sólo se hallaron dos rupturas de retirada en la primera sesión en dos casos diferentes, mientras que no se hallaron rupturas de confrontación o estrategias de resolución en ninguno de los casos. Estos resultados imposibilitaron realizar una mayor descripción del perfil de rupturas y resoluciones de este grupo, así como también compararlo con los otros dos, como

nos habíamos planteado al inicio de la investigación.

Efecto de los terapeutas

Si bien no se pudieron establecer diferencias entre los terapeutas por la cantidad de participantes en esta investigación (n=4), al observar los ratios de resolución/ruptura se observaron notables diferencias que podrían sugerir un efecto de los terapeutas sobre la capacidad de resolución de rupturas en la alianza terapéutica. Mientras que uno de los terapeutas obtuvo un ratio de 0,80, otro tuvo un ratio de 0. Los dos terapeutas restantes obtuvieron ratios de 0,26 y 0,13 respectivamente.

Discusión

El objetivo de este estudio fue evaluar las rupturas y resoluciones de la alianza en psicoterapia y su vínculo con los cambios terapéuticos y abandonos tempranos. Al analizar la primera sesión de tratamiento, en el grupo de ABANDONO sólo se hallaron dos casos con una ruptura en dicha sesión, el resto no obtuvo rupturas. De igual manera, en los pacientes que continuaron el tratamiento sólo se encontraron dos casos con rupturas en la primera sesión (uno del grupo de CAMBIO y otro del grupo de NO CAMBIO). Esto indica que en la primera sesión no es común hallar rupturas en ninguno de los tres grupos analizados. Además, hubo una ausencia de diferencia entre las rupturas de la primera sesión en pacientes que abandonaron o continuaron con el tratamiento.

Al analizar cualitativamente la primera sesión de los tratamientos, es necesario tener en cuenta el contexto del centro clínico en el cual se desarrollaron los tratamientos. En el mismo, se realizan entrevistas previas con admisores, por lo que los pacientes entraban en contacto con un terapeuta que ya había tenido un primer acercamiento al caso. Al estar este estudio por fuera de los procesos iniciales de admisión, existe la posibilidad de que ellos hayan tenido un impacto sobre los abandonos y los grupos de CAMBIO vs. NO CAMBIO.

Por otra parte, la primera sesión de tratamiento suele tener un alto grado de estructuración, orientada a que el terapeuta complete su propia conceptualización del caso en la historia clínica del paciente. Es posible que este nivel de estructuración de la sesión y su orientación a recolectar información, haya implicado un menor grado de negociación interpersonal y, por ende, haya generado un menor grado de rupturas en la relación. Al mismo tiempo, si se piensa a esta sesión como una presentación de caso, el terapeuta también realizará menos intervenciones orientadas al cambio y más que exploren el motivo de consulta. No obstante, al no contar con evidencias empíricas respecto de la asociación de estos procesos con la probabilidad de que los pacientes interrumpen unilateralmente el tratamiento, estas interpretaciones deben tomarse con cautela, entendiéndolas en términos especulativos, como hipótesis que deberán ser estudiadas por futuras investigaciones. Luego de la primera sesión, en donde el tratamiento tiene una naturaleza dialogal más flexible y una clara orientación terapéutica, en la cual es esperable una mayor variabilidad las acciones de los terapeutas, se han visto mayores niveles de rupturas.

En el caso de los pacientes que abandonaron, es posible que los pacientes lo hayan hecho por una falta de acople al modelo de evaluación estructurado de la primera sesión, sin mostrar evidencias de ruptura, por el bajo nivel involucramiento interpersonal mencionado en esta sesión. Quizás esos pacientes hayan llegado a terapia buscando otro tipo de actitud del terapeuta en la primera sesión, no tan centrado en recolectar información sino en escuchar y empatizar con el paciente, y que eso haya derivado en el abandono unilateral. Tal vez, además de que haya habido pocas rupturas en la primera sesión, su sola presencia no fue discriminativa de los fenómenos de abandono. Esto podría asociarse con la idea de que no es la mera presencia de rupturas las que predicen un peor desenlace de la terapia, sino su eventual no resolución en caso de que aparezcan.

Por otro lado, la segunda sesión pareciera tener cierta significancia tanto en el grupo de cambio como de no cambio. En el caso del grupo de cambio, las rupturas de retirada alcanzaron su máximo en dicha sesión, al mismo tiempo que las de confrontación alcanzan su mínimo. Esta disminución es acompañada por las estrategias de resolución de los terapeutas. Con respecto al grupo de no cambio, ambos tipos de rupturas como las resoluciones alcanzan su máximo en la segunda sesión para disminuir consistentemente hacia la cuarta.

Hacia la tercera y cuarta sesión se observaron diferencias relevantes entre los grupos. Por un lado, en el grupo de CAMBIO, tendieron a aumentar sostenidamente los niveles de rupturas de confrontación, así como también los niveles de resolución de las rupturas. En cambio, en el grupo de NO CAMBIO, se observó una disminución de las rupturas y resoluciones.

De esta manera, los resultados de esta investigación reflejan lo propuesto por Safran y Muran (2006) al pensar las rupturas de la alianza como una amenaza a la continuidad del tratamiento si no se resuelven o como una oportunidad terapéutica si se emplean estrategias de resolución. Lo mismo se observa en investigaciones realizadas en terapias breves con pacientes con depresión (Stiles, 2004) y con pacientes con trastornos de la personalidad (Strauss, 2006).

En cuanto a los puntajes globales, no se observaron diferencias marcadas entre los grupos, por lo que podría ser un indicador de que este elemento del instrumento es sensible a rupturas que tienen mayor intensidad y aportaría más información en estos casos.

No obstante, la diferencia de ratios de resolución/ruptura en los grupos, abona nuevamente a la importancia de la resolución de las rupturas. En el grupo de CAMBIO se observó una mayor proporción (ratio = .50) al compararlo con el grupo de NO CAMBIO (ratio = .30), por lo que fue

uno de los resultados de mayor significancia. Esto sugeriría que las estrategias de resolución tienen gran influencia en las respuestas tempranas al tratamiento. Estos resultados se condicen, a su vez, con lo hallado por Muran y equipo (2009), quienes observaron que las rupturas de menor intensidad y mayor resolución se vinculaban con mejores resultados a nivel de funcionamiento interpersonal y mejor calidad de la sesión. Holmqvist Larsson, Falkenström, Andersson & Holmqvist (2016) también hallaron que patrones de resolución de rupturas se asociaban con mejores resultados, a diferencia de patrones de no rupturas.

Esta información llama a que los clínicos busquen tener una mayor conciencia de estos procesos de rupturas en las primeras sesiones de tratamiento, que podrían afectar sus tratamientos, y que busquen realizar procedimientos para lidiar con ellos, en caso de que aparezcan. Al trabajar sobre estas rupturas intentando resolverlas, el clínico no sólo estaría sobrellevando un conflicto que puede operar como obstáculo para el desarrollo del tratamiento, sino que también podría estar utilizando un recurso con un valor clínico en sí mismo, operando a nivel del vínculo y produciendo cambios sobre esa base (Safran et al., 2002).

Investigaciones previas han sugerido que los terapeutas no tienen conocimiento de qué hacer frente a episodios de rupturas (Coutinho et al., 2011). En este contexto, una de las implicancias clínicas de este trabajo, podría ser la necesidad de entrenar a los terapeutas en la detección de rupturas y el desarrollo de las estrategias adecuadas para resolver las mismas. Esta interpretación también es consistente con los resultados de un metaanálisis realizado por Safran, Muran & Eubanks (2011), que muestra que el entrenamiento de terapeutas en estos tópicos llevó a mejores resultados de tratamiento. Por otra parte, en términos de recomendaciones clínicas para los profesionales, los resultados de este estudio sugieren que los terapeutas intenten prestar atención a los procesos de rupturas en su relación con los pacientes y, en caso de

manifestarse, que desarrollen estrategias adecuadas para lidiar con las mismas.

Limitaciones de la investigación

Los resultados obtenidos en la presente investigación deben tomarse con cautela, teniendo en consideración que esta implica un primer acercamiento al fenómeno de las rupturas tempranas mediante un estudio exploratorio. La cantidad de participantes no permite hacer un análisis estadístico o una comparación entre grupos mediante contrastes de hipótesis. Además, el hecho de que los pacientes sólo tuvieran un diagnóstico de trastornos emocionales, limita la capacidad de generalización de estos resultados a otros cuadros psicopatológicos. Por otra parte, el hecho de que los pacientes estuvieran anidados en pocos terapeutas, hace que el cambio producido (o no) puede asociarse a efectos del terapeuta, que en esta investigación no se pudieron estimar ni controlar. Futuras investigaciones deberían intentar replicar estos hallazgos en muestras más grandes y heterogéneas, que permitan aumentar la validez externa de los resultados y estimar efectos de los terapeutas. Además, en el caso de los pacientes que abandonaron el tratamiento no se realizó un seguimiento de los mismos, no se tomaron medidas repetidas ni se emplearon otros instrumentos para tener un mayor conocimiento sobre los motivos para dejar el tratamiento. Por lo tanto, en el caso del grupo de ABANDONO, los resultados no se pueden generalizar ya que se circunscriben a la primera sesión, donde habría una mayor contribución por parte del paciente que del terapeuta a lo que acontece en sesión. Esto podría indicar que no es una cuestión del proceso en sí y que deberían evaluarse otras variables del paciente, como por ejemplo, los problemas interpersonales de los mismos. Por lo tanto, futuras investigaciones que analicen dicho fenómeno deberían emplear distintas metodologías que permitan mejorar la comprensión de la probabilidad de abandono del paciente y la experiencia subjetiva del mismo como del terapeuta.

A pesar de estas limitaciones, esta investigación presenta evidencias preliminares de que los procesos de rupturas y resoluciones de la alianza terapéutica en las primeras sesiones de tratamiento podrían asociarse a la consecución de cambios tempranos, aportando evidencia parcial de su valor como eventuales mecanismos de cambio temprano en psicoterapia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre McLaughlin, A., Keller, S. M., Feeny, N. C., Youngstrom, E. A., & 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*(1). DOI: 10.1037/a0034696
- Allen, L., McHugh, R., & Barlow, D. (2007). Emotional disorders a unified protocol. En: Barlow, D., (Ed.) *Clinical handbook of psychological disorders*, (4a ed., pp. 578–614). New York: Guilford Press.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5 ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Press.
- Bados, A., Balaguer, G., & Saldaña, C. (2007). The efficacy of cognitive – behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology, 63*, 585–592. DOI: <http://doi.org/10.1002/jclp>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*, 252–260.
- Bradford, A., Cully, J., Rhoades, H., Kunik, M., Kraus-Schuman, C., Wilson, N., & 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. DOI: <http://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181f18061>
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Fernandes, C., Sousa, I., & Safran, J. D. (2014). The development of the therapeutic alliance and the emergence of alliance ruptures. *Anales de Psicología, 30*, 985–994.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Hill, C., & Safran, J. (2011). Therapists' and clients' experiences of alliance ruptures: A qualitative study. *Psychotherapy Research, 21*(5), 525–540.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Sousa, I., & Safran, J. (2014). Comparing two methods of

- identifying alliance rupture events. *Psychotherapy*, 51(3), 434–442.
- de Shazer, S., & Berg, I. K. (1997). What works?: Remarks on research aspects of solution-focused brief therapy. *Journal of Family Therapy*, 19, 121–124. DOI:<http://doi.org/10.1111/1467-6427.00043>
- de Shazer, S., Berg, I. K., Lipchick, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., & Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: Focused solution development. *Family Process*, 25, 207–221.
- Doran, J. M. (2014). The working alliance: Where have we been, where are we going? *Psychotherapy Research*, 26, 146–163. DOI: <http://doi.org/10.1080/10503307.2014.954153>
- Eubanks, C.F., Muran, J.C., & Safran, J.D. (2015). Rupture Resolution Rating System (3RS): Manual. Unpublished manuscript, Mount Sinai-Beth Israel Medical Center, New York. *Rupture resolution rating system (3RS): Manual*. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/270581021_RUPTURE_RESOLUTION_RATING_SYSTEM_3RS_MANUAL
- Fernández-Álvarez, H., Hirsh, H., Maristany, M., & Torrente, F. (2005) *Propiedades psicométricas del OQ-45.2 en la Argentina: un estudio piloto*. Poster presentado en el 4° Congreso Mundial de Psicoterapia. Buenos Aires.
- Gingerich, W. J., & Eisengart, S. (2000). Solution-focused brief therapy: a review of the outcome research. *Family Process*, 39, 477–498. DOI:<http://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2000.39408.x>
- Gómez Penedo, J. M. (2017). Variables del paciente y del proceso psicoterapéutico vinculadas a predictores tempranos de cambio. Tesis doctoral, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Gómez Penedo, J. M., Artiaga, S. y Roussos, A. (2016). Sistema de Ranqueo y Resolución de Rupturas - Argentina. Manuscrito sin publicar.
- Haas, E., Hill, R. D., Lambert, M. J., & Morrell, B. (2002). Do early responders to psychotherapy maintain treatment gains? *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1157–1172.
- Holmqvist Larsson, M., Falkenström, F. Andersson, G., & Holmqvist, R. (2016). Alliance ruptures and repairs in psychotherapy in primary care. *Psychotherapy Research*. DOI: 10.1080/10503307.2016.1174345
- Horowitz, L. M. (1979). On the cognitive structure of interpersonal problems treated in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 5–15.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139–149. DOI: <http://doi.org/10.1037//0022-0167.38.2.139>
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1986). The development of the working alliance Inventory. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 529–556). New York, NY: Guilford Press.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 9–16. DOI: <http://doi.org/10.1037/a0022186>
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *The American Psychologist*, 41, 159–164. DOI: <http://doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.159>
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S., & 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., & Craighead, W. E. (1994). The role of nonspecific factors in cognitive-behavior therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 138–155. DOI: <http://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1994.tb00016.x>
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12–19.
- Juan, S., Gómez Penedo, J.M., Etchebarne, I. y Roussos, A. J. (2011). El método de investigación cualitativa consensual (Consensual Qualitative Research, CQR): Una herramienta para la investigación cualitativa en psicología clínica. Anuario de investigaciones en Psicología. Facultad de Psicología – UBA, Vol. XVIII, Tomo I, pp. 47-56.
- 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 client characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 997–1006. DOI:10.1037/0022-006X.71.6.997
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the outcome questionnaire. Clinical questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 249–258.

- 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. DOI: <http://doi.org/10.1037/a0035535>.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & 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*(3), 438–450. DOI: <http://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>
- Mergenthaler, E., & Gril, S. (1996). Descripción de las reglas para la transcripción de sesiones de psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 5*(2), 163 – 176.
- Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., Samstag, L. W., Eubanks-Carter, C., & 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*(2), 233–248.
- 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., & 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. DOI: <http://doi.org/10.1002/cpp.1868>
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*, 286–291. DOI: <http://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.286>
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy, 48*, 80–87. DOI: <http://doi.org/10.1037/a0022140>
- Safran, J. D., Muran, J. C., & 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., & Stevens, C. (2001). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy, 38*, 406–412.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., & Stevens, C. L. (2002). Repairing alliance ruptures. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (p. 235–254). New York: Oxford University Press. DOI: <http://doi.org/10.1037/a0022140>
- Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training, 47*, 637–645. DOI: <http://doi.org/10.1037/a0021175>
- SFBT (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*. Recuperado de: <http://www.sfbta.org/Research.pdf>
- 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. DOI: <http://doi.org/10.1037/0022-0167.51.1.81>
- 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*(2), 337–345. DOI: 10.1037/0022-006X.74.2.337
- Swift, J. K., & Callahan, J. L. (2011). Decreasing treatment dropout by addressing expectations for treatment length. *Psychotherapy Research, 21*, 193–200.
- Swift, J. K., Greenberg, R. P., Tompkins, K. A., & Parkin, S. R. (2017). Treatment refusal and premature termination in psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination: A meta-analysis of head-to-head comparisons. *Psychotherapy, 54*, 47–57.
- Von Bergen, A., & 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.