



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesis de Belgrano

Facultad de Humanidades
Carrera de Licenciatura en Psicología

Las Intervenciones Psicoterapéuticas
Específicas e Inespecíficas, y su posible
relación con la aparición de Rupturas en la
Alianza Terapéutica

N° 451

Isabel Espíndola

Tutores: Andrés Roussos - Vanina Waizmann

Departamento de Investigaciones
Diciembre 2010

Universidad de Belgrano
Zabala 1837 (C1426DQ6)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina
Tel.: 011-4788-5400 int. 2533
e-mail: invest@ub.edu.ar
url: <http://www.ub.edu.ar/investigaciones>

Agradecimientos

Al Dr. Andrés Roussos y a la Lic. Vanina Waizmann por la constante supervisión y guía, a lo largo de la realización del presente trabajo.

A la Lic. Waizmann, en particular, por haber sembrado en mí la pasión por la investigación y la labor científica.

A Gabriel, a mis amigos, y a la familia Cartier-Ballvé por el inmenso cariño y apoyo que me han brindado a lo largo de todo este tiempo.

A Luis y Cristina por su presencia y afecto.

A mis abuelos, Pancho y Ubita, un agradecimiento especial por el amor con el cual me han abrigado desde pequeña. A mi Tío Pacho, quien será por siempre una fuente de enorme inspiración y ternura.

Finalmente, agradezco a mis padres y hermanos, con quienes conozco día a día lo que significa amar, crecer, y caminar hacia nuevas metas e ilusiones.

Resumen

El presente trabajo constituye un estudio empírico exploratorio acerca de la posible relación entre las intervenciones psicoterapéuticas específicas e inespecíficas y la aparición de Rupturas en la Alianza Terapéutica, en seis sesiones pertenecientes a un caso único cognitivo. Dichas sesiones fueron facilitadas por el Equipo de Investigación de la Universidad de Belgrano, dirigido por el Dr. Andrés Roussos. Para llevar esto adelante, se contó con el consentimiento informado tanto del paciente como del terapeuta. Los instrumentos utilizados para la evaluación de las variables fueron la versión observador del Inventario de Alianza de Trabajo, en su adaptación en Argentina (WAI-O-A, Waizmann, Serrano y Roussos, en preparación), la Clasificación Multidimensional de Intervenciones Psicoterapéuticas (CMIP, Roussos, Waizmann y Etchebarne, 2003; y Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2005), y el Sistema de Ranqueo de Resolución de Rupturas (S3R-A, Waizmann, Espíndola y Roussos, en preparación). La presente tesina constituye el primer estudio piloto, en idioma español, que utiliza el S3R-A. El análisis realizado en esta investigación pareciera mostrar que a mayor especificidad de las intervenciones psicoterapéuticas, mayor cantidad de aparición de Rupturas en la Alianza Terapéutica.

Palabras Clave: Alianza Terapéutica, Rupturas en la Alianza, Intervenciones Psicoterapéuticas, Especificidad, Inespecificidad.

Índice

1. Introducción	9
2. Desarrollo Teórico	
2.1. La Alianza Terapéutica	12
2.1.1. Las Rupturas en la Alianza Terapéutica	17
2.2 Las Intervenciones Psicoterapéuticas.....	21
3. Desarrollo Metodológico	
3.1. Muestra	24
3.2. Materiales.....	25
3.2.1. Audiograbaciones de las Sesiones Clínicas	25
3.2.2. Transcripciones escritas de las audiograbaciones	25
3.2.3. Consentimiento Informado -Paciente y Terapeuta-	25
3.2.4. WAI-O-A	25
3.2.5. CMIP	26
3.2.6. S3R-A.....	26
3.3. Procedimientos.....	27
4. Análisis de Datos y Respective Resultados	28
5. Conclusiones y Discusión	36
6. Referencias Bibliográficas	39
7. Anexos	
7.1. Modelo de Consentimiento Informado Paciente	42
7.2. Modelo de Consentimiento Informado Terapeuta	43
7.3. WAI-O-A	43
7.4. Tabla del Nivel Descriptivo de la CMIP	46
7.5. Tabla de la Clusterización del Nivel Descriptivo de la CMIP	53
7.6. Sumario de Rupturas del S3R-A	55
7.7. Grilla de Evaluación de Rupturas del S3R-A.....	61
7.8. Criterios de Puntuación Global del S3R-A	63

Índice de Tablas

Tabla 1. Cantidades, Tipos y Puntajes Globales de Rupturas, por sesión, según su desvío o cercanía a la media de Especificidad	29
Tabla 2. Especificidad e Inespecificidad de las 10 Intervenciones que rodean a las Rupturas, por sesión, según su desvío o cercanía a la media de Especificidad	31
Tabla 3. Proporciones de Especificidad e Inespecificidad de las 5 Intervenciones Previas y Posteriores a las Rupturas, por sesión, según su desvío o cercanía a la media de Especificidad.....	32

Tabla 4. Proporciones de Especificidad e Inespecificidad de las Intervenciones Inmediatamente Previas e Inmediatamente Posteriores a las Rupturas, por sesión, según su desvío o cercanía a la media de Especificidad	34
Tabla 5. Proporciones de Especificidad e Inespecificidad de las Intervenciones. Cantidades, Tipos y Puntajes Globales de Rupturas, para cada sesión, según su desvío o cercanía a la media de Especificidad	35

1. Introducción

En la década de 1970, se comienza a concentrar el interés de la investigación en psicoterapia en lo que desde la década de 1930-1940 se empezaba a conocer como los factores comunes a las psicoterapias (Feixas y Miró, 1993). Los factores comunes son entendidos como aquellos componentes que dan cuenta de una parte considerable de la efectividad de todos los procedimientos psicoterapéuticos, y que en este sentido, son compartidos por los distintos modelos psicoterapéuticos (Frank, 1981). Algunos de estos factores son, por ejemplo, la expectativa de mejoría, la persuasión, la calidez y la atención (Lambert, Shapiro y Bergin, 1986).

La Alianza Terapéutica ha sido uno de los factores comunes más estudiados, y se lo considera actualmente el factor *común princeps* a las psicoterapias (Waizmann y Roussos, 2007). En este sentido, no sólo los distintos marcos teóricos consideran a la relación terapéutica, en general, y a la Alianza, en particular, como un factor importante en el proceso terapéutico, sino que numerosas investigaciones que han tenido lugar en las últimas décadas han ubicado a la Alianza como aquel elemento predictor de los resultados terapéuticos (Martin, Garske y Davis, 2000; Horvath y Symmonds, 1991). Si bien este concepto tiene sus orígenes a principios del siglo XX en los trabajos freudianos, Sterba, Zetzel y Greenson son autores que se interesaron por la clarificación del concepto y por sus diferenciaciones con la noción de *transferencia*.

Por un lado, Sterba suele ser reconocido como uno de los propulsores más relevantes de la Alianza dentro del ámbito psicoanalítico. Este autor sostenía que una identificación positiva del paciente con el terapeuta, podría motivar al primero a trabajar hacia el cumplimiento de las tareas psicoterapéuticas (Safran y Segal, 1994). Greenson, por su parte, consideró que la colaboración entre paciente y terapeuta constituía un componente esencial para el éxito terapéutico (Corbella y Botella, 2003, Horvath, 2001).

Siguiendo a Safran y Segal (1994), los aportes recientemente mencionados se reconocen como precursores importantes del concepto de Alianza Terapéutica, pero, por lo general, se considera que fue Zetzel quien inició la actual tendencia de la Alianza dentro del psicoanálisis, además de haber sido quien en 1956 acuñó el término *Alianza Terapéutica*, por primera vez.

De todos modos, si bien el concepto de Alianza Terapéutica figura dentro del campo psicoanalítico desde hace bastante tiempo, con el transcurrir de los años y con la creciente afición por descubrir los factores que las distintas psicoterapias muestran en común, este concepto ha ido independizándose de su marco teórico de surgimiento (Feixas y Miró, 1993). Es a fines de los años setenta que Bordin (1979) desarrolla una definición transteórica de la Alianza, concibiéndola como el encaje y colaboración que se establece entre el paciente y el terapeuta, y que comprende tres elementos: 1) el acuerdo en relación a las metas del tratamiento; 2) el acuerdo en relación a las tareas del mismo; y 3) la calidad del vínculo emocional entre los participantes. Este autor considera que la Alianza no es curativa por sí sola, sino que constituye el principal vehículo del cambio terapéutico, potenciando la eficacia de una psicoterapia. Sostiene además que tal eficacia se ubica en relación a la fortaleza de la Alianza, lo cual a su vez se encuentra en función del grado de acuerdo entre paciente y terapeuta en relación a los componentes de la Alianza.

Actualmente, se considera a la Alianza como uno de los factores con mayor influencia en los resultados terapéuticos, y por lo tanto, como uno de los mejores predictores de los mismos (Martin, Garske y Davis, 2000).

Dado que este concepto ha recibido gran atención por parte de teóricos e investigadores, se han desarrollado algunos instrumentos de medición de la Alianza, favoreciéndose así un importante desarrollo en el campo de la investigación en torno a este factor. Uno de estos instrumentos es el Working Alliance Inventory (WAI) [Inventario de Alianza de Trabajo (IAT)], desarrollado originalmente por Horvath y Greenberg (1989), quienes se basan en la definición de Bordin anteriormente presentada, para la construcción del WAI. Este instrumento será desarrollado más adelante en el presente trabajo.

Teniendo en cuenta la gran relevancia atribuida a la Alianza por su relación con los resultados terapéuticos (Martin, Garske y Davis, 2000; Horvath y Symmonds, 1991), existen autores que se han interesado por estudiar más cercanamente la calidad de la Alianza, poniendo el foco sobre las posibles tensiones o amenazas a la misma. Así, se observa dentro de la literatura un creciente interés por las Rupturas de Alianza, las cuales en líneas generales refieren a momentos en la interacción entre el terapeuta y el paciente,

en que la calidad de la Alianza se quebranta o se deteriora (Safran y Segal, 1994). Más específicamente, constituyen una tensión o interrupción en la relación colaborativa entre paciente y terapeuta, consistiendo las Rupturas en: 1) desacuerdos en las tareas del tratamiento; 2) desacuerdos en los objetivos del mismo; y/o 3) problemas en el vínculo emocional (Safran, Muran, Samstag y Stevens, 2002).

Se observa en los trabajos encontrados que las Rupturas no necesariamente implican un litigio franco entre paciente y terapeuta, sino que más bien hacen referencia a la característica fluctuante de la Alianza Terapéutica, en donde tanto paciente como terapeuta contribuyen en su desarrollo y desenlace (Eubanks-Carter, Muran y Safran, manuscrito no publicado; Waizmann, Espíndola y Roussos, 2009). En concordancia con lo anterior, Safran y Segal (1994) resaltan la interdependencia (de paciente y terapeuta) en la aparición de una Ruptura en la Alianza, señalando que los problemas en la Alianza son siempre el resultado de la interacción entre los participantes de la díada terapéutica. De este modo, se enfatiza la mutua contribución, del paciente y del terapeuta, en la conformación, desarrollo y calidad de la Alianza (Bordin, 1979; Horvath y Luborsky, 1993), como también en la aparición y resolución de las Rupturas (Safran y Segal, 1994).

Considerando la relevancia de la Alianza Terapéutica en relación a su influencia en los resultados terapéuticos, resulta interesante pensar acerca de los factores que podrían intervenir en la conformación de una Alianza fuerte, así como los aspectos que favorecerían sus deterioros o Rupturas.

Se encuentran en la literatura algunos trabajos avocados a la investigación sobre las características del paciente y del terapeuta que contribuyen a la aparición de Rupturas en la Alianza (p.ej., Ackerman y Hilsenroth, 2001; Horvath, 2001). Por su parte, Safran y Muran (1996) han utilizado la noción de *esquema interpersonal* para pensar a las Rupturas, y consideran que éstas tienden a manifestarse cuando el terapeuta, sin tener conocimiento de ello, participa en los ciclos interpersonales desadaptativos del paciente. Esto quiere decir, entonces, que cuando aparecen las Rupturas en la Alianza Terapéutica, tanto paciente como terapeuta se encuentran estancados en patrones interpersonales maladaptativos, los cuales son característicos del cliente y de sus modalidades habituales de relacionarse (Safran y Muran, 2000). Estos autores consideran, además, que si bien las Rupturas representan momentos de tensión o deterioro en la Alianza, deben ser entendidas no sólo como momentos de amenaza que podrían -en casos extremos- llevar a una finalización prematura del tratamiento, sino que constituyen momentos para recuperar una buena calidad en la Alianza, además de tratarse de oportunidades propicias para alcanzar el cambio terapéutico del paciente (Safran, Crocker, McMain, y Murray, 1990).

Tal como se verá más adelante en el presente trabajo, la mutua contribución en el desarrollo y la calidad de la Alianza se relaciona con que tanto paciente como terapeuta conforman conjuntamente el vínculo, y acuerdan en las tareas y metas del tratamiento. En lo que concierne a la aparición de Rupturas, esta mutua contribución se muestra de la siguiente manera: En relación a la contribución del paciente, algunas características de su personalidad y de sus modos de funcionamiento interpersonal, parecen influir en la aparición de los deterioros en la calidad de la Alianza —o Rupturas— (Horvath, 2001; Safran y Segal, 1994).

En relación a la contribución del terapeuta, existen autores que se han enfocado en el estudio de algunas características del terapeuta y del tipo de intervenciones que este utiliza, que guardan relación tanto con la conformación de la Alianza, como con la aparición o resolución de las tensiones o deterioros que en ella se presenten (Ackerman y Hilsenroth, 2001; Eubanks-Carter, Muran y Safran, manuscrito no publicado; Safran y Segal, 1994). Dicho de otro modo, parece ser que el terapeuta, con sus intervenciones, puede no sólo favorecer una buena Alianza Terapéutica, sino también generar o propiciar la aparición de rupturas en la misma. Además, las intervenciones terapéuticas también pueden relacionarse con los intentos de trabajar o resolver estos distanciamientos o deterioros en la calidad de la Alianza, favoreciendo de este modo un fortalecimiento de la misma.

Teniendo en cuenta el creciente interés por las Rupturas en la Alianza Terapéutica, se ha generado la necesidad de desarrollar instrumentos para evaluarlas, como también para estudiar las posibles maniobras terapéuticas para su resolución. Recientemente, Eubanks-Carter, Muran y Safran (manuscrito no publicado) desarrollaron un instrumento en 2009, en Estados Unidos, para la evaluación y resolución de Rupturas denominado Rupture Resolution Rating System (3RS). Este instrumento, y su adaptación en Argentina (S3R-A, Waizmann, Espíndola y Roussos, en preparación) también serán presentados más adelante en la presente tesina.

En este trabajo, se tendrá presente la mutua influencia de ambos participantes en la Alianza, así como en las Rupturas de Alianza, y el interés estará puesto específicamente en las intervenciones del terapeuta y su posible incidencia en la aparición de las Rupturas.

Tal como se verá más adelante en el presente trabajo, el estudio de las intervenciones psicoterapéuticas también ha recibido una especial atención dentro de la literatura encontrada. Por intervenciones psicoterapéuticas se puede entender a aquellas acciones del terapeuta que estén dirigidas al paciente, dentro de las sesiones, y que tengan un sentido terapéutico (Waizmann, Etchebarne y Roussos, 2004). Una manera de estudiar las intervenciones es en función de su especificidad o inespecificidad. Dicho de otro modo, en función de si éstas han sido conceptualizadas específicamente por un marco teórico, o no –respectivamente–. Además, se puede reconocer aquellas intervenciones terapéuticas que sean comunes a más de un marco teórico, ya sean éstas, a su vez, específicas o no-específicas (Roussos, Waizmann y Etchebarne, 2003).

Roussos, Waizmann, Etchebarne (2003) y Roussos, Etchebarne y Waizmann (2005) han mostrado un interés por el estudio y por la codificación de las intervenciones psicoterapéuticas, y han desarrollado una clasificación de las mismas, teniendo en cuenta la especificidad/inespecificidad de las intervenciones en relación a los marcos cognitivos y psicoanalítico. Desarrollaron así la CMIP (2003, 2005), una Clasificación Multidimensional de las Intervenciones Psicoterapéuticas, que contempla distintos niveles de análisis de las intervenciones. Esta clasificación, también será presentada en mayor detalle más adelante en este trabajo final de carrera.

Desde un punto de vista empírico, y teniendo en cuenta que la Alianza Terapéutica ha sido reconocida como uno de los principales predictores de resultados en un tratamiento psicoterapéutico, el trabajo con las Rupturas de la Alianza resulta relevante para la práctica psicoterapéutica, en la medida en que posibilita un mayor cuidado y manejo de la calidad de la Alianza. Por otro lado, el presente trabajo resulta útil como un estudio piloto en donde se trabajará con la adaptación en Argentina del 3RS, en sesiones pertenecientes al marco teórico cognitivo. Por último, y a nivel teórico, el análisis de las Rupturas vinculado al tipo de intervenciones psicoterapéuticas en términos de su especificidad/inespecificidad resulta interesante ya que no se han encontrado trabajos científicos que vinculen estas dos variables de manera directa.

La inquietud en relación a las Intervenciones Psicoterapéuticas y las Rupturas en la Alianza gira en torno a las siguientes preguntas: ¿cómo es que el tipo de intervención que emplea el terapeuta, en términos de su especificidad o inespecificidad, se podría relacionar con la posterior aparición de Rupturas en la Alianza? Y, ¿cómo se maneja el terapeuta en relación a su modalidad de intervención una vez que aparece una Ruptura?

El objetivo general de la presente tesina es el de analizar la relación entre el tipo de intervenciones realizadas por el terapeuta en términos de su especificidad e inespecificidad, y la aparición de Rupturas de Alianza Terapéutica, en seis sesiones clínicas pertenecientes a un caso único cognitivo.

Los objetivos específicos de esta tesina son:

1. Estudiar la relación entre las intervenciones específicas cognitivas y la aparición de Rupturas de Alianza.
2. Analizar la relación entre las intervenciones no-específicas y la aparición de Rupturas de Alianza.
3. Analizar si anterior a la aparición de una Ruptura hay un incremento de Intervenciones específicas o no-específicas.
4. Analizar si posterior a la aparición de una Ruptura hay un incremento de Intervenciones específicas o no-específicas.

Métodos

El presente trabajo final de carrera es un estudio empírico, con un diseño observacional, naturalístico. La muestra está conformada por seis sesiones clínicas que se tomaron de un caso único cognitivo, cuyo material pertenece al Equipo de Investigación en Psicología Clínica de la Universidad de Belgrano, dirigido por el Dr. Andrés Roussos.

Los instrumentos utilizados incluyen una clasificación de intervenciones desarrollada en el Equipo de Investigación (Roussos, Waizmann y Etchebarne, 2003; Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2005), una escala para evaluar la Alianza Terapéutica (WAI-O-A, Waizmann, Serrano y Roussos, en preparación) y un instrumento para medir las Rupturas en la Alianza (S3R-A, Waizmann, Espíndola y Roussos, en preparación). Se verá en detalle la metodología en la sección Métodos del presente trabajo.

En este trabajo final de carrera se presentará en primer lugar un apartado teórico en relación a las variables en cuestión, seguido por un apartado empírico, en el cual se desarrollarán en detalle los pasos y procesos que se llevaron adelante para la presente investigación. Seguido de esto, se presentará el análisis de los datos con los respectivos resultados encontrados. Por último, se presentará un apartado de conclusiones y discusión, seguido por las referencias bibliográficas y los anexos correspondientes a este trabajo.

2. Desarrollo Teórico

2.1. La Alianza Terapéutica

Como fue mencionado en la introducción de este trabajo, la Alianza Terapéutica es un concepto cuyas nociones tienen sus primeras apariciones dentro de la corriente psicoanalítica, ligadas al concepto de la transferencia operativa.

Ya desde la década de 1910, Freud profundizó sus desarrollos teóricos sobre el concepto de transferencia, la cual se define como "...el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica" (Laplanche y Pontalis, 1996, pág. 439). La transferencia hace referencia, entonces, al proceso mediante el cual el paciente desplaza o deposita ciertos afectos y expectativas sobre la persona del analista, en función de aquellos deseos inconscientes en relación a sus figuras tempranas. Según Freud (1913), el paciente desarrollaría por sí sólo un acercamiento con su analista, colocándolo "(...) en una de las imagos de aquellas personas de quienes estuvo acostumbrado a recibir amor" (pág. 140).

Este tipo particular de vínculo entre paciente y analista tiene dos vertientes en Freud: una negativa y otra positiva. En líneas generales, la primera estaría relacionada con la transferencia de sentimientos hostiles sobre el analista, mientras que la segunda se subdivide, a su vez, en la de sentimientos tiernos y la de sentimientos eróticos. Mientras que esta última conllevaría a una resistencia dentro de la cura, Freud considera que aquella que se caracteriza por sentimientos tiernos constituye una transferencia *operativa*, pues resulta ser susceptible de conciencia y constituye "en el psicoanálisis, como en otros métodos de tratamiento, el portador del éxito" (Freud, 1913, pág. 103). La transferencia de sentimientos tiernos proporcionaría un terreno apto para que el paciente y su analista puedan combatir *juntos* la neurosis del primero, ya que favorecería que el paciente se encuentre presto para recibir las comunicaciones de su analista. De este modo, la primera meta del tratamiento para Freud era justamente esperar la instauración operativa de la transferencia, para poder comenzar con el trabajo analítico propiamente dicho (Freud, 1912, 1913).

En las décadas posteriores a lo postulado por Freud, Sterba, Zetzel y Greenson aparecen en la literatura encontrada como autores importantes al momento de proporcionar algunas clarificaciones sobre la Alianza, en relación a sus aspectos transferenciales y aquellos aspectos basados en la realidad (Corbella y Botella, 2003; Horvath, 2001; Horvath y Luborsky, 1993; Waizmann y Roussos, 2007).

Sterba, por ejemplo, suele ser considerado uno de los principales propulsores de la afición por la Alianza dentro del ámbito psicoanalítico. Este autor señaló en 1934 (citado en Corbella y Botella, 2003)

que la motivación del paciente para esforzarse hacia el cumplimiento de las tareas de la terapia se veía, en gran parte, impulsada por una identificación positiva que éste establecía con su terapeuta. Pareciera ser que Freud hizo eco a esta idea al señalar que paciente y analista se unían en un “pacto”, en contra de los síntomas del paciente (Freud, 1938).

Zetzel, -quien inició la actual tendencia dentro del marco psicoanalítico- utiliza por primera vez el término Alianza Terapéutica, y es en 1956 que esclarece algunas distinciones entre la Transferencia y la Alianza. Rescata que el elemento no-neurótico de la relación entre el paciente y su terapeuta - es decir la Alianza - es aquello que le permite al paciente tomar cierta distancia y poder así utilizar las interpretaciones del terapeuta, distinguiendo de ese modo entre los remanentes de las relaciones de su pasado, y la verdadera asociación entre él y su terapeuta. Esta autora sostiene, además, que un tratamiento exitoso se caracteriza por la oscilación del paciente entre períodos dominados por la transferencia, y períodos dominados por la Alianza Terapéutica (Corbella y Botella, 2003; Horvath y Luborsky, 1993; Waizmann y Roussos, 2007).

Greenson (1965) realiza una modificación del término Alianza Terapéutica, utilizando en su lugar el concepto de Alianza de Trabajo. Si bien menciona que el término acuñado por Zetzel en 1956 refiere a un concepto similar, considera que la denominación Alianza de Trabajo ofrece la ventaja de poner el énfasis en la facultad del paciente de trabajar en la situación analítica. De este modo, concibe a la Alianza de Trabajo como la habilidad y motivación del paciente para trabajar en la resolución de sus problemas, asistido por el terapeuta y por la interacción entre ambos participantes (Greenson, 1965; Feixas y Botella, 2004). Este autor habría resaltado, en 1967, a la colaboración positiva entre paciente y terapeuta “(...) como uno de los componentes esenciales para el éxito en la terapia” (citado en Horvath y Symonds, 1991, pág. 139, traducción personal).

Dado que en un primer momento la noción de Alianza apareció de la mano de la concepción de la transferencia operativa, han existido ciertas controversias con respecto a si la Alianza Terapéutica está comprendida dentro del concepto de transferencia, o si estos conceptos poseen sus propias y particulares distinciones. Siguiendo a Horvath y Luborsky (1993) una línea de pensamiento consideraría que la Alianza satisface un deseo inconsciente del paciente de ganarse la aprobación del terapeuta, en tanto éste representa una figura parental para el mismo. En ese sentido, la Alianza Terapéutica estaría incluida dentro de la noción de transferencia. Otra postura, según estos autores, concibe a la Alianza Terapéutica como una nueva *relación de objeto*, cualitativamente diferente de aquellas relaciones que se basan en las experiencias de la infancia, tratándose, por ende, de un nuevo acontecimiento. También hay quienes consideran que todas las relaciones, en mayor o menor grado, están influidas por experiencias interpersonales previas, y en este sentido, la Alianza no sería una variable distinta, sino más bien un modo alternativo de observar el mismo fenómeno. Desde esta postura, se concibe a la Alianza Terapéutica como un fenómeno que se basa en la calidad del encaje actual entre terapeuta y paciente, y que a su vez constituye un reflejo de las relaciones irresueltas previas del paciente.

Si bien la Alianza Terapéutica encuentra sus orígenes en el marco teórico psicoanalítico, a lo largo de las décadas siguientes ha ido independizándose de su contexto teórico de surgimiento (Feixas y Miró, 1993; Horvath y Symonds, 1991). En la década de 1970, dentro del campo de la psicoterapia, empezó a concentrarse el interés por lo que desde décadas previas se empezaba a conocer como los factores comunes a las psicoterapias (Feixas y Miró, 1993). Estos factores pueden ser entendidos como aquellos componentes que comparten los distintos procedimientos psicoterapéuticos, y que dan cuenta de una parte considerable de la efectividad de los mismos (Frank, 1981).

Dentro de este contexto, y a fines de los años setenta, empezó a pensarse a la Alianza Terapéutica como un concepto transteórico, es decir, un concepto que puede ser extensible a las distintas posturas teóricas. Una de las más reconocidas definiciones transteóricas -y a partir de la cual se han desarrollado varios métodos de evaluación de este constructo- es aquella desarrollada por Edward Bordin, quien -basándose en el trabajo realizado por Greenson (1965)- planteó en 1979 que la Alianza Terapéutica puede ser definida en términos tales que permitan hacer de este concepto un uso universalmente aplicable (Horvath y Symonds, 1991).

Para Bordin (1979), la Alianza Terapéutica refiere al encaje y colaboración que se establece entre paciente y terapeuta, y que a su vez se compone principalmente de tres elementos: 1) el acuerdo respecto

a las metas del tratamiento; 2) el acuerdo en relación a las tareas del mismo; y 3) la calidad del vínculo emocional entre el paciente y el terapeuta. Mientras que las metas del tratamiento tendrían que ver con cuáles son los objetivos a alcanzar, las tareas refieren a las acciones y/o pensamientos que son parte del trabajo durante el proceso terapéutico. El vínculo emocional refiere, en cambio, a los aspectos de confianza y aceptación entre el paciente y su terapeuta (Bordin, 1979; Corbella y Botella, 2003).

Siguiendo a Feixas y Miró (1993), dentro de la concepción de Bordin se puede distinguir entre dos dimensiones del concepto de Alianza: una primera dimensión relacional o general está ligada al componente vincular entre paciente y terapeuta, y una segunda que hace referencia a una dimensión técnica o específica, en donde se incluyen las metas y tareas del proceso psicoterapéutico. Ambas dimensiones se conciben como complementarias, por lo cual una adecuada colaboración de lo relacional y lo técnico daría cuenta de una buena Alianza. A su vez, Safran, Crocker, McMain y Murray (1990) mencionan que la calidad de la Alianza, para Bordin, se encuentra en función del grado de acuerdo entre paciente y terapeuta en relación a las metas y tareas de la terapia, siendo mediada esta relación por el vínculo entre ambos.

Por otro lado, Horvath y Luborsky (1993) rescatan que la conceptualización realizada por Bordin esclarece las distinciones entre las proporciones inconscientes del paciente que serían proyectadas –lo cual hace referencia al concepto de transferencia – y lo que el autor define como Alianza de Trabajo. Estos autores señalan que en esta conceptualización sobre la Alianza se rescata que la misma no es por sí sola curativa, sino que constituye un ingrediente clave en el proceso terapéutico, favoreciendo y potenciando la eficacia de una psicoterapia.

Parafraseando a Bordin, la Alianza Terapéutica entre la persona quien busca el cambio y aquella quien se ofrece como agente de cambio, constituye la clave principal dentro del proceso de cambio. Esta idea ya habría sido presentada en 1974 por Horwitz, quien sostuvo que la Alianza parecía constituir “no sólo un prerrequisito para el trabajo terapéutico, sino muchas veces ser el principal vehículo de cambio” (citado en Bordin, 1979, pág. 255).

Parece ser, entonces, que la eficacia de una terapia se ubica, en gran parte, en función de la fortaleza de la Alianza, y que dicha fortaleza guarda relación con el grado de acuerdo entre paciente y terapeuta respecto a los tres componentes de la Alianza (Bordin, 1979; Safran y Segal, 1994).

Se considera que una de las razones por las cuales la definición de Bordin ha sido tomada como una conceptualización transteórica, es justamente porque no utiliza nociones pertenecientes exclusivamente al marco teórico psicodinámico. Es por esta misma razón que se considera que fue reconocida y adoptada tanto en el campo clínico como dentro del ámbito de la investigación en distintas terapéuticas (Horvath, 2001).

Otro autor relevante al momento de hablar de la Alianza es Luborsky, quien en 1976 presentó a la Alianza como un factor dinámico, fluctuante, dentro del proceso terapéutico que responde a las necesidades o demandas cambiantes del mismo (citado en Horvath y Luborsky, 1993). Safran y Segal (1994) apoyan la idea de entender a la Alianza como una entidad dinámica, en la cual influye constantemente la percepción que tenga el paciente del significado de los actos del terapeuta.

Pareciera ser que algunos autores tienden a utilizar como sinónimos los términos *Alianza* y *Relación Terapéutica*. Horvath (2001) diferencia estas dos nociones, subrayando que la Alianza hace referencia a la fortaleza y calidad de la relación colaboradora entre un paciente y su terapeuta. Para el autor, esto incluiría el vínculo emocional entre ellos, así como también el consenso al cual puedan llegar en relación a los objetivos de la terapia, tanto como a los medios por los cuales éstos podrían ser alcanzados. Resalta además que la Alianza implica una noción de asociación entre los participantes, en donde cada integrante –paciente y terapeuta– se compromete con sus responsabilidades dentro del proceso terapéutico y considera que el otro participante se encuentra igualmente comprometido. De este modo, presenta a la Alianza como un aspecto consciente y con propósitos específicos, comprendido dentro de la relación entre el terapeuta y el paciente.

También se encontraron dentro de la literatura quienes utilizan el término *Alianza Terapéutica* (Bordin, 1979; Martin, Garske, y Davis, 2000; Muran, Segal, Samstag, y Crawford, 1994; Raue, Goldfried y Barkham, 1997), como también aquellos que utilizan el término *Alianza de Trabajo* (Bordin, 1979; Castonguay,

Constantino y Holtforth, 2006; Greenson, 1965; Horvath y Greenberg, 1989). Si bien algunos autores se han dedicado a desarrollar las posibles distinciones entre estos conceptos, se considera actualmente que aún no se cuenta con un consenso teórico, o evidencia empírica suficientes que respalden tales diferenciaciones (Horvath, 2001; Horvath y Symonds, 1991).

Bordin (1979) señala que todos los géneros de psicoterapia tienen afianzada a la Alianza Terapéutica, y que podrían ser diferenciados en función del tipo de Alianza que cada uno de ellos requiere. También Horvath y Luborsky (1993) resaltan que una buena Alianza aparentemente tiene una contribución positiva tanto en terapias cognitivas, gestálticas, conductuales, como psicodinámicas, por lo cual concluyen que la Alianza no presenta diferencias significativas entre distintos tipos de tratamiento, sino que las diferentes terapias encuentran cantidades similares de ganancias terapéuticas. A su vez, Corbella y Botella (2003) mencionan que la Alianza constituye un factor importante no sólo para las distintas escuelas de psicoterapia, sino también para diferentes formatos de terapia: tanto individuales, como familiares y grupales.

El interés por los factores comunes a las distintas terapéuticas, según Horvath y Luborsky (1993), permitió también centrar el interés en la Alianza como un factor transteórico, siendo considerada hoy en día como "(...) aquel factor común princeps a las psicoterapias" (Waizmann y Roussos, 2007, pág.144).

Es así cómo durante la década de los años ochenta surgieron varios centros de investigación, dedicados al estudio de la Alianza Terapéutica. Cada uno de ellos fue desarrollando un método particular para medir la Alianza, partiendo de conceptualizaciones algo distintas de la Alianza Terapéutica, de la visión que se tenía sobre su rol en la terapia, así como también de cuál sería la fuente más apropiada para su evaluación: si el cliente, el terapeuta o un observador imparcial. Pronto, estos métodos abrieron el camino para la evaluación empírica de la relación entre la calidad de la Alianza y los resultados terapéuticos (Horvath y Symonds, 1991; Horvath y Luborsky, 1993). Entre las escalas de Alianza más conocidas que surgieron se encuentran la *California Psychotherapy Alliance Scales*, el *Helping Alliance Questionnaire II*, la *Therapeutic Alliance Scale*, la *Vanderbilt Therapeutic Scale* y el *Working Alliance Inventory*, desarrollado este último por Horvath y Greenberg en 1986 (Corbella y Botella, 2003). Este último instrumento se basa en la definición transteórica de Bordin, y será desarrollado en mayor detalle en la sección Materiales del presente trabajo.

Si bien los métodos de medición han sido pensados a raíz de definiciones variantes de la Alianza, algunos autores concluyen que la relación entre la Alianza y los resultados obtenidos en un proceso terapéutico no parece estar influida por variables moderadoras, como ser el tipo de instrumento de medición, ni quien evalúa el resultado, ni el tipo de tratamiento, como tampoco el momento en el cual se realice la evaluación de la Alianza (Martin, Garske, y Davis, 2000; Horvath, 2001).

Martin y sus colaboradores (2000) señalan que uno de los resultados más conocidos que arroja el campo de la investigación, es la consistente aparición de la calidad de la Alianza Terapéutica como uno de los factores de mayor influencia en los resultados terapéuticos. Según Feixas y Botella, la Alianza vendría a ser "...el mejor predictor de resultados terapéuticos identificado dentro del campo de la investigación en psicoterapia" (Feixas y Botella, 2004, pág. 212).

Por otro lado, la calidad de la Alianza podría pensarse en función del encaje entre las características personales del paciente y del terapeuta, y el tipo de demandas de la Alianza de Trabajo que entre ellos se establezca. Dicho de otra manera, pareciera ser que la díada terapéutica particular que se forme aporta características singulares, las mismas que influyen en el tipo de demandas propias de esa Alianza (Bordin, 1979). De esto se desprende que la calidad de la Alianza recibe una mutua contribución o influencia: del paciente y del terapeuta.

Goldstein (1962) y Strong (1968) (citados en Bordin, 1979), consideran que este marco conceptual de la Alianza de Trabajo dirige la atención hacia el proceso de lograr acuerdos, al ser la Alianza un concepto que enfatiza la necesidad de consenso. Por su parte, Horvath y Luborsky (1993) consideran muy probable que tanto la historia personal del paciente como aquella del terapeuta, influyan en la capacidad de desarrollar una buena Alianza Terapéutica. Pareciera ser, entonces, que tanto variables intra como interpersonales de ambos participantes, y el modo particular en el cual estos factores interactúen, tienen efectos sobre la Alianza.

En lo que refiere a las características del paciente que parecen influir en la calidad de la Alianza Terapéutica, Horvath (2001) menciona que algunos factores principales refieren a la severidad de los problemas que lo aquejen, al tipo de déficits que pueda presentar, y a la calidad de sus relaciones objetales o modalidades de apego. Por su parte, Muran y sus colaboradores (1994) se han interesado por estudiar cómo influyen en la Alianza los problemas interpersonales del paciente, existentes previos al tratamiento. Estos autores mencionan que aquellos pacientes cuyos problemas interpersonales se relacionan con un patrón sumiso-amistoso, tienden a relacionarse positivamente con el desarrollo de la Alianza. Por otro lado, aquellos pacientes cuyos problemas interpersonales se caracterizan por un patrón hostil-dominante, se relacionan negativamente con el desarrollo de la Alianza Terapéutica.

En cuanto respecta al terapeuta, Horvath (2001) menciona que las habilidades comunicacionales que posea, así como el nivel de empatía y apertura mental, la experiencia y entrenamiento profesionales con los que cuente, además de las características de su personalidad –modalidades de apego, calidad de relaciones objetales, por ejemplo–, podrían ponerse en juego al momento de establecer una buena Alianza con el paciente.

Por su parte, Ackerman y Hilsenroth (2001) realizaron una revisión sobre las características y técnicas del terapeuta que impactan negativamente en la Alianza Terapéutica, y encuentran que –en lo que refiere a las características personales del terapeuta– el ser falto de calidez, inflexible, rígido, así como el mostrarse aburrido y/o distraído, tendría un impacto negativo en la Alianza. En lo que refiere a las técnicas implementadas por el terapeuta que inciden negativamente sobre la Alianza, encuentran que el estructurar rígidamente la terapia, la utilización inadecuada de interpretaciones transferenciales, así como el uso inapropiado del silencio, impactan negativamente en la calidad de la Alianza. A su vez, Safran y Segal (1994) sostienen que toda intervención *técnica* que emplee el terapeuta, inevitablemente tendrá un impacto en la Alianza Terapéutica.

Si bien existen diferentes concepciones sobre la Alianza Terapéutica, Horvath y Symonds (1991) rescatan un consenso general en las nociones centrales de este concepto. Pareciera ser que el elemento colaborativo entre paciente y terapeuta, así como la posibilidad de negociar un acuerdo que resulte apropiado para la diada paciente-terapeuta, constituyen componentes comunes para la mayoría de miradas sobre este constructo.

Es por esta cualidad de colaboración mutua, y de necesidad de consenso de la Alianza Terapéutica, que se considera importante que el terapeuta esté dispuesto a solicitar del paciente su opinión sobre los distintos aspectos de la Alianza, y sobre todo, que dentro del proceso terapéutico exista el espacio para la negociación de los mismos. Esto a su vez, pareciera favorecer el compromiso activo del paciente con su terapia (Horvath, 2001).

Siguiendo a Horvath (2001) el desarrollo de una Alianza Terapéutica debería ser precedente a cualquier otro tipo de intervención técnica, en el inicio de un tratamiento. Esto conlleva, según el autor, no sólo una actitud de empatía y aceptación del terapeuta hacia el paciente, sino que también requiere de una habilidad para desarrollar un sentimiento de compromiso compartido tanto con el paciente, como con las metas y tareas que se establezcan con el mismo. Pareciera ser que en general los terapeutas que logren complementar el estilo de relacionarse del paciente, y que además puedan demostrar una capacidad para colaborar, tenderían a establecer buenas Alianzas con sus pacientes.

Siguiendo a Corbella y Botella (2003), la Alianza puede ser entendida entonces como una construcción conjunta entre el terapeuta y el paciente, en donde tanto sus respectivas opiniones, expectativas, y construcciones que cada uno –y ambos– vayan realizando a lo largo del proceso terapéutico, así como también la relación que entre ellos establezcan, además de la visión que cada uno tenga del otro, serían factores que influyen en el desarrollo de la Alianza Terapéutica.

Si bien se observa que el campo de la investigación ha arrojado mucha luz sobre la importancia de la Alianza Terapéutica como un buen predictor de resultados, Horvath y Luborsky (1993) mencionan que aún existen grietas en el conocimiento en cuanto a cuáles podrían ser los factores que influyen en esa relación cercana entre la Alianza y los resultados terapéuticos, y cuáles serían las combinaciones específicas de las variables del paciente y del terapeuta en el desarrollo de una buena Alianza.

De todo lo anteriormente presentado, resulta de gran interés aproximarse a una mejor comprensión en relación a cuáles serían las posibles dificultades o problemas que se pueden encontrar en el desarrollo o mantenimiento de una buena calidad de Alianza.

2.1.1. Las Rupturas en la Alianza Terapéutica

Teniendo en cuenta la importancia que se ha atribuido a la Alianza Terapéutica, como uno de los principales predictores de resultados terapéuticos (Martin, Garske, y Davis, 2000), resulta interesante, y posiblemente útil, prestar atención a la calidad de esta Alianza. Ahora bien, la calidad de la Alianza no está exenta de presentar variaciones, ya que podría verse amenazada por ciertas tensiones o deterioros en la misma.

Safran y Segal (1994) entienden por Rupturas de Alianza Terapéutica aquellos momentos en la interacción entre terapeuta y paciente "(...) en los cuales la calidad de la Alianza Terapéutica se quebranta o se deteriora" (pág. 120). Según estos autores, los problemas o tensiones en la Alianza deben ser considerados siempre como un resultado de la interacción entre el paciente y el terapeuta.

Safran y Muran (1996) han mostrado un gran interés por las Rupturas de Alianza, y entienden a las mismas como deterioros en la calidad de la relación entre el paciente y su terapeuta. Estos autores utilizan la noción de *esquemas interpersonales* para entender a las Rupturas, y señalan que tales esquemas refieren a las expectativas generalizadas que tiene el paciente sobre las interacciones entre sí mismo y los otros, las cuales se basan en sus experiencias pasadas (Safran, Crocker, McMain, Murray, 1990). Las Rupturas para estos autores tienden a manifestarse cuando el terapeuta, sin tener conocimiento de ello, participa en los ciclos interpersonales desadaptativos del paciente, los cuales suelen estar motorizados por profecías autocumplidoras. En la medida en que esto sucede, según los autores, el terapeuta estaría confirmando los esquemas interpersonales disfuncionales del paciente, y es entonces cuando se puede reconocer una Ruptura en la Alianza Terapéutica. Estas rupturas suelen manifestarse en forma de comportamientos o comunicaciones del paciente.

Si bien las Rupturas en la Alianza constituyen deterioros en la calidad de la relación entre el paciente y su terapeuta, Safran y Segal (1994) señalan que se trata también de marcadores interpersonales que indican una oportunidad crítica para la exploración y comprensión de los procesos que sostienen los esquemas interpersonales desadaptativos de quien solicita una ayuda terapéutica. Esto, en la medida en que se considera que las Rupturas en la Alianza le aportan al terapeuta una oportunidad única para explorar las creencias, expectativas, emociones y procesos de valoración que están implicados en los ciclos interpersonales disfuncionales del paciente (Safran y Segal, 1990, citado en Safran y Muran, 1996).

Teniendo en cuenta la conceptualización de Alianza Terapéutica desarrollada por Bordin en 1979, Safran, Muran, Samstag y Stevens (2002) plantean a las Rupturas de Alianza como una tensión o interrupción en la relación colaborativa entre paciente y terapeuta, consistiendo las mismas en: 1) desacuerdos en las tareas del tratamiento, 2) desacuerdos en los objetivos del mismo, y/o 3) problemas en el vínculo. De esta manera, las Rupturas estarían causadas por malentendidos con respecto a las tareas o metas del tratamiento (por ejemplo, el paciente considera que el terapeuta lo está presionando para realizar tareas que el paciente no reconoce como útiles), por tensiones en el vínculo (por ejemplo, el paciente se siente incómodo con el terapeuta), o bien por una interacción de factores técnicos y relacionales (el uso rígido de intervenciones por parte del terapeuta, conlleva a la hostilidad y frustración del paciente, por ejemplo) (Eubanks-Carter, Muran y Safran, manuscrito no publicado).

Por su parte, Buber en 1973 (citado en Safran, 1993) se refiere a las Rupturas en la Alianza como fenómenos de "desencuentro"; fisuras o distanciamientos que dificultan un verdadero encuentro. Siguiendo a Aspland y sus colaboradores (2008), se trata de puntos de desconexión emocional entre el paciente y el terapeuta, que favorecen un giro negativo en la calidad de la Alianza Terapéutica (Aspland, Llewelyn, Hardy, Barkham y Stiles, 2008).

Por otro lado Kohut en 1984 (citado en Safran, 1993) considera que las Rupturas en la Alianza dan cuenta de una falla empática por parte del terapeuta y parece apoyar la idea de que la resolución de estas Rupturas favorecerá la experiencia emocional correctiva en el paciente. A su vez, las Rupturas para

Binder y Strupp (1997, citado en Aspland, Llewelyn, Hardy, Barkham y Stiles, 2008) son consideradas como episodios de comportamiento encubierto que atrapan a ambos participantes en interacciones complementarias negativas. Esta última mirada rescata la importancia de considerar a las Rupturas como procesos que envuelven tanto al paciente como al terapeuta, en sus interacciones.

En esta misma línea, y desde una mirada interpersonal, las Rupturas pueden ser entendidas en función de la contribución tanto del paciente como del terapeuta. En algunos casos, la contribución del primero podría ser más evidente, así como también lo será en otros casos el aporte del terapeuta. Safran y Muran, por ejemplo, hacen hincapié en la falta del *timing* en el empleo de intervenciones como uno de los actos del terapeuta que podría favorecer una Ruptura en la Alianza (Safran, 1993; Safran y Muran, 1996). Es necesario considerar además que al concebir a las Rupturas en la Alianza como producto de una contribución mutua del paciente y del terapeuta, tal o cual intervención del terapeuta podría resultar significativa o no -en términos de favorecer una Ruptura- para tal o cual paciente en particular, dependiendo de sus características personales, y de cómo el paciente signifique la intervención del terapeuta (Safran, 1993).

Pareciera ser que las Rupturas en la Alianza pueden variar en su intensidad, frecuencia de aparición y duración en función de la diada terapéutica de la cual se trate. En algunos casos, las Rupturas pueden pasar desapercibidas, sin volverse un obstáculo para el trabajo terapéutico. En otros casos, pueden constituir un obstáculo al pasar desapercibidas, ya que esto puede dificultar la capacidad del terapeuta para abordarlas. Esto podría inclusive conducir el tratamiento a su finalización prematura, en casos más extremos (Ackerman y Hilsenroth, 2001; Saketopoulou, 1999).

Safran y Muran (1996) señalan importante que el terapeuta pueda explorar, comprender y resolver las Rupturas en la Alianza. Consideran que de ser manejadas éstas de manera correcta, podrían además constituir una excelente oportunidad de cambio, ya que así el terapeuta podría proveer una experiencia interpersonal nueva, constructiva, facilitando la modificación del esquema interpersonal disfuncional del paciente. De este modo, las Rupturas constituyen una oportunidad para explorar y trabajar los modos auténticos del paciente de relacionarse con los otros (Safran, 1993).

Suelen encontrarse en la literatura diferentes constructos que parecieran conceptualizar el fenómeno al cual Safran y Muran han denominado *Rupturas de Alianza* (como por ejemplo, fallas empáticas, resistencia, o fenómenos transferenciales y contra-transferenciales). Se considera, sin embargo, que el término *Ruptura de Alianza* posee actualmente un valor heurístico, primero porque deriva de la conceptualización transteórica mayormente adoptada por las distintas escuelas psicoterapéuticas, y además por su vínculo actual con el campo de la investigación en general (Safran y Muran, 1996).

Desde una mirada experiencial, Watson y Greenberg (1995, citado en Safran y Muran, 2000) también tienen en cuenta la conceptualización de la Alianza desarrollada por Bordin y consideran que algunos problemas en la Alianza Terapéutica estarían relacionados a las metas o tareas del proceso terapéutico, mientras que otros lo estarían en relación al vínculo entre el paciente y el terapeuta.

Se observa entonces que desde la mirada de Safran y Muran, anteriormente presentada, las Rupturas se relacionan a los ciclos interpersonales disfuncionales del paciente, mientras que para Watson y Greenberg (1995, citado en Safran y Muran, 2000) los problemas en el vínculo entre los participantes tendrían que ver con la interacción actual entre ambos, y no constituirían reflejos de la historia del paciente, o bien de las características de sus patrones de interacción, necesariamente.

A su vez, Omer (2000, citado en Safran y Muran, 2000) contempla que los problemas en la relación podrían desarrollarse por una multiplicidad de motivos, y por ende, no sería posible considerar una sola manera de tratar con ellos. Este autor considera que existen tres caminos principales hacia un impasse en la Alianza: 1) que el paciente y el terapeuta desarrollen un discurso desesperanzador sobre las dificultades que aquejan al paciente; 2) que los efectos de la estrategia terapéutica se detengan; 3) que la interacción terapéutica se encuentre atrapada en un patrón negativo.

Se considera que las Rupturas en la Alianza Terapéutica son fenómenos inevitables dentro del proceso terapéutico, siendo éstas un resultado de la interacción entre el paciente y el terapeuta (Safran, 1993; Safran y Segal, 1994; Safran y Muran, 2000). En relación a esto, Safran y Muran (2000, pág. 237, traducción personal) señalan que:

Paciente y terapeuta constituyen compañeros en una danza interpersonal que, en distintos grados, recrea patrones poco saludables característicos del paciente. Esta danza es propulsada por profecías autocumplidoras en las cuales las creencias y expectativas interpersonales del paciente sobre sí mismo y otros influyen en su comportamiento, lo cual a su vez provoca respuestas predecibles por parte de los otros.

Parece, entonces, que la interacción entre el paciente y el terapeuta contribuye, como tal, en la aparición de una Ruptura. Safran y Segal (1994) consideran que en esa interacción entran en juego tanto la intervención específica del terapeuta, como las particulares susceptibilidades del paciente. Por ejemplo, frente al cuestionamiento de pensamientos automáticos, sería más factible que aparezca una Ruptura en la Alianza con un paciente quien se muestre excesivamente susceptible a verse descalificado, más no con un paciente a quien no le angustie la posibilidad de sentirse descalificado.

Si bien las particularidades de las Rupturas varían de caso en caso (en su intensidad, duración y frecuencia de aparición –como ya se mencionó anteriormente–), pareciera ser que la mayoría de los casos, –e incluso tratamientos psicoterapéuticos exitosos– se caracterizan por la aparición de al menos una Ruptura en la Alianza (Safran, Crocker, McMain y Murray, 1990). En este sentido, las Rupturas han sido entendidas como episodios inherentes al proceso psicoterapéutico.

Safran y Muran (2000) son autores que se han interesado no sólo por la conceptualización de las Rupturas de Alianza Terapéutica, sino que además han mostrado un interés por investigar acerca de la posible funcionalidad de éstas dentro del proceso terapéutico, además de las distintas alternativas disponibles para la resolución de las mismas.

En este sentido, Safran y Segal (1994) y Safran y Muran (2000) reconocen en las Rupturas un momento ideal para el esclarecimiento de las susceptibilidades propias de cada paciente, y por esto, no las entienden como sucesos desafortunados que debieran ser rápidamente eliminados, sino más bien trabajados y resueltos. Justamente por esta visión de las Rupturas como sucesos que deben ser evaluados y valorados por sí mismos dentro del proceso terapéutico, como momentos cruciales para trabajar las dificultades de cada paciente, es que estos autores se han interesado por generar un instrumento¹ que permita la evaluación de las Rupturas en la Alianza, y que permita de este modo obtener más información, tanto sobre el paciente como sobre el terapeuta, y sobre sus modos de vincularse.

Además, Safran y Muran (1996) consideran que la importancia central en la resolución de las Rupturas radica en que el paciente podría aprender que es posible expresar sus necesidades de modo asertivo sin destruir la relación terapéutica, lo cual a su vez favorecería que el proceso terapéutico no se vea interrumpido. Pareciera ser que en la medida en que el terapeuta pueda detectar las Rupturas en la Alianza, y pueda trabajar con ellas, el paciente podría beneficiarse obteniendo una experiencia emocional correctiva, lo cual resultaría beneficioso en términos de poder desarrollar un esquema interpersonal más saludable.

En relación a la resolución de las Rupturas, los autores hacen mucho hincapié en la figura del terapeuta y en las herramientas que éste puede utilizar para dicha resolución. Entre ellas, destacan a la metacomunicación, en la medida en que toma a la interacción entre el paciente y el terapeuta como su foco principal, como una herramienta en extremo necesaria para la resolución de las Rupturas en la Alianza Terapéutica (Safran, 1993; Safran y Muran, 2000).

Binder y Strupp (1997, citado en Aspland, Llewelyn, Hardy, Barkham y Stiles, 2008) parecen apoyar la idea de que la atención y manejo de las Rupturas resultaría beneficioso para el trabajo terapéutico, considerando que la capacidad de negociar y superar estas Rupturas conduce hacia una Alianza fortalecida, además de a un mejor entendimiento de los problemas que presente el paciente.

De este modo, y teniendo en cuenta lo presentado en los párrafos anteriores, se podría pensar a las Rupturas como momentos cruciales para el trabajo terapéutico, en los cuales, además de poder restablecer la calidad de la Alianza, se podría aprender acerca de las características del paciente y de sus

¹ 3RS (Eubanks-Carter, Muran y Safran, manuscrito no publicado) y su adaptación en Argentina (S3R-A, Waizmann, Espíndola y Roussos, en preparación), serán presentados en detalle en la sección Materiales.

formas de interacción, como también sobre las características del terapeuta y de sus propios modos de vincularse, además de sobre el vínculo que se conforme en una u otra díada terapéutica.

Eubanks-Carter, Muran y Safran (manuscrito no publicado) han desarrollado un instrumento para la evaluación de las Rupturas, denominado *Rupture Resolution Rating System (3RS)*. Los autores tienen en cuenta la distinción entre los dos subtipos principales de rupturas: las de *retirada* y las de *confrontación* (Harper 1989, citado en Eubanks-Carter, Muran y Safran, manuscrito no publicado). Las rupturas de retirada se caracterizan por comunicaciones o comportamientos del paciente que indican que se está alejando del terapeuta (por ejemplo, mediante silencios prolongados), o bien que se aleja de su propia experiencia (negando sus emociones, por ejemplo). Las rupturas de confrontación, por otro lado, se caracterizan por momentos de deterioro de la Alianza, en donde el paciente se dirige en contra del terapeuta, ya sea a través de expresiones de ira o descontento, o bien intentando controlar al terapeuta (por ejemplo, indicándole a este último lo que tiene que hacer). También se tiene en cuenta aquellas rupturas pensadas como *misceláneas*, que son aquellas rupturas que no encajan en ninguna de las categorías anteriores (por ejemplo, un comportamiento seductor del paciente hacia el terapeuta).

Si bien se considera que las Rupturas constituyen una mutua contribución del paciente y del terapeuta, -ya que, como fue mencionado anteriormente, resultan de la interacción entre ambos- este sistema de evaluación se centra en los comportamientos del paciente como indicadores de Rupturas. El 3RS cuenta con una adaptación en Argentina llamada *Sistema de Ranqueo de Resolución de Rupturas (S3R-A, Waizmann, Espíndola, Roussos, en preparación)*. El S3R-A será presentado en mayor detalle en la sección Materiales del presente trabajo.

Tal como se mencionó anteriormente, las Rupturas en la Alianza aparecen por una mutua contribución de paciente y terapeuta. Dentro de la literatura se encuentran autores que se han interesado por distinguir algunas de las variables de cada participante que podrían incidir en esta contribución. En lo que respecta a las variables del terapeuta que entrarían en juego, parece haber un interés por el modo en el que éste emplea ciertas técnicas psicoterapéuticas, así como también en otras características personales del terapeuta, y la posible influencia negativa de estos factores sobre la Alianza Terapéutica (Waizmann, Espíndola y Roussos, 2009).

Por un lado, Ackerman y Hilsenroth (2001) consideran que el estructurar rígidamente la terapia, así como el uso inapropiado de los silencios, como también la utilización inadecuada de interpretaciones transferenciales, podrían tener un impacto negativo en la Alianza. Según Hartley y Strupp (1983, citado en Ackerman y Hilsenroth, 2001) la imposición de los valores propios del terapeuta, como la utilización de intervenciones de manera inapropiada, también impactan negativamente en la Alianza Terapéutica. Estas miradas permiten considerar algunas acciones específicas del terapeuta que favorecerían la aparición de Rupturas en la Alianza.

Por otro lado, Castonguay y sus colaboradores (1996, citado en Aspland, Llewelyn, Hardy, Barkham y Stiles, 2008) consideran que las Rupturas se relacionan con la persistencia del terapeuta en aplicar un tipo de técnica, a pesar de las preocupaciones que el paciente pueda tener sobre la misma.

Retomando la idea de que la Alianza Terapéutica refiere a una variable dinámica y fluctuante dentro del proceso terapéutico, y que el modo en que el paciente percibe los actos del terapeuta influye en la calidad de la Alianza, se considera necesario explorar los factores que subyacen a las Rupturas para investigar los principios que guían la percepción que el paciente tiene sobre el significado de las intervenciones que realiza su terapeuta (Safran y Segal, 1994; Safran y Muran, 2000).

De todo lo anterior se puede extraer que ambas partes de la díada terapéutica influyen en la conformación de la Alianza, y en la calidad de la misma. También se ha señalado que la Alianza es un concepto fluctuante, influido por la percepción que tiene el paciente de los actos del terapeuta. En este sentido, y a la hora de estudiar la relación entre los actos del terapeuta y la Alianza Terapéutica o las Rupturas en la misma, resulta relevante pensar este vínculo desde distintos puntos. Por un lado, que los actos del terapeuta pueden influir en la percepción que el paciente tiene de los mismos y, por lo tanto, influir en la Alianza Terapéutica. Por otro lado, que los actos del terapeuta pueden dirigirse a -o resolver- aquellas Rupturas de Alianza, favoreciendo una mejora en la Alianza Terapéutica.

Resulta interesante, por lo tanto, indagar acerca de las modalidades de acción que tiene el terapeuta, y de su posible relación tanto con la Alianza como con las Rupturas en la Alianza Terapéutica.

2.2. Las Intervenciones Psicoterapéuticas

Tal como ya ha sido mencionado anteriormente en la presente tesina, a partir de la década de 1970 empezó a aparecer una gran afición por los factores comunes a los distintos modelos de psicoterapia que parecían influir en los resultados terapéuticos. Uno de los factores que obtuvo particular atención tanto dentro del campo de la investigación, como dentro del campo clínico, fue la Alianza Terapéutica y su valor en relación a la predicción de resultados.

Por lo tanto, resulta interesante ver qué es lo que genera, o cómo se puede influir en la calidad de la Alianza Terapéutica, cuyo resultado mayormente conocido es el impacto en los resultados. En el presente trabajo, se abordará justamente el impacto o influencia de las acciones o intervenciones del terapeuta, en la Alianza Terapéutica, y específicamente en la aparición de Rupturas en la misma.

Se observa dentro de la literatura el interés por los elementos activos dentro del proceso terapéutico que se vinculan con el éxito en un tratamiento y, en esta línea, un interés por comprender cómo actúan las intervenciones terapéuticas dentro de este proceso. A grandes rasgos, se pueden entender a las intervenciones como aquella manera en la que el terapeuta procede en su intercambio con el paciente (Roussos, Waizmann y Etchebarne, 2003).

Beutler, Machado y Neufeldt (1994) conciben como intervenciones terapéuticas a los procedimientos técnicos que están diseñados para promover el cambio terapéutico. Para estos autores, el uso de tales procedimientos refleja tanto la filosofía teórica que cada terapeuta sostenga, como sus preferencias y estilos personales. Por su parte, Orlinsky y Howard (1986) entienden a las intervenciones como estrategias y procedimientos que utiliza el terapeuta para ayudar al paciente en su conflictiva. Consideran que las intervenciones incluyen tareas y procedimientos específicos que presenta el terapeuta, en respuesta a los problemas manifiestos que presenta el paciente.

Por su parte, Waizmann, Etchebarne y Roussos (2004) entienden por intervenciones psicoterapéuticas a “todas aquellas acciones del terapeuta dentro de las sesiones que estén dirigidas al paciente y que tengan un sentido terapéutico” (pág. 235). Consideran que las acciones terapéuticas pueden guardar similitudes considerables entre ellas, pero que cobran una parte de su sentido en función de su especificidad teórica. Diferencian así entre intervenciones específicas e intervenciones no-específicas. Las intervenciones no-específicas son aquellas intervenciones que no han sido específicamente teorizadas por ninguna corriente teórica en particular. Implica, entonces, que estas intervenciones no han sido definidas explícitamente como uno de los componentes de una u otra teoría. Un ejemplo de este tipo de intervenciones es la demanda de mayor elaboración. Las intervenciones específicas, por el contrario, son aquellas intervenciones que han sido explícitamente conceptualizadas desde uno u otro marco teórico, como ser –por ejemplo- la interpretación o el señalamiento dentro del marco psicoanalítico (Roussos, Waizmann y Etchebarne, 2003). Por otro lado, estos autores también señalan la existencia de intervenciones comunes, las cuales hacen referencia a las intervenciones que son compartidas por dos o más marcos teóricos, pudiendo éstas tratarse, a su vez, de intervenciones específicas o no-específicas. De este modo, mientras que el nivel de la especificidad de las intervenciones hace referencia a si éstas han sido conceptualizadas o no por un marco teórico, el nivel de análisis de lo común refiere al grado en que distintos modelos terapéuticos comparten las acciones terapéuticas, estén éstas teorizadas o no (Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2005).

Feixas y Miró (1993) señalan, por su parte, que las intervenciones terapéuticas están relacionadas con el modelo teórico del terapeuta, y que hacen referencia a la parte más intencional de la actividad de éste. Según los autores, las intervenciones constituyen uno de los objetos de mayor interés en los estudios comparativos entre distintos modelos psicoterapéuticos.

Por otra parte, Roussos y sus colaboradores (2003) señalan que si bien el terapeuta tiende a utilizar intervenciones propias del marco teórico en el cual se haya formado, resulta evidente también que hay intervenciones específicas, u originalmente propias de un marco teórico, que son empleadas por terapeutas

de un marco distinto. Además, pareciera que no sólo la orientación teórica del terapeuta sino también las características subjetivas del mismo influyen en el tipo de intervenciones que utiliza (Beutler, Machado y Neufeldt, 1994).

En esta misma línea, Fernández Álvarez (1996) considera que el estilo personal del terapeuta tiene incidencia en el uso de una técnica particular, y que este estilo se traduce, en lo concreto, en los distintos modos de comunicación a los cuales el terapeuta apela para ejercer cierta influencia sobre el paciente, apuntando a promover determinados procesos de cambio. A su vez, el autor considera que el estilo personal del terapeuta es producto de una serie de modos o funciones de la comunicación, que operan de manera integrada (funciones evaluativa, atencional, de compromiso vincular, por ejemplo). A modo de ejemplo, el autor señala que un terapeuta que se muestre optimista en su función evaluativa, tiende a considerar que realizó su tarea del mejor modo posible, al momento de evaluar el proceso terapéutico que se ha llevado adelante.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, pareciera ser que tanto el marco teórico de procedencia del terapeuta como sus características personales influyen en el modo en que éste piensa a su paciente y decide cómo trabajar con él, empleando una u otra técnica de intervención.

En relación a los factores que influyen en el éxito terapéutico, Lambert, Shapiro y Bergin (1986) han encontrado que las expectativas del paciente previas al tratamiento constituyen un factor de gran incidencia. Por su parte, Waizmann y colaboradores (2004) señalan que las expectativas podrían ser incrementadas o potenciadas durante el tratamiento a través de las intervenciones que el terapeuta utilice. De este modo, consideran que las intervenciones que emplee un terapeuta responden no sólo a un marco teórico, sino que también se relacionan con los factores que son comunes a los distintos modelos psicoterapéuticos. En esta misma línea, mencionan que las intervenciones que un terapeuta realice, parecieran verse influidas en parte por los factores comunes a las psicoterapias. Por ejemplo, un tipo de vínculo terapéutico habilitaría la utilización de determinadas intervenciones, más no el de otras. A su vez, los tipos de intervenciones tendrían incidencia en el vínculo terapéutico.

Siguiendo con esta idea, Safran y Segal (1994) consideran que la Alianza Terapéutica no es una entidad estática, sino que refiere a un aspecto dinámico en el cual influye constantemente la percepción que tiene el paciente del significado de los actos del terapeuta. En relación a esto, Waizmann, Etchebarne y Roussos, 2004 señalan que las intervenciones que realice un terapeuta tendrán su repercusión en la Alianza, en la medida en que las intervenciones pueden guiar la percepción que tiene el paciente del significado de los actos de su terapeuta. Consideran, entonces, que existe una interacción entre las intervenciones terapéuticas y los factores comunes a las psicoterapias.

Lichtenberg (1992, citado en Waizmann, Etchebarne y Roussos, 2004) señala que las intervenciones del terapeuta son respuestas a las comunicaciones que realice el paciente, guiadas por la comprensión que de éstas tenga el terapeuta. En relación a esto, Waizmann y colaboradores (2004) señalan que al momento de estudiar las intervenciones en psicoterapia, éstas no pueden ser tomadas como eventos aislados, sino que es necesario que se considere la dinámica de la intervención en relación a la respuesta del paciente.

En relación a las principales modalidades de estudiar las intervenciones psicoterapéuticas, Milbrath y colaboradores (1999, citado en Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2005) distinguen entre dos maneras principales de llevar esto a cabo. Estos autores diferencian entre la modalidad "microanalítica", la cual toma a las intervenciones al nivel de una alocución o frase, y la modalidad "macroanalítica", que toma a las intervenciones dentro del contexto de la totalidad de la sesión. Mencionan, además, que mientras que la modalidad microanalítica resulta más adecuada para evaluar el impacto inmediato de las intervenciones terapéuticas, la macroanalítica sería de mayor beneficio al momento de estudiar los resultados de la psicoterapia de manera global.

Existen algunas aproximaciones a la clasificación de los distintos tipos de intervenciones en psicoterapia, impulsadas por un creciente interés de llevar a cabo estudios comparativos entre los distintos marcos teóricos de psicoterapia (Feixas y Miró, 1993). Roussos y sus colaboradores (2003) mencionan a Bernfeld y a Greenson como autores relevantes que, dentro del marco psicoanalítico, lideraron los primeros intentos de clasificación de las intervenciones terapéuticas.

Una de las clasificaciones más reconocidas es aquella realizada por Wallerstein y DeWiit (1997) la cual distingue entre los modos de intervención en las terapéuticas psicoanalíticas que promueven la expresión y el insight, y aquellas que se caracterizan por brindar apoyo, sin perseguir una ganancia de insight. Siguiendo a Roussos, Waizmann y Etchebarne (2003) esta clasificación especifica los distintos tipos de intervenciones psicoanalíticas de manera detallada y exhaustiva.

Una escala que considera una distinción similar a la escala recientemente presentada, es la *Psychodynamic Intervention Rating Scale [Escala Psicodinámica de Ranqueo de Intervención]* -utilizada por Terraz y sus colaboradores (2004) en su estudio piloto sobre intervenciones secuenciales-, ya que también establece diferenciaciones dentro del marco psicodinámico entre intervenciones interpretativas (interpretaciones transferenciales, por ejemplo), intervenciones de apoyo, e intervenciones referentes al encuadre terapéutico.

Otra clasificación de intervenciones es la *Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale (CPIRS)*, desarrollada por Trijsburg y colaboradores (2002), la cual contempla intervenciones derivadas de las orientaciones psicoterapéuticas principales, como son las corrientes psicodinámica (en sus formatos individual y grupal), conductual, cognitiva, y sistémica. Además, incluye intervenciones y actitudes que derivan del concepto de factores comunes a las psicoterapias.

Por su lado, Roussos y sus colaboradores (2003) han desarrollado una clasificación de intervenciones de los marcos teóricos cognitivo y psicoanalítico. Es una clasificación que considera la especificidad o inespecificidad de las intervenciones que los terapeutas emplean, en relación a los marcos teóricos mencionados. Los autores consideran que además de las particularidades de cada marco teórico en relación a sus modalidades propias de intervención, “existen factores comunes a las psicoterapias que permiten encontrar puntos de contacto entre las intervenciones de los distintos modelos en cuestión” (Roussos, Waizmann y Etchebarne, 2003, pág. 99). La clasificación desarrollada por estos autores fue pensada para analizar material clínico proveniente de sesiones psicoterapéuticas, basándose en las acciones que realiza el terapeuta dentro de las mismas. Los autores advierten que tales acciones deben ser comprendidas como parte de la interacción que se sostiene con el paciente, por lo cual, para la clasificación de las intervenciones es necesaria la lectura del discurso del paciente.

Establecen en su clasificación distintos niveles de análisis de las intervenciones, distinguiendo entre los aspectos descriptivos, de contenido, de orientación temporo-espacial y aspectos estratégicos de las mismas. Mientras que el nivel descriptivo hace referencia a las características formales de las intervenciones, como ser su sintaxis y morfología, el nivel de contenido se centra en la temática de cada intervención. El nivel temporo-espacial, por su parte, refiere al momento (pasado, presente o futuro) y al lugar físico al cual hace referencia la intervención -lugar de trabajo, por ejemplo-. Por último, el nivel estratégico de la intervención apunta a discernir cuáles serían los objetivos intra-sesión de las intervenciones empleadas, como ser la identificación y modificación del modo de atribución, por ejemplo (Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2005). Los autores rescatan, además, que los diferentes niveles de análisis interactúan entre sí, y que constituyen distintas formas de analizar el mismo fenómeno.

Algunos estudios comparativos en relación al tipo de intervenciones empleadas dentro de los marcos cognitivo y psicoanalítico han señalado que las intervenciones en los tratamientos psicoanalíticos están dirigidas, en la mayoría de veces, al pasado infantil del paciente. Las intervenciones en los tratamientos cognitivos, por su parte, suelen estar enfocadas en sucesos futuros, además de tener como foco de dichas intervenciones a las circunstancias situacionales externas de la vida del paciente (Goldfried, Castonguay, Hayes, Drozd y Shapiro, 1997; Goldfried, Raue y Castonguay, 1998).

Se encuentra en la literatura un interés por identificar las variables o características del terapeuta –tanto en términos de su personalidad, como también en relación a las técnicas de intervención que emplea– que parecerían influir negativamente en la calidad de la Alianza Terapéutica. Ackerman y Hilsenroth (2001) consideran que algunas de estas variables se relacionan con la dificultad del terapeuta para establecer un encuadre de tratamiento, la tendencia de éste a compartir información personal con su paciente, así como también la tendencia al uso inflexible de interpretaciones. En líneas generales, pareciera ser que el grado de inflexibilidad con la cual se emplee algún tipo de intervención terapéutica guarda una relación cercana con la baja calidad en la Alianza Terapéutica. En esta misma línea, los estudios realizados por Piper y sus

colaboradores en 1991 y 1993 (citados en Ackerman y Hilsenroth, 2001) indican que el uso excesivo e inflexible de interpretaciones transferenciales pareciera relacionarse con una baja calidad en la Alianza.

En consonancia con lo anterior, Castonguay y sus colaboradores mencionan que el uso repetitivo, frecuente o rígido de cualquier tipo particular de intervención, se asocia con la aparición o exacerbación de problemas en la Alianza Terapéutica (Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue, y Hayes, 1996). Sin embargo, se considera también que la aparente relación encontrada entre la utilización de interpretaciones transferenciales y la consecuente disminución de la calidad de la Alianza depende, a su vez, de las características particulares del paciente. Por ejemplo, en el artículo sobre interpretaciones relacionales de Crits-Christoph y Connolly (2001), los autores hacen referencia a un estudio realizado por el equipo de Piper en 1993, en el cual se encontró que niveles moderados-altos de presencia de interpretaciones transferenciales se relacionan directamente con una alianza debilitada, en pacientes que manifiestan relaciones objetales de baja calidad. Esto resulta en extremo interesante, ya que se resalta una vez más la mutua contribución del terapeuta y del paciente tanto en el desarrollo de la Alianza Terapéutica como en la posible aparición de Rupturas en la misma.

Hasta acá se ha definido qué se entiende por intervenciones psicoterapéuticas, y cuáles han sido los principales autores avocados a esta temática. Como se mencionó anteriormente, este trabajo final de carrera evaluará las Intervenciones en relación a las Rupturas en la Alianza Terapéutica. A continuación, se desarrollará la sección de Métodos relacionada con esta temática.

3. Métodos

La presente tesina es empírica, con un diseño observacional, naturalístico. Se utilizaron 6 sesiones clínicas, pertenecientes a un tratamiento psicoterapéutico cognitivo para analizar la relación entre el tipo de intervenciones psicoterapéuticas y la aparición de Rupturas en la Alianza Terapéutica.

3. 1. Muestra

De un caso único, cuyo material pertenece al Equipo de Investigación en Psicología Clínica, dirigido por el Dr. Roussos, se tomaron 14 sesiones clínicas pertenecientes al mismo. Se utilizó el Inventario de Alianza de Trabajo, en su versión observador, adaptado en Argentina (WAI-O-A, Waizmann, Serrano y Roussos, en preparación) para evaluar la Alianza en cada sesión. Del total de estas sesiones, se utilizaron las 3 sesiones que en su puntaje de Alianza se alejaron de al menos una desviación estándar de la media, correspondiente a la Alianza Terapéutica general del caso (2 de ellas se alejaron por encima de la media, y una de ellas por debajo de la media), y 3 sesiones que en su puntaje de Alianza se mantuvieron cercanas a la media. Estas últimas sesiones fueron tomadas para poder tener un punto de comparación en relación a aquellas sesiones que se desviaron de la media. Se obtuvieron así 6 sesiones del llamado caso LUZ, las cuales conforman la muestra de la presente tesina.

Breve Descripción del Caso Luz (Roussos, Waizmann y Etchebarne, en prensa):

El tratamiento de Luz fue un tratamiento breve de orientación cognitiva, de 14 sesiones, lo cual equivale a tres meses de duración. El terapeuta pertenece a una institución de atención y formación en psicoterapia cognitiva, y cuenta con 25 años de experiencia clínica, aproximadamente.

Al momento de iniciar el tratamiento, el principal motivo de consulta de Luz refería a su alto nivel de ansiedad y autoexigencia, al descontento que sentía la paciente en relación a su trabajo, a algunas cuestiones familiares, y sobre todo a su ansiedad por el hecho de no quedar embarazada. Las intervenciones del terapeuta por lo general, y a lo largo de este tratamiento, se dirigieron a intentar reducir la postura tan extremista y ansiosa de la paciente.

El tratamiento finalizó por decisión de la paciente, y al realizar la evaluación general del proceso terapéutico, ambas partes de la díada concordaron en que hubo algunos logros: Luz pudo bajar su nivel de ansiedad, y se nota menos extremista y negativa. Con todo, coincidieron en que todavía existen cuestiones

más profundas a trabajar, pero que esto requiere de un proceso terapéutico más prolongado, quedando así abierta la posibilidad de tener un nuevo encuentro en el futuro.

3. 2. Materiales

1. Audio grabaciones de las sesiones. Para las grabaciones se han utilizados varios formatos de grabación: cassettes, mini-discs, y grabaciones digitales.

2. Transcripciones de las grabaciones anteriormente mencionadas. Las transcripciones se realizan de acuerdo a las pautas de transcripción de sesiones psicoterapéuticas desarrolladas por Mergenthaler y Grill (1996).

3. Consentimiento Informado del paciente y del terapeuta. Se obtuvieron consentimientos informados por parte del paciente y del terapeuta. Los mismos consisten en documentos firmados en donde los participantes afirman comprender y acordar con la grabación de las sesiones, así como con la utilización de éstas para la investigación. Se les informó a los pacientes que si por algún motivo así lo decidiesen, podrían revocar el consentimiento, sin que esto tuviera algún perjuicio en el tratamiento que reciben. Cuando se firman estos consentimientos, también se aclara que los datos personales de los participantes serán codificados y almacenados de manera tal que se preserve el anonimato tanto del paciente como del terapeuta. Se anexan los consentimientos del paciente y del terapeuta, en los cuales tanto los nombres como las firmas han sido camuflados para preservar la identidad de los participantes. Los documentos originales se encuentran archivados bajo la supervisión del Dr. Andrés Roussos. Ver Anexos 7.1 y 7.2.

4. Inventario de Alianza de Trabajo en su versión observador, en su adaptación en Argentina (WAI-O-A, Waizmann, Serrano y Roussos, en preparación). En esta versión son jueces externos entrenados los que evalúan la calidad de la Alianza. El WAI-O fue desarrollado originalmente por Tichenor y Hill (1989), y constituye la versión observador de la escala WAI original (Working Alliance Inventory), desarrollada a su vez por Horvath y Greenberg (1989). El instrumento se basa en la definición transteórica de la Alianza Terapéutica de Bordin (1979), la cual considera tres componentes de la alianza: 1) el acuerdo en las metas; 2) el acuerdo en las tareas del tratamiento; y 3) el vínculo emocional entre paciente y terapeuta.

La escala se compone por 36 ítems, de los cuales 12 componen la subescala de metas, 12 la subescala de tareas, y 12 conforman la subescala de vínculo. Este instrumento está estructurado a modo de cuestionario donde se puntúa en una escala tipo likert. El evaluador puntúa cada ítem de 1 a 7, siendo 1 un evento que nunca ha ocurrido, y 7 un evento que siempre ha ocurrido. Se anexa el WAI-O-A para una mejor apreciación del mismo (Ver Anexo 7.3).

Como se mencionó anteriormente, el WAI-O-A (Waizmann, Serrano y Roussos, en preparación) ha sido utilizado como instrumento para poder elegir la muestra de esta tesina, según los puntajes de Alianza que se hayan obtenido para las sesiones clínicas. Este instrumento constituye la adaptación en Argentina del WAI-O, a partir de su versión original y de la validación del WAI en Chile (Santibáñez-Fernandez, 2003), como también de su validación en España, la cual se encuentra aún en proceso (Andrade, en preparación). Tomando estas tres escalas –la original, y sus versiones en castellano-, integrantes del Equipo de Investigación dirigido por el Dr. Roussos, se han dedicado a la adaptación del WAI-O, en Argentina (WAI-O-A, Waizmann, Serrano y Roussos, en preparación). El trabajo piloto para la adaptación de dicho instrumento ha sido parte de la tesina de grado de Sebastián Serrano, quien también participa del Equipo de Investigación. Esta validación, además, forma parte de la tesis doctoral de la Lic. Vanina Waizmann.

5. *Clasificación Multidimensional de Intervenciones Psicoterapéuticas (CMIP)*: Una clasificación de las intervenciones desarrollada por Roussos, Waizmann y Etchebarne (2003) y Roussos, Etchebarne y Waizmann (2005). Los autores han desarrollado una clasificación de intervenciones que permite evaluar la especificidad o inespecificidad de las intervenciones, en función de si éstas han sido conceptualizadas por los marcos teóricos psicoanalítico o cognitivo, como también las intervenciones que son comunes a estos marcos teóricos. La CMIP está pensada para analizar material clínico proveniente de sesiones terapéuticas, basándose en las acciones que realiza el terapeuta dentro de las mismas. Teniendo en cuenta que para la construcción de este instrumento se utilizó, como fuente principal, material clínico audio-grabado, este esquema contempla sólo intervenciones de tipo verbal. En esta clasificación, si bien

se toman a las intervenciones del terapeuta como objeto de evaluación, éstas son comprendidas dentro de la interacción con el paciente, por lo cual es necesaria la lectura del discurso del paciente para una adecuada evaluación de las intervenciones.

La CMIP considera distintos niveles de análisis de las intervenciones, destinados a observar las distintas facetas de una intervención: el nivel descriptivo, el de contenido, el nivel estratégico y el nivel de orientación temporo-espacial. Por un lado, el nivel descriptivo se enfoca en las características formales de las intervenciones, como ser su morfología y estructura sintáctica. El nivel de contenido, por su parte, tiene en cuenta la temática incluida en la intervención. Por otro lado, el nivel estratégico de la intervención apunta a discernir cuáles son los propósitos u objetivos intra-sesión de las intervenciones empleadas, como ser la identificación del modo de atribución, por ejemplo. Finalmente, el nivel temporo-espacial de análisis se centra en el momento –presente, pasado o futuro– y lugar físico al cual hace referencia la intervención.

Estos distintos niveles de análisis guardan una interacción entre sí, constituyendo distintas formas de analizar el mismo fenómeno. Sin embargo, al tratarse de una clasificación multidimensional, cada uno de estos niveles puede ser tomado de manera independiente, según sea requerido por las especificidades de una u otra investigación. Sobre el nivel de análisis descriptivo, se han desarrollado clusters que rodean a las intervenciones psicoterapéuticas, para facilitar el proceso de evaluación.

Estos clusters contemplan, por ejemplo, cuestiones interrogativas, empáticas, de explicación, indicativas, o de revisión de las intervenciones. Dentro de los clusters se encuentran distintas intervenciones, según sean éstas no-específicas o específicas psicoanalíticas, cognitivas, o conductuales. A modo de ejemplos, dentro del *cluster de intervenciones explicativas* se encuentran intervenciones no específicas (por ejemplo, la información o explicación psicológica), las intervenciones específicas psicoanalíticas (la interpretación psicoanalítica, por ejemplo), las intervenciones específicas cognitivas (la identificación de pensamientos disfuncionales, o la psicoeducación, por ejemplo)². Por otro lado, dentro del cluster de *intervenciones indicativas* se contemplan intervenciones no específicas (como ser la sugerencia o consejo), intervenciones específicas psicoanalíticas (dentro de las cuales se destacan la asociación libre), intervenciones específicas cognitivas (como ser el auto-registro, y el trabajo con imágenes), y las intervenciones específicas conductuales (por ejemplo, la práctica masiva).

Para la realización de la presente tesina, se utilizó sólo el nivel descriptivo de la CMIP para evaluar las intervenciones psicoterapéuticas, y se usó la clusterización para llevar adelante la clasificación de las mismas. Se anexan la tabla del nivel descriptivo de las intervenciones, así como también la tabla de clusterización, para una mayor apreciación de sus contenidos (ver Anexos 7.4 y 7.5).

6. *Sistema de Ranqueo y Resolución de Rupturas en su Adaptación en Argentina* (S3R-A, Waizmann, Espíndola y Roussos, en preparación). Este instrumento constituye una adaptación en Argentina del original 3RS (Rupture Rating Resolution System), desarrollado por Eubanks-Carter, Muran y Safran (manuscrito no publicado). Se trata de un instrumento pensado para evaluar las Rupturas en la Alianza Terapéutica, y su resolución. Los autores del 3RS se basan en la definición de Bordin (1979) de la Alianza, y conciben a las Rupturas como puntos de desconexión entre el paciente y el terapeuta que tienen un impacto negativo en la Alianza. Si bien las Rupturas son consideradas una función del paciente y del terapeuta, este instrumento toma a los comportamientos del paciente como indicadores de Rupturas. Para la evaluación y detección de las Rupturas, este instrumento considera los subtipos de rupturas de *retirada* y de *confrontación*, así como también aquellas rupturas codificadas como *misceláneas*. Mientras que en las rupturas de retirada el paciente se aleja del terapeuta o de su propia experiencia, en las de confrontación se dirige en contra del terapeuta, ya sea expresando su ira o descontento, o bien tratando de controlarlo. Las rupturas misceláneas, por su parte, son aquellas rupturas que no encuadran en ninguna de las categorías anteriores, como podría ser un comportamiento seductor del paciente con el terapeuta.

Dentro de las rupturas de *retirada*, los autores distinguen entre distintas subcategorías de rupturas. Por ejemplo, la ruptura de *respuesta mínima*, la cual indica que el paciente responde mínimamente frente a los intentos del terapeuta por explorar y comprender su experiencia. Otro ejemplo de este tipo de rupturas lo constituye la ruptura de *evitación del recuento de historias y/o cambio de tema*, en donde el paciente

² No se encuentran intervenciones explicativas conductuales específicas, y por ello no se las menciona en este ejemplo.

cambia de tema, como un modo de evitar situaciones estresantes. Se anexan el sumario y la grilla de evaluación de Rupturas para una mejor apreciación de sus contenidos (ver Anexo 7.6 y 7.7.).

Por otro lado, también dentro de las rupturas de confrontación se encuentran distintas subcategorías. Por ejemplo, cuando el *paciente rechaza la formulación, interpretación, o intervención del terapeuta en una manera no-colaborativa*, o bien cuando *se defiende en contra del terapeuta*, entre otros. Se podrá apreciar el resto de subcategorías de este tipo de rupturas tanto en el sumario como en la grilla de evaluación que se anexan a esta tesina. (Ver Anexo 7.6 y 7.7.).

Con este instrumento, el evaluador marca la cantidad de cada subtipo de rupturas encontradas en las sesiones, y después realiza una Puntuación Global del impacto que tuvieron las Rupturas de retirada y las de confrontación, en la sesión. Esta puntuación se realiza en base a una escala tipo likert que va de 1 a 5, dependiendo de si las rupturas tuvieron un mínimo o gran impacto en la experiencia interpersonal en la totalidad de la sesión. Estos criterios de puntuación global pueden ser apreciados en el Anexo 7.8.

En lo que refiere a la resolución de las Rupturas, los autores consideran que el terapeuta puede implementar estrategias que se dirijan a las Rupturas de manera directa, mientras que otras estrategias lo hacen de manera indirecta, es decir, sin discutir las o nombrarlas explícitamente.

Para la presente tesina se ha utilizado la parte de evaluación y detección de las Rupturas, más no la de resolución de las mismas.

3.3. Procedimientos

Como ya ha sido mencionado anteriormente, las sesiones clínicas utilizadas para la realización de esta tesina fueron facilitadas por el Equipo de Investigación en Psicología Clínica, dirigido por el Dr. Roussos. Para la obtención de las sesiones clínicas, el Equipo de Investigación se contactó con psicoterapeutas que estuviesen dispuestos a grabar las sesiones con sus pacientes, y posteriormente, se entrenó a los terapeutas en la grabación de dichas sesiones.

Una vez obtenidos los consentimientos informados del paciente y del terapeuta, se procedió con la grabación de las sesiones. Posteriormente, integrantes del Equipo fueron entrenados en la transcripción escrita de este material audiograbado, siguiendo un formato estandarizado para llevar a cabo esta tarea. Para esto, se siguió un protocolo riguroso que contempla tanto cuestiones prácticas como éticas de la transcripción.

Para la realización del presente trabajo se utilizaron seis sesiones clínicas pertenecientes a un caso cognitivo de tratamiento psicoterapéutico, cuyo material pertenece al Equipo.

Para la evaluación de la Alianza se entrenaron a 5 jueces –miembros del Equipo, siendo yo una de ellos– en la utilización del WAI-O-A (Waizmann, Serrano y Roussos, en preparación), quienes evaluaron las sesiones clínicas del tratamiento psicoterapéutico cognitivo antes mencionado. Para la obtención de la muestra que se utilizó en esta tesina, y según los puntajes de Alianza obtenidos con la evaluación del WAI-O-A, se seleccionaron 6 sesiones en total: 3 de ellas con el puntaje de Alianza que se distanciara más de un desvío estándar de la media global obtenida para el caso, y otras 3 sesiones cuyo puntaje de Alianza se mantuviera cercano a la media esperada para el caso. Estas últimas fueron tomadas para poder compararlas con aquellas que se desviaron de la media.

Una vez adquirida la muestra, se prosiguió con la evaluación de las Rupturas de Alianza en las sesiones que la conforman. Para esto fue necesario llevar adelante la adaptación Argentina del 3RS (Eubanks-Carter, Muran y Safran, manuscrito no publicado), la cual se denomina Sistema de Ranqueo y Resolución de Rupturas (S3R-A, Waizmann, Espíndola y Roussos, en preparación) -el presente trabajo es el primer piloto que se hizo en español-. Para esta adaptación, la Lic. Vanina Waizmann estuvo trabajando, en Estados Unidos, con el equipo de Safran en el tema de Rupturas en la Alianza, y fue quien trajo el instrumento a Argentina. Yo fui parte del proceso de traducción del instrumento al español, y una vez corregida esta traducción, se entrenaron a 5 jueces –siendo yo misma una de ellos–, en la utilización del S3R-A. Posteriormente, se procedió a la evaluación de las Rupturas en las sesiones clínicas que configuran la

muestra de esta tesina. Teniendo en cuenta que eran pocas las sesiones a evaluar, se consideró más adecuado obtener un consenso general, una vez que cada uno de los 5 jueces hubiese evaluado cada sesión en relación a los tipos, las cantidades y evaluaciones globales de las Rupturas, en cada una de las sesiones. Además, se optó por obtener un consenso general ya que este proceso constituyó una parte del proceso de entrenamiento de los evaluadores de Rupturas en la Alianza, utilizando el S3R-A (Waizmann, Espíndola y Roussos, en preparación).

Para la clasificación de las intervenciones de las sesiones del caso clínico –tarea en la cual yo misma he participado-, se entrenaron a 17 jueces y miembros del Equipo en la utilización de la CMIP (Roussos, Waizmann y Etchebarne, 2003) y de la clusterización de las intervenciones, hasta obtener un buen acuerdo inter-jueces superior a .7 kappa. Una vez obtenido este buen acuerdo, al menos dos jueces evaluaron cada sesión en relación a las intervenciones, y cuando hubo discrepancia, se determinó a posteriori de qué tipo de intervención se trataba. Se obtuvo así una lista detallada de cada intervención realizada durante las 6 sesiones de la muestra de esta tesina.

Cabe mencionar que yo misma participé del trabajo de campo como juez evaluador tanto de la Alianza y sus Rupturas, como de la clasificación de las Intervenciones. Teniendo en cuenta que a lo largo de estos procesos no había necesariamente una dirección en cuanto a la relación entre las Intervenciones y las Rupturas, y que parte del material ya fue evaluado por miembros del Equipo previamente a la confección de los objetivos de este trabajo, no se considera que haya habido una amenaza a la validez interna de la presente tesina. Además, la cantidad de sesiones por mí evaluadas, tanto de Alianza, como de Intervenciones y Rupturas, no constituye una proporción significativa como para que haya un sesgo en los resultados, ya que se contaba con una gran cantidad de evaluadores (17 en el caso de la clasificación de Intervenciones, 5 para la evaluación de la Alianza, y 5 para la evaluación de las Rupturas).

Una vez obtenidos, por un lado, el listado de Intervenciones y por el otro la evaluación tanto de cada alocución del paciente en la cual se encontraron Rupturas, además de la evaluación global de las Rupturas -y sus subtipos- por sesión, se procedió al análisis de datos, que será detallado a continuación.

4. Análisis de Datos y Respective Resultados

En un primer momento, se analizaron los datos de modo tal que se comparaba qué sucedía con las intervenciones (en términos de su especificidad e inespecificidad) y las Rupturas en las 3 sesiones que se desviaron de su puntaje de Alianza, y en aquellas sesiones que se mantuvieron cercanas a la media en su puntaje de Alianza. Se realizó esto ya que se consideró que era posible que la Alianza Terapéutica mediara en la relación entre las Intervenciones y la aparición de Rupturas.

Sin embargo, a medida que se llevaba a cabo el análisis de los datos, se fue abriendo otro camino posible e interesante de exploración, y fue cobrando interés la idea de que tal vez la Alianza no mediase en la posible relación entre las Intervenciones y las Rupturas.

De este modo, se optó por organizar las sesiones que conforman la muestra según un criterio distinto al del puntaje de Alianza. Para esto, se tomó la misma muestra de este trabajo, ubicando, por un lado, las tres sesiones que en su puntaje de especificidad de las intervenciones se desviaron, por más de un desvío estándar, por debajo de la media correspondiente al caso (Luz 6, Luz 8, y Luz 11). Esto quiere decir que estas tres sesiones presentaron una especificidad menor en sus intervenciones, que la especificidad media del resto de sesiones. Por otro lado, se ubicaron las tres sesiones restantes, las mismas que se mantuvieron cercanas a la media de especificidad de las intervenciones correspondiente al caso (Luz 9, Luz 14, y Luz 13), con el propósito de observar y comparar qué ocurre en relación a las Rupturas en ambos casos.

Para el análisis de los datos obtenidos se procedió, por un lado, a investigar las características de las intervenciones realizadas por los terapeutas –haciendo hincapié en su especificidad o inespecificidad– tanto en el tratamiento, como en cada una de las seis sesiones que conforman la muestra de esta tesina.

Para llevar a cabo el análisis de los datos se eligió una estrategia de recorte de las intervenciones que permitiera analizar las proporciones de especificidad e inespecificidad de las mismas en: 1) las 10

intervenciones que rodean a los momentos en que se detectó una Ruptura; 2) las 5 intervenciones previas y posteriores a la Ruptura; 3) la intervención inmediatamente previa e inmediatamente posterior a la detección de una Ruptura en la Alianza. De esta manera, se comenzó por analizar una ventana que recortara las 10 intervenciones alrededor de las Rupturas, y se fue reduciendo esta ventana de análisis hasta poder observar qué sucedía inmediatamente antes e inmediatamente después de una Ruptura.

Una vez obtenida la cantidad de las intervenciones terapéuticas por sesión, se procedió a evaluar la proporción de especificidad/inespecificidad de las mismas en cada sesión, para poder comparar estas proporciones entre las sesiones que conforman la muestra.

Por otro lado, una vez obtenidos los resultados de la evaluación de las Rupturas de la Alianza en las seis sesiones de la muestra, se procedió a analizar, en un primer momento, si las Rupturas en las distintas sesiones presentaban características particulares en relación a sus cantidades, tipos de rupturas, y puntajes globales de las mismas (que como se mencionó anteriormente, va de 1 a 5 en relación a cuán afectada se vio la sesión por las rupturas de los dos tipos principales: de retirada y confrontación). Estos datos se pueden apreciar en la Tabla 1 que se presenta en la página a continuación:

4.1. Tabla 1.

Cantidades, Tipos y Puntajes Globales de Rupturas, por sesión, según su desvío o cercanía a la media de Especificidad.

Tipos de Ruptura	Sesiones con 1 desvío estándar por debajo			Sesiones cercanas a la Media		
	Luz 6	Luz 11	Luz 8	Luz 9	Luz 14	Luz 13
Retirada						
1. Negación			1			
2. Respuesta Mínima		5		3	6	10
3. Comunicación Abstracta	2		1			
4. Evitación del Recuento de Historias	5	5	1	12	3	8
5. Hablar sobre las reacciones de Otros	1					
6. Deferente y Aplacante						
7. División Contenido/Afecto						
8. Autocrítica y/o Desesperanza						
9. Subterfugio (escapatoria)						
Total Retiradas	8	10	3	15	9	18

Tesinas	Las Intervenciones Psicoterapéuticas Específicas e Inespecíficas					
Confrontación	Luz 6	Luz 11	Luz 8	Luz 9	Luz 14	Luz 13
1. Quejas o Preocupaciones sobre el terapeuta						
2. Pte. Rechaza la Formulación. Interp. o Interv. del Terapeuta	3		1	3	2	2
3. Quejas o Preocupaciones sobre las Actividades				1		
4. Quejas o Preocupaciones sobre los Parámetros			1			
5. Quejas o Preocupaciones sobre el Progreso			1			
6. Pte. se Defiende en contra del Terapeuta	1		2	2		4
7. Esfuerzos directos por controlar al Terapeuta						
Total Confrontaciones	4	0	4	7	2	6
Total Rupturas	12	10	7	22	11	24
Misceláneas						
Evaluación Global Retiradas	2	2	1	3	2	3
Evaluación Global Confrontación	2	1	2	2	1	1

Se puede observar en la Tabla 1 que, si bien los tipos de Rupturas y los puntajes globales de las mismas, por sesión, parecen no mostrar alguna diferencia particular entre las sesiones que se desvían y aquellas que no lo hacen, sí se observa una diferencia entre estas sesiones en relación a las cantidades de rupturas encontradas. Parece ser que las sesiones que se desvían por debajo de la media de especificidad general para el caso, muestran menor cantidad de Rupturas que aquellas sesiones que se mantienen cercanas a la media. Esto quiere decir, aparentemente, que aquellas sesiones que presentaron mayor especificidad en sus intervenciones presentan mayor cantidad de rupturas, en relación a la cantidad de rupturas encontradas en las sesiones con menor especificidad en sus intervenciones.

Las 10 intervenciones que Rodean a las Rupturas

De las 10 intervenciones seleccionadas en cada sesión que rodean a las Rupturas, se evaluó la proporción de especificidad e inespecificidad de las mismas. El objetivo fue comparar estas proporciones con las proporciones generales de especificidad e inespecificidad de las intervenciones de cada sesión. Se pueden observar estos datos en la Tabla 2 que sigue en la página a continuación:

4.2. Tabla 2.

Especificidad e Inespecificidad de las 10 Intervenciones que rodean a las Rupturas, por sesión, según su desvío o cercanía a la media Especificidad.

Sesiones	Proporción de Intervenciones Específicas		Proporción de Intervenciones No-Específicas	
Que se Desvían por debajo de la Media de Especificidad	10 que Rodean a las Rupturas	Proporción General de la Sesión	10 que Rodean a las Rupturas	Proporción General de la Sesión
Luz 6	0.09524	0.12121	0.90476	0.87879
Luz 11	0.13	0.11017	0.87	0.88983
Luz 8	0.27419	0.10769	0.72581	0.89231
Que se mantienen cercanas a la Media de Especificidad	10 que Rodean a las Rupturas	Proporción General de la Sesión	10 que Rodean a las Rupturas	Proporción General de la Sesión
Luz 9	0.37255	0.27132	0.62745	0.72868
Luz 14	0.10280	0.14953	0.89720	0.85047
Luz 13	0.29	0.26667	0.71	0.73333

En la Tabla 2, y en lo que respecta a las sesiones que se desvían por debajo de la media de especificidad, se puede observar lo siguiente:

En la sesión 6, disminuye la proporción de especificidad de las 10 intervenciones que rodean a las Rupturas, y aumenta la proporción de inespecificidad de estas intervenciones, en relación a la proporción general de la sesión.

Por otro lado, las sesiones 11 y 8 ambas aumentan en su proporción de especificidad de las 10 intervenciones que rodean a las Rupturas, y sus proporciones de inespecificidad de estas intervenciones disminuyen. De estas sesiones, resultan llamativos los datos de la sesión 8 en particular, ya que se trata de una sesión que presenta un incremento considerable (más del doble) en la especificidad de las intervenciones que rodean a las Rupturas, en relación con la proporción general de la sesión.

En lo que respecta a las sesiones que en sus proporciones de especificidad se mantienen cercanas a la media general del caso, se observa en la Tabla 6 lo siguiente:

En las sesiones 9 y 13, se observa un aumento en la proporción de especificidad de las 10 intervenciones que rodean a las rupturas, mientras que las proporciones de inespecificidad de estas intervenciones disminuyen.

Por otro lado, la sesión 14 muestra una disminución en la proporción de especificidad de las 10 intervenciones que rodean a las rupturas, y se observa un aumento en la proporción de inespecificidad de estas intervenciones, en relación a las proporciones generales de la sesión.

En base a estos resultados se puede observar que alrededor de los momentos de Ruptura hay un aumento de la especificidad de las intervenciones en la mayoría de sesiones que conforman la muestra (4 de 6). Sin embargo, cuando se intentó observar si esto se relacionaba con si las sesiones se ubicaban

cercanas a la media o no, ya no se pudo observar una diferencia entre las sesiones que se desvían de la media de especificidad y aquellas que no lo hacen.

Las 5 Intervenciones Previas y Posteriores a las Rupturas

Se seleccionaron las 5 intervenciones previas y las 5 intervenciones posteriores a la aparición de Rupturas en cada sesión, y se evaluó la proporción de la especificidad e inespecificidad de las mismas, para ser comparadas con las proporciones generales de especificidad e inespecificidad correspondientes a cada sesión. Se pueden observar estos datos en la Tabla 3 que sigue a continuación:

4.3. Tabla 3.

Proporción de la Especificidad e Inespecificidad de las 5 Intervenciones Previas y Posteriores a las Rupturas, por sesión, según su desvío o cercanía a la media de Especificidad.

Sesiones	Proporción de Intervenciones Específicas			Proporción de Intervenciones No-Específicas		
	<u>5 Previas</u>	<u>Proporción General</u>	<u>5 Posteriores</u>	<u>5 Previas</u>	<u>Proporción General</u>	<u>5 Posteriores</u>
Que se Desvían por debajo de la Media de Especificidad						
Luz 6	0.12963	0.12121	0.05882	0.87037	0.87879	0.94118
Luz 11	0.14	0.11017	0.12	0.86	0.88983	0.88
Luz 8	0.41935	0.10769	0.12903	0.58065	0.89231	0.87097
Que se mantienen cercanas a la Media de Especificidad						
Luz 9	0.39	0.27132	0.35577	0.61	0.72868	0.64423
Luz 14	0.09091	0.14953	0.11538	0.90909	0.85047	0.88462
Luz 13	0.29703	0.26667	0.28283	0.70297	0.73333	0.71717

En la Tabla 3 se puede observar, en relación a las sesiones que se desvían por debajo de la media de especificidad general del caso, lo siguiente:

Las tres sesiones (Luz 6, 11 y 8) muestran un aumento en sus proporciones de especificidad en las 5 intervenciones previas a la aparición de Rupturas, y, por ende, una disminución en sus proporciones de inespecificidad, en comparación con las proporciones generales de la sesión. Esto resulta de interés, ya que podría hipotetizarse una tendencia al aumento en la especificidad de las 5 intervenciones que preceden a la aparición de una Ruptura.

Por otro lado, tanto la sesión 11 como la sesión 8 mantienen un aumento en sus proporciones de especificidad en las 5 proporciones posteriores a la aparición de rupturas, mostrando también una disminución en las proporciones de inespecificidad de estas intervenciones.

La sesión 6, por su parte, disminuye en su proporción de especificidad de las 5 intervenciones posteriores a la aparición de Rupturas, y aumenta en las proporciones de inespecificidad de estas intervenciones.

En lo que refiere a las sesiones que se mantienen cercanas a la media de especificidad general del caso, se observa lo siguiente:

Las sesiones 9 y 13 presentan un aumento en sus proporciones de especificidad de las 5 intervenciones previas a la aparición de una Ruptura, mientras que sus proporciones de inespecificidad disminuyen.

La sesión 14, por su parte, disminuye en su proporción de especificidad en las 5 intervenciones previas a la aparición de las Rupturas, y aumenta en su proporción de inespecificidad de estas intervenciones.

Por otro lado, las sesiones 9 y 13 presentan un movimiento similar en lo que refiere a las 5 intervenciones posteriores a las Rupturas, ya que ambas muestran, por un lado, un aumento en sus proporciones de especificidad de estas intervenciones, y una disminución en las proporciones de inespecificidad de estas intervenciones, siempre en comparación con las proporciones generales de especificidad e inespecificidad de las intervenciones correspondientes a cada sesión.

Por su parte, la sesión 14 disminuye su proporción de especificidad de las 5 intervenciones posteriores a la aparición de Rupturas, y un aumento en la proporción de inespecificidad de estas intervenciones.

Similar a lo que se observó en el análisis de las 10 intervenciones que rodean a las Rupturas, del análisis de las 5 intervenciones previas y posteriores tampoco se puede distinguir alguna característica diferencial entre las sesiones que se desvían de la media y aquellas que se mantienen cercanas a las mismas, en relación a la especificidad o inespecificidad de las intervenciones previas y posteriores. Es decir, ninguno de estos grupos de sesiones muestra algún factor que no se pueda observar en el otro.

Sin embargo, y tomando a las seis sesiones en su conjunto, se observa que la mayoría de sesiones (5 de 6) presentan un aumento en la especificidad de las intervenciones previas a las Rupturas, mientras que sólo una sesión evidencia una disminución de la especificidad en estas intervenciones, en relación con las proporciones generales. De la mano de esto, se observa también en la mayoría de sesiones (5 de 6) una disminución de la inespecificidad de las intervenciones previas a los momentos de Ruptura, y un aumento de la inespecificidad de estas intervenciones en tan sólo una sesión.

En lo que refiere a los momentos posteriores a la aparición de Rupturas, se observa que la especificidad aumenta en algunas sesiones, y disminuye en otras, independientemente de que éstas se caractericen por desviarse o mantenerse cercanas a la media de especificidad de las intervenciones.

No obstante, resulta interesante contemplar a las seis sesiones en conjunto, observando que 4 de ellas presentan un aumento de la especificidad de las 5 intervenciones posteriores a los momentos de Rupturas, y una disminución de la inespecificidad de estas intervenciones. Por otro lado, se observa en las 2 sesiones restantes una disminución de la especificidad en las 5 intervenciones posteriores, y un aumento de inespecificidad en las mismas.

Las Intervenciones inmediatamente Previas y Posteriores a las Rupturas

Se tomaron las intervenciones inmediatamente previas e inmediatamente posteriores a la aparición de Rupturas en cada sesión, y se evaluó la proporción de la especificidad e inespecificidad de las mismas, para luego ser comparadas con las proporciones generales de especificidad/inespecificidad de cada sesión. Estos datos se pueden apreciar en la Tabla 4 que se presenta a continuación:

4.4. Tabla 4.

Proporciones de Especificidad e Inespecificidad de las Intervenciones Inmediatamente Previas e Inmediatamente Posteriores a la aparición de Rupturas, por sesión, según su desvío o cercanía a la media de Especificidad.

Sesiones	Proporción de Intervenciones Específicas			Proporción de Intervenciones No-Específicas		
	<u>Inmediatamente Previa</u>	<u>Proporción General</u>	<u>Inmediatamente Posterior</u>	<u>Inmediatamente Previa</u>	<u>Proporción General</u>	<u>Inmediatamente Posterior</u>
Que se Desvían por debajo de la Media de Especificidad						
Luz 6	0.18182	0.12121	0.09091	0.81818	0.87879	0.90909
Luz 11	0.30	0.11017	0	0.70	0.88983	1.00
Luz 8	0.33333	0.10769	0	0.66667	0.89231	1.00
Que se mantienen cercanas a la Media de Especificidad						
Luz 9	0.35	0.27132	0.40	0.65	0.72868	0.60
Luz 14	0.18182	0.14953	0.09091	0.81818	0.85047	0.90909
Luz 13	0.35	0.26667	0.23810	0.65	0.73333	0.76190

En la Tabla 4, y en lo que refiere a las sesiones que se desvían por debajo de la media de especificidad de las intervenciones, general del caso, se puede observar lo siguiente:

Las tres sesiones, (Luz 6, 11 y 8) aumentan considerablemente en su proporción de especificidad de las intervenciones inmediatamente previas a la aparición de Rupturas, en comparación con la proporción general de la sesión. Disminuyen, también, las proporciones de inespecificidad de las intervenciones inmediatamente previas, en las tres sesiones.

En relación a lo que sucede posterior a la aparición de Rupturas, todas estas sesiones (Luz 6, 11 y 8) disminuyen en su proporción de especificidad de las intervenciones inmediatamente posteriores, aumentando sus proporciones de inespecificidad de estas intervenciones. Es llamativo, además, que dos de estas tres sesiones presenten 0 intervenciones específicas inmediatamente posteriores a la aparición de Rupturas.

En cuanto respecta a las sesiones que se mantienen cercanas a la media de especificidad general del caso, se puede observar lo siguiente:

Las tres sesiones (Luz 9, 14, y 13) también aumentan en sus proporciones de especificidad de las intervenciones inmediatamente previas a la aparición de Rupturas, y disminuyen en sus proporciones de inespecificidad de estas intervenciones.

Por otro lado, se observa que la sesión 9 aumenta también en su proporción de especificidad de las intervenciones inmediatamente posteriores, disminuyendo su proporción de inespecificidad de estas intervenciones.

Las sesiones 14 y 13, por su parte, disminuyen su proporción de especificidad de las intervenciones inmediatamente posteriores, aumentando así la proporción de inespecificidad de estas intervenciones, siempre en comparación con las proporciones generales de cada sesión.

En relación a esta tabla, resulta interesante rescatar que poniendo el interés en lo que sucede respecto a las intervenciones en los momentos inmediatamente previos y posteriores a la aparición de Rupturas, las seis sesiones muestran un aumento en la proporción de especificidad de las intervenciones inmediatamente previas, y casi todas excepto Luz 9, muestran una disminución de la proporción de especificidad de las intervenciones inmediatamente posteriores a las Rupturas.

Por último, se presenta a continuación la Tabla 5, en donde se puede observar las proporciones de especificidad e inespecificidad generales de las seis sesiones, además de las cantidades, tipos y puntajes globales de las Rupturas encontradas en cada una de ellas:

4.5. Tabla 5.

Proporciones de Especificidad e Inespecificidad de las Intervenciones, Cantidades y Tipos de Rupturas, y Puntajes Globales para cada sesión, según su desvío o cercanía a la media de Especificidad

	Sesiones con 1 desvío estándar por debajo			Sesiones cercanas a la Media		
	Luz 6	Luz 11	Luz 8	Luz 9	Luz 14	Luz 13
Proporción Especificidad	0.12121	0.11111	0.11667	0.28926	0.15385	0.31683
Proporción Inespecificidad	0.87879	0.88889	0.88333	0.71074	0.84615	0.68317
Total de Rupturas de Retirada	8	10	3	15	9	18
Total de Rupturas de Confrontación	4	0	4	7	2	6
Total de Rupturas	12	10	7	22	11	24
Puntaje Global de Retiradas	2	2	1	3	2	3
Puntaje Global de Confrontaciones	2	1	2	2	1	1

En la Tabla 5 se puede observar lo siguiente:

En relación a los Puntajes Globales de Retiradas y de Confrontaciones, no se observa una variabilidad significativa entre las sesiones que se desvían por debajo de la Especificidad y aquellas que no lo hacen. Si bien las sesiones en las cuales sus proporciones de especificidad se mantienen cercanas a la media general del caso obtuvieron en dos casos un puntaje de 3, y este puntaje no se observa en las sesiones que se desvían de la media, la diferencia cualitativa entre los puntajes 3 y 2, no resulta significativa, de acuerdo a los criterios establecidos por el SR3-A (Waizmann, Espíndola y Roussos, en preparación), que se pueden apreciar en el Anexo 7.8.

En relación a los tipos de Rupturas (de Retirada y de Confrontación) se observa una menor cantidad de Rupturas de Confrontación en las sesiones que presentan menores proporciones de especificidad en sus intervenciones (Luz 6, 11 y 8), en relación a la cantidad de este tipo de Rupturas ubicada en las sesiones que se mantienen cercanas a la media de especificidad. Esto mismo se aplica para las Rupturas de Retirada. Dicho de otro modo, parece ser que las sesiones que presentan menor especificidad en sus intervenciones, obtienen menores cantidades de Rupturas de Confrontación y de Retirada, y que, por otro lado, las sesiones que presentan mayor especificidad en sus intervenciones, obtienen mayores cantidades de Rupturas tanto de Retirada como de Confrontación.

En lo que refiere a las cantidades totales de Rupturas encontradas en cada sesión, y teniendo en cuenta lo antedicho, parece ser que las sesiones que se desvían por debajo de la media de especificidad de sus intervenciones, tienden a presentar menores cantidades de Rupturas. Dicho de otro modo, parece ser que a menor especificidad de las intervenciones, menor aparición de Rupturas en esas sesiones.

Esto resulta de interés, ya que hasta este momento (de los análisis de datos respecto de las 10 intervenciones que rodean a las Rupturas, las 5 previas y posteriores, y las inmediatamente previas y posteriores) no se había podido identificar alguna característica que se presentase en uno de los grupos de sesiones, más no en el otro. Es decir, no resultaba claro si las sesiones que se desviaron por debajo de la media de especificidad de las Intervenciones mostraban alguna característica distintiva en relación a las Rupturas, en comparación con lo que ocurría en las sesiones que se mantuvieron cercanas a la media de especificidad. La tabla 5 muestra, en cambio, que estos grupos de sesiones sí presentan diferencias en relación a la cantidad de Rupturas que se encontraron en las sesiones que se desviaron de la media de especificidad, y a la cantidad de Rupturas encontradas en aquellas sesiones cercanas a la media.

5. Conclusiones y Discusión

Conclusiones

El presente trabajo final de carrera ha sido un estudio empírico sobre la relación entre las intervenciones psicoterapéuticas específicas e inespecíficas y la aparición de Rupturas en la Alianza Terapéutica. Para llevar esto adelante, se tomaron seis sesiones pertenecientes a un caso cognitivo, cuyo material pertenece al Equipo de Investigación en Psicología Clínica, dirigido por el Dr. Andrés Roussos.

En un primer momento se presentó una reseña teórica en relación a la Alianza Terapéutica y sus Rupturas, así como también a las Intervenciones Psicoterapéuticas. En un segundo momento, se procedió a presentar el desarrollo metodológico correspondiente al trabajo realizado, detallando cuestiones referentes a la muestra, los materiales y procedimientos, para después continuar con la presentación del análisis de los datos y de los respectivos resultados encontrados.

A continuación, se procederá a responder a cada uno de los objetivos específicos que fueron planteados en la Introducción de la presente tesina:

Objetivo Específico 1: Estudiar la relación entre las intervenciones específicas cognitivas y la aparición de Rupturas de Alianza.

En relación a las intervenciones específicas cognitivas y la aparición de Rupturas en la Alianza se pudo observar, por un lado, que al haber una disminución en las proporciones de especificidad de las intervenciones psicoterapéuticas cognitivas, disminuye también la cantidad de Rupturas encontradas en las sesiones que conforman la muestra, siendo estas rupturas tanto del tipo de Retirada como de Confrontación. De la mano de esto se observó que a mayor especificidad de las intervenciones psicoterapéuticas, hubo una mayor cantidad de Rupturas. Además, en la mayoría de los casos se observó que los momentos que rodean a las Rupturas se caracterizan por un aumento de las intervenciones específicas cognitivas. Se pueden observar en las tablas 1, 2 y 5 los resultados que se vinculan con esta conclusión.

Objetivo Específico 2: Analizar la relación entre las intervenciones no-específicas y la aparición de Rupturas de Alianza.

En lo que refiere a las intervenciones no-específicas y la aparición de Rupturas se encontró en la muestra de este trabajo que suele haber una disminución en las proporciones de inespecificidad de las intervenciones psicoterapéuticas cognitivas en los momentos en que se detectan Rupturas en la Alianza Terapéutica, y más bien un aumento en la proporción de estas intervenciones en los momentos en que se detectan menores cantidades de Rupturas. En las tablas 1, 2 y 5 se pueden observar los resultados que se relacionan con esta conclusión.

Objetivo Específico 3: Analizar si anterior a la aparición de una Ruptura hay un incremento de Intervenciones específicas o no-específicas.

En los momentos anteriores a la aparición de Rupturas en la Alianza Terapéutica, se observó que en la mayoría de sesiones que conforman la muestra de esta investigación suele haber un incremento de la proporción de intervenciones psicoterapéuticas específicas, y una disminución de las intervenciones inespecíficas. Se pueden observar en las tablas 3 y 4 los resultados que se vinculan con esta conclusión.

Objetivo Específico 4: Analizar si posterior a la aparición de una Ruptura hay un incremento de Intervenciones específicas o no-específicas.

En cuanto refiere a los momentos posteriores a la aparición de una Ruptura en la Alianza, no se encontró algún patrón común a estos momentos, ya que en algunos casos se observó que la especificidad de las intervenciones disminuía considerablemente, mientras que en otros casos aumentó. De la mano de esto, se observó que en algunas sesiones, las intervenciones inespecíficas disminuyeron, mientras que en otras, la especificidad de las intervenciones aumentó. Los resultados que se observan en las tablas 3 y 4 se relacionan con esta conclusión.

Discusión y Futuras Investigaciones

En relación a la temática trabajada en a lo largo de este trabajo, y a los resultados presentados anteriormente, resulta interesante considerar algunas cuestiones que permiten contemplar estos resultados desde una mirada más teórico-clínica. Por un lado, uno puede preguntarse si es que las intervenciones específicas cognitivas generan directamente la aparición de una Ruptura en la Alianza, o si tal vez las intervenciones específicas actúan como un disparador para la emergencia de las mismas, en donde estos procesos de deterioro en la Alianza ya se venían gestando a lo largo de la interacción entre los participantes.

Por otra parte, se puede pensar que quizás el terapeuta, busque de alguna manera estratégica generar una Ruptura con el tipo de intervenciones que emplea, como parte de un proceso que, mediante una negociación o resolución conjunta de estos deterioros en la Alianza, permita trabajar terapéuticamente los esquemas de interacción desadaptativos, o susceptibilidades particulares de cada paciente. Esto sería coherente con la concepción de las Rupturas como momentos de oportunidad para alcanzar el cambio terapéutico en el trabajo con un paciente.

Por otro lado, resulta interesante considerar que al observar en todas las sesiones que los puntajes globales de Ruptura no varían de manera significativa de una sesión a otra, esto quizás tenga que ver con que, de alguna manera, las sesiones que presentaron mayores cantidades de Rupturas contaron con un proceso de negociación o resolución de estos deterioros en la Alianza. De este modo, sería coherente pensar que aún cuando las cantidades de Rupturas aumentaron, la percepción global de cuán “*disruptiva*” fue la sesión no indicaba un mayor impacto, debido a la posibilidad de haber negociado o resuelto estos momentos de Ruptura.

En relación con esto último, también resulta interesante considerar que los puntajes de Alianza que obtenga una sesión, quizás no estén directamente relacionados con las cantidades de Rupturas detectadas en la misma, ya que estos momentos de Rupturas, al ser negociados y resueltos, más bien favorecen un fortalecimiento de la Alianza Terapéutica.

Hasta acá, se han considerado algunas cuestiones en relación a la temática trabajada.

En relación a los resultados obtenidos en base al dispositivo implementado en la investigación realizada, en la cual se utilizó una muestra breve perteneciente a un caso único facilitada por el Equipo de Investigación, cabe considerar lo siguiente: Esta muestra fue brindada por un terapeuta perteneciente a una institución de atención y formación cognitiva, y es posible que el terapeuta -al acordar voluntariamente a la grabación de uno de sus casos de tratamiento- haya elegido algún caso con el que particularmente se sintiese seguro y cómodo, lo cual muy probablemente estuviese asociado a una elevada o alta Alianza Terapéutica.

Dicho esto, y teniendo en cuenta que en este trabajo se utilizaron los puntajes de Alianza de las sesiones como criterio de selección de la muestra, y que al momento de analizar los datos se fue observando en las seis sesiones que no resultaba evidente que la Alianza mediara en la relación entre Rupturas e Intervenciones, resulta interesante considerar lo siguiente: por un lado, que esto quizás tenga que ver con que realmente la relación entre Rupturas e Intervenciones se pueda observar de manera más directa al despejar la variable Alianza del medio, o bien, que esta dificultad de observar la inclusión de la Alianza en esa relación tenga que ver con las características propias del caso, anteriormente mencionadas.

Considerando todo esto, resulta interesante y quizás necesario para futuras investigaciones que contemplen el estudio de la calidad de la Alianza, sus Rupturas, y las Intervenciones Psicoterapéuticas, contar con muestras que tengan una forma de convocatoria o de selección de las díadas paciente-terapeuta de distinto orden. De este modo, se podría contar con muestras en donde no sea el terapeuta quien elige a los pacientes por una cuestión de conveniencia, sino que se pueda trabajar con material clínico perteneciente a díadas paciente-terapeuta con distintos tipos de vínculos y de relaciones terapéuticas.

Por otro lado, y teniendo en cuenta que en algunos de los análisis de datos presentados no se pudo observar alguna característica diferencial entre las sesiones que se desviaron de la media de especificidad de las intervenciones, y aquellas que no lo hicieron, resultaría interesante realizar este tipo de estudios con mayor cantidad de datos. Esto quiere decir, con datos que pertenezcan a una mayor cantidad de sesiones, sesiones que pertenezcan a su vez a una mayor cantidad de casos, y quizás aún, trabajar con casos pertenecientes a distintos marcos teóricos. De este modo, se podría encontrar, tal vez, alguna tendencia en los datos que resulte más significativa que aquello que se puede encontrar en una muestra breve de un caso único. Además, resultaría interesante investigar si en una muestra más grande se sigue observando una relación entre la especificidad de las intervenciones, y la cantidad de Rupturas en la Alianza.

Por otro lado, sería de interés confrontar los resultados obtenidos en este trabajo con aquello que sucede en otras díadas terapéuticas, ya que los resultados de este trabajo refieren a aquello que sucede en una única díada. De este modo, se podría evaluar si existe algún efecto de un mismo terapeuta, y de su estilo, en los resultados con distintos pacientes, así como también sería interesante preguntarse acerca de qué sucede en otras díadas, con distintos terapeutas.

Por otro lado, resultaría interesante realizar una futura investigación que contemple, dentro de las intervenciones específicas e inespecíficas, los tipos particulares de intervenciones (por ejemplo, la interpretación transferencial, la disputa racional, o bien la sugerencia o consejo) que se relacionan de tal o cual manera con la aparición de Rupturas. Otro desafío interesante sería el de investigar acerca de cómo maneja un terapeuta las intervenciones específicas e inespecíficas en los procesos de resolución de las Rupturas, o bien, qué estrategias emplea para utilizar estos momentos como oportunidades para alcanzar el cambio terapéutico en la clínica.

Habiendo considerado todo esto, cabe concluir que el trabajo realizado en esta investigación permitió alcanzar resultados interesantes que, como ya ha sido mencionado anteriormente, indican la existencia de una relación entre el tipo de Intervenciones que realiza el terapeuta en términos de su especificidad e inespecificidad, y la aparición de deterioros en la calidad de la Alianza Terapéutica.

6. Referencias Bibliográficas

- Ackerman, S.J., Hilsenroth, M.J. (2001). A Review of Therapist Characteristics and Techniques Negatively Impacting the Therapeutic Alliance. *Psychotherapy*, 38, 2, 171-185.
- Aspland, H., Llewelyn, S., Hardy, G.E., Barkham, M. y Stiles, W. (2008). Alliance Ruptures and Rupture Resolution in Cognitive-Behavior Therapy: A Preliminary Task Analysis. *Psychotherapy Research*, 18, 6, 699-710.
- Beutler, L.E., Machado, P.P., Neufeldt, S.A. (1994). Therapist Variables. En A. Bergin y S. Garfield (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (4ta ed.)*. New York: J. Wiley.
- Bordin, E.S. (1979). The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of the Working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 3, 252-260.
- Castonguay, L.G., Constantino, M.J., Holtforth, M.G. (2006). The Working Alliance: Where are We and Where Should We Go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 3, 271-279.
- Castonguay, L.G., Goldfried, M.R., Wiser, S., Raue, P.J. (1996). Predicting the Effect of Cognitive Therapy for Depression: A Study of Unique and Common Factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 3, 497-504
- Crits-Christoph, P., Connolly, M.B.C. (2001). Relational Interpretations. *Psychotherapy*, 38, 4, 423-428.
- Corbella, S., Botella, L. (2003). La Alianza Terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19, 2, 205-221.
- Eubanks-Carter, C., Muran, J.C., y Safran, J.D. (manuscrito no publicado). *Rupture Resolution Rating System (3RS): Manual*.
- Fernández-Álvarez, H. (1996). Características personales del psicoterapeuta. *Dinámica*, 1, 4, 323-330.
- Feixas, G., Botella, L. (2004). Psychotherapy Integration: Reflections and Contributions from a Constructivist Epistemology. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14, 2, 192-222.
- Feixas, G., Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Frank, J.D. (1981). Therapeutic Components Shared by All Psychotherapies. En Harvey J.H. y Parks M.M.(Ed.) *Psychotherapy Research and Behavior Change*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Freud, S. (1912). *Sobre la dinámica de la transferencia*. En Obras Completas (T.XII). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1913). *Sobre la iniciación del tratamiento*. En Obras Completas (T.XII). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1938). *Esquema de Psicoanálisis*. En Obras Completas (T.XXIII). Buenos Aires: Amorrortu.
- Goldfried, M.R., Castonguay, L.G., Hayes, A.M., Drozd, J.F., Shapiro, D.A. (1997). A Comparative Analysis of the Therapeutic Focus in Cognitive-Behavioral and Psychodynamic-Interpersonal Sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 5, 740-748.
- Goldfried, M.R., Raue, P.J., Castonguay L.G. (1998). The Therapeutic Focus in Significant Sessions of Master Therapists: A Comparison of Cognitive-Behavioral and Psychodynamic-Interpersonal Interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 5, 803-810.

- Greenson, R.R. (1965). The Working Alliance and the Transference Neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 77, 1, 77-102.
- Horvath, A.O. (2001). The Alliance. *Psychotherapy*, 38, 4, 365-372.
- Horvath, A.O., Greenberg, L.S. (1989). Development and Validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Consulting Psychology*, 36, 2, 223-233.
- Horvath, A. O., Symonds, B. D. (1991). Relation between Working Alliance and Outcome in Psychotherapy: A Meta Analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 2, 139-149..
- Horvath, A. O., Luborsky, L. (1993). The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 4, 561-573.
- Lambert, M.J., Shapiro, D.A., Bergin, A.E. (1986). The Effectiveness of Psychotherapy. En Garfield, S. y Bergin, A. (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (3ª ed.)*. New York: J. Wiley.
- Laplanche, J., Pontalis, J. (1996). *Diccionario de psicoanálisis (1ª ed. 8ªreimp.)*. Buenos Aires: Paidós.
- Martín, 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.
- Mergenthaler, E., Grill, S. (1996). Descripción de las reglas para la transcripción de sesiones en el campo de la investigación en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 5, 2, 163-176.
- Muran, J. C., Segal, Z. V., Samstag, L. W., Crawford, C. E. (1994). Patient Pretreatment Interpersonal Problems and Therapeutic Alliance in Short-Term Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1, 185-190.
- Orlinsky, D.E., Howard, K.I. (1986). Process and Outcome in Psychotherapy. En Garfield, S. y Bergin, A. (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (3ª ed.)*. New York: J. Wiley.
- Raue, P.J., Goldfried, M.R. Barkham, M. (1997). The Therapeutic Alliance in Psychodynamic-Interpersonal and Cognitive-Behavioral Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 4, 582-587.
- Roussos, A., Waizmann, V. y Etchebarne, I. (2003). Un esquema clasificatorio para las intervenciones en Psicoterapia. Publicado en *Memorias de las X Jornadas de Investigación: Salud, educación, justicia y trabajo*. Facultad de Psicología, UBA, Agosto. Tomo I, 98-101. (con referato realizado por pares).
- Roussos, A., Etchebarne, I., y Waizmann, V. (2005). Un esquema clasificatorio para las intervenciones en psicoterapia cognitiva y psicoanalítica. *Anuario de la Universidad de Buenos Aires*. V. XII, pp. 51-61.
- Roussos, A., Waizmann, V., y Etchebarne, I. (en prensa). Common Interventions in 2 Single Cases of Cognitive and Psychoanalytic Psychotherapies. *Journal of Psychotherapy Integration*.
- Safran, J.D. (1993). Breaches in the Therapeutic Alliance: An Arena for Negotiating Authentic Relatedness. *Psychotherapy*, 30, 1, 11-24.
- Safran, J.D., Crocker, P., McMain, S., Murray, P. (1990). Therapeutic Alliance Rupture as a Therapy Event for Empirical Investigation. *Psychotherapy*, 27, 2, 154-165.
- Safran, J.D., Muran, J.C., (1996). The Resolution of Ruptures in the Therapeutic Alliance. *American Psychological Association*, 3, 447-458.
- Safran, J.D., Muran, J.C. (2000). Resolving Therapeutic Alliance Ruptures: Diversity and Integration. *JCLP/ In session: Psychotherapy in Practice*, 56, 2, 233-243.

Safran, J.D., Muran, J.C., Samstag, L.W. y Stevens, C. (2002). Repairing alliance ruptures. En J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and Responsiveness to patients* (pp. 235 – 254). New York: Oxford University Press.

Safran, J.D., Segal, Z.V. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Buenos Aires: Paidós.

Saketopoulou, A. (1999). The Therapeutic Alliance in Psychodynamic Psychotherapy: Theoretical Conceptualizations and Research findings. *Psychotherapy*, 36, 4, 329-342.

Santibañez-Fernandez, P. (2003). *La Alianza Terapéutica en Psicoterapia: el "Inventario de Alianza de Trabajo"* en Chile. *Psyche*, 12, 1, 109-118.

Terraz, O., de Roten, Y., de Roten, F.C., Drappeau, M., y Despland, J.N. (2004). Sequential Therapist Interventions and the Therapeutic Alliance: A Pilot Study. *Schweizerarchiv Für Neurologie und Psychiatrie*, 155, 111-117.

Tichenor, V., Hill, C.E. (1989). A Comparison of Six Measures of Working Alliance. *Psychotherapy*, 26, 2, 195-199.

Trijsburg, R.W., Frederiks, G.C., Gorlee, M., Klouwer, E., den Hollander, A.M., Duivendoorn, H.J. (2002). Development of the Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale (CPIRS). *Psychotherapy Research*, 12, 3, 287-317.

Waizmann, V., Espíndola, I. y Roussos, A. J. (2009). Acerca de las rupturas de alianza terapéutica. En *Memorias del I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVI Jornadas de Investigación*. Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, UBA. (Agosto)

Waizmann, V., Etchebarne, I., Roussos, A. (2004). La interacción entre las intervenciones psicoterapéuticas de distintos marcos teóricos y los factores comunes a las psicoterapias. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 13, 3, 233-244.

Waizmann, V., Roussos, A. (2007). La Alianza Terapéutica y su Interacción con otros Factores en Psicoterapia. Publicado en *Memorias de las XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR: La investigación en Psicología, su relación con la práctica profesional y la enseñanza*. Facultad de Psicología, UBA, Agosto (con referato realizado por pares).

Wallerstein, R.S., DeWitt, K.N. (1997). Intervention Modes in Psychoanalysis and in Psychoanalytic Psychotherapies: A Revised Classification. *Journal of Psychotherapy Integration*, 7, 2, 129-150.

7. Anexos

7.1. Consentimiento Informado del Paciente

Modelo de Consentimiento informado a utilizar

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 10 / 7 / 2003

Yo, declaro conocer los objetivos generales de la investigación denominada "Estudio sobre las intervenciones terapéuticas " y accedo voluntariamente a que mis entrevistas sean desgrabadas y utilizadas como casuística de este estudio. Además, estoy informada/o acerca de las responsabilidades de los investigadores a cargo, que incluyen:

- a) preservar mi identidad mediante el uso de seudónimos en las desgrabaciones y b) brindarme las garantías necesarias para interrumpir este permiso cuando yo así lo decida sin ver afectada la calidad y continuidad de la asistencia que recibo.
- c) Comprometerse a que el material de las entrevistas solo será procesado por los miembros del equipo de investigación y no habrá mención alguna de datos personales en los resultados e informes científicos que se presenten sobre esta investigación.

Doy conformidad.

.....

NOTA : Este protocolo será completado por cada participante y archivado bajo responsabilidad del investigador principal.

7.2. Consentimiento Informado del Terapeuta

Para el terapeuta

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 10, 7, 2003

Yo, declaro conocer los objetivos generales de la investigación denominada "Estudio sobre las intervenciones terapéuticas" y accedo voluntariamente a que las sesiones privadas de psicoterapia sean desgrabadas y utilizadas como casuística de este estudio. Además, estoy informada acerca de las responsabilidades de los investigadores a cargo, que incluyen: a) preservar mi identidad mediante el uso de seudónimos en las desgrabaciones y b) brindarme las garantías necesarias para interrumpir este permiso cuando yo así lo decida.

Doy conformidad.

NOTA: Este protocolo será completado por cada participante y archivado bajo responsabilidad del investigador principal.

7.3. WAI-O-A [Inventario de Alianza de Trabajo, Observador, Argentina]

Nombres clave del paciente y terapeuta:.....
 Fecha de la sesión analizada:.....

INVENTARIO DE ALIANZA DE TRABAJO - A

Forma Observador

Instrucciones

En las siguientes paginas se plantean una serie de afirmaciones que describen algunas de las diferentes maneras en que la diada terapeuta/cliente puede interactuar en la terapia. Si hay una afirmación que describe la manera en que usted siempre (consistentemente) percibe la diada marque un círculo en el número 7; si nunca aplica a la diada marque un círculo en el número 1. Utilice los números intermedios para describir las variaciones entre estos extremos.

Bajo cada una de las afirmaciones hay una escala con puntaje de 1 a 7:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	Ocasionalmente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

Este cuestionario es CONFIDENCIAL.

Trabaje rápido; queremos conocer sus primeras impresiones.
 (POR FAVOR NO OLVIDE RESPONDER TODOS LOS ITEMS).

Gracias por su cooperación.

W.A.I.: A. Horvath, 1981, 1984.
 Versiones utilizadas para la realización: Adaptación chilena del I.A.T. (Santibañez, 2000), y española (Andrade, en preparación)
 Adaptación en Argentina: Walzmann, Serrano y Roussos

Puntajes: T: ----- M: ----- V: -----

1- Hay cierto disconfort en la relación.	1 Nunca	2 Rara vez	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 A menudo	6 Muy a menudo	7 Siempre
2- Hay acuerdo en relación a los pasos realizados para mejorar la situación del cliente.	1 Nunca	2 Rara vez	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 A menudo	6 Muy a menudo	7 Siempre
3- Hay preocupación con relación al resultado de las sesiones.	1 Nunca	2 Rara vez	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 A menudo	6 Muy a menudo	7 Siempre
4- Hay acuerdo sobre la utilidad de la actividad actual en la terapia (ej.: el cliente está viendo nuevas maneras de observar su problema).	1 Nunca	2 Rara vez	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 A menudo	6 Muy a menudo	7 Siempre
5- Hay buen entendimiento entre cliente y terapeuta.	1 Nunca	2 Rara vez	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 A menudo	6 Muy a menudo	7 Siempre
6- Hay una percepción compartida sobre las metas del cliente en la terapia.	1 Nunca	2 Rara vez	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 A menudo	6 Muy a menudo	7 Siempre
7- Se presenta cierta <u>confusión</u> entre el cliente y el terapeuta sobre lo que están haciendo en la terapia.	1 Nunca	2 Rara vez	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 A menudo	6 Muy a menudo	7 Siempre
8- El cliente y el terapeuta se agradan mutuamente.	1 Nunca	2 Rara vez	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 A menudo	6 Muy a menudo	7 Siempre
9- Hay necesidad de clarificar el propósito de las sesiones.	1 Nunca	2 Rara vez	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 A menudo	6 Muy a menudo	7 Siempre
10- Hay <u>desacuerdo</u> en cuanto a las metas de la sesión.	1 Nunca	2 Rara vez	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 A menudo	6 Muy a menudo	7 Siempre
11- Se percibe que el tiempo de la terapia no es aprovechado de manera eficiente.	1 Nunca	2 Rara vez	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 A menudo	6 Muy a menudo	7 Siempre
12- Se presentan dudas o falta de entendimiento sobre lo que los participantes intentan lograr en la terapia.	1 Nunca	2 Rara vez	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 A menudo	6 Muy a menudo	7 Siempre

IAT-A (O) p. 2

13- Existe un acuerdo sobre las responsabilidades del cliente en la terapia.	1 Nunca	2 Rara vez	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 A menudo	6 Muy a menudo	7 Siempre
14- Hay una percepción mutua de que las metas de la sesión son importantes para el cliente.	1 Nunca	2 Rara vez	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 A menudo	6 Muy a menudo	7 Siempre
15- Se percibe que lo que el cliente y el terapeuta están haciendo en la terapia <u>no</u> se relaciona con las preocupaciones actuales del cliente.	1 Nunca	2 Rara vez	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 A menudo	6 Muy a menudo	7 Siempre
16- Hay acuerdo entre paciente y terapeuta en que lo que están realizando en la terapia será de ayuda para que el cliente logre los cambios que quiere.	1 Nunca	2 Rara vez	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 A menudo	6 Muy a menudo	7 Siempre
17- El cliente es conciente de la genuina preocupación del terapeuta por su bienestar.	1 Nunca	2 Rara vez	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 A menudo	6 Muy a menudo	7 Siempre
18- Hay claridad en lo que el terapeuta quiere que haga el cliente.	1 Nunca	2 Rara vez	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 A menudo	6 Muy a menudo	7 Siempre
19- El cliente y el terapeuta se respetan mutuamente.	1 Nunca	2 Rara vez	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 A menudo	6 Muy a menudo	7 Siempre
20- El cliente siente que el terapeuta <u>no</u> es totalmente honesto en sus sentimientos hacia él/ella.	1 Nunca	2 Rara vez	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 A menudo	6 Muy a menudo	7 Siempre
21- El cliente tiene confianza en la habilidad del terapeuta para ayudarlo.	1 Nunca	2 Rara vez	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 A menudo	6 Muy a menudo	7 Siempre
22- El cliente y el terapeuta se encuentran trabajando en metas mutuamente acordadas.	1 Nunca	2 Rara vez	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 A menudo	6 Muy a menudo	7 Siempre
23- El cliente siente que el terapeuta lo aprecia como persona.	1 Nunca	2 Rara vez	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 A menudo	6 Muy a menudo	7 Siempre
24- Hay acuerdo en lo que es importante que trabaje el cliente.	1 Nunca	2 Rara vez	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 A menudo	6 Muy a menudo	7 Siempre

IAT-A (O) p. 3

25. Como resultado de estas sesiones hay claridad sobre cómo es posible que cambie el cliente.	1 Nunca	2 Rara vez	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 A menudo	6 Muy a menudo	7 Siempre
26. Hay confianza mutua entre el cliente y el terapeuta.	1 Nunca	2 Rara vez	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 A menudo	6 Muy a menudo	7 Siempre
27. El cliente y el terapeuta tienen ideas diferentes acerca de cuáles son los verdaderos problemas del cliente.	1 Nunca	2 Rara vez	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 A menudo	6 Muy a menudo	7 Siempre
28. Tanto el cliente como el terapeuta ven a su relación como algo importante para el cliente.	1 Nunca	2 Rara vez	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 A menudo	6 Muy a menudo	7 Siempre
29. El cliente teme que si dice o hace cosas incorrectas, el terapeuta dejará de trabajar con él/ella.	1 Nunca	2 Rara vez	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 A menudo	6 Muy a menudo	7 Siempre
30. Tanto el cliente como el terapeuta colaboraron en establecer las metas para la sesión.	1 Nunca	2 Rara vez	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 A menudo	6 Muy a menudo	7 Siempre
31. El cliente está frustrado con lo que se le pide que haga en la terapia.	1 Nunca	2 Rara vez	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 A menudo	6 Muy a menudo	7 Siempre
32. El cliente y el terapeuta han establecido un buen entendimiento de los cambios que serían buenos para el cliente.	1 Nunca	2 Rara vez	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 A menudo	6 Muy a menudo	7 Siempre
33. El cliente <u>no</u> encuentra el sentido del proceso terapéutico.	1 Nunca	2 Rara vez	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 A menudo	6 Muy a menudo	7 Siempre
34. El cliente <u>no</u> sabe qué esperar como resultado de la psicoterapia.	1 Nunca	2 Rara vez	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 A menudo	6 Muy a menudo	7 Siempre
35. El cliente cree que la manera en que se está trabajando con su problema es correcta.	1 Nunca	2 Rara vez	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 A menudo	6 Muy a menudo	7 Siempre
36. El cliente siente que el terapeuta lo respeta y se preocupa por él incluso cuando hace cosas que el terapeuta no aprueba.	1 Nunca	2 Rara vez	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 A menudo	6 Muy a menudo	7 Siempre

7.4. Tabla de Nivel Descriptivo de la CMIP

Tabla 1: Análisis descriptivo de intervenciones no específicas y/o comunes para tratamientos cognitivo-comportamentales (versión del 15/04/09, misma codificación que la versión del 13/06/07)		
Nombre	Cod.	Definición
No clasificable	1	El terapeuta realiza algún tipo de intervención no incluida dentro de la presente clasificación de intervenciones o la intervención es demasiado breve y/o ambigua como para ser claramente identificada.
Saludo	42	El terapeuta saluda al paciente. <i>Advertencia:</i> sólo debe aplicarse esta categoría cuando la intervención se presente en forma aislada dentro de una alocución del terapeuta.
Interacción de intencionalidad dudosa	43	El terapeuta manifiesta conductas tales como reírse, estornudar, toser o bostezar. <i>Advertencia:</i> sólo debe aplicarse esta categoría cuando la intervención se presente en forma aislada dentro de una alocución del terapeuta.
Demanda de información (modificada)	2	<p>El terapeuta solicita información sobre un tema en particular por medio de verbalizaciones ambiguas (tales como “Contame cómo te llevás con tu mamá”) o a través de preguntas con final abierto (por ejemplo, preguntando “¿Cómo te fue esta semana?” o “¿Sobre qué querés empezar hablando hoy?”). (Etchebarne, Fernández y Roussos, 2008). <i>Advertencia:</i> Esta categoría no debe utilizarse si la intervención se describe mejor como una intervención específica del marco teórico al que adhiere el terapeuta tratante (por ejemplo, la «Revisión de tareas inter-sesión» es un subtipo de demanda de información, específico de la terapia cognitiva).</p> <p>Por otro lado, si el terapeuta realizó una demanda de información del tipo, “¿Qué tal tu semana?”, no puede utilizarse la respuesta del paciente para clasificar el nivel de análisis de contenido de la intervención, ya que se desconoce si la respuesta del paciente coincide con la trama que tenía en mente el terapeuta o si es una asociación desencadenada a partir de la intervención. Por ejemplo, si el paciente contesta que le fue mal porque se peleó con su novio, ¿se puede asegurar que el terapeuta quería abordar dicha temática cuando realizó la intervención? No; por esta razón, el contenido se clasificará como «No clasificable» y no, como «Citas o relaciones de pareja».</p> <p>Por último, así como no toda «Demanda de información» es una interrogación, no toda interrogación es una «Demanda de información»: Como un terapeuta puede realizar otras intervenciones en forma de pregunta, ante una intervención presentada en modo interrogativo, sólo podrá asignársele alguna de las categorías de «Demanda de información» presentes en esta tabla, si no puede asignársele a dicha intervención ninguna otra categoría descriptiva. Por ejemplo, si el terapeuta pregunta, “¿Te diste cuenta que cuando te peleás con tu padre faltás a terapia sin avisar?”, dicha intervención será clasificada, únicamente, como una «Observación».</p>

<p>Demanda de mayor información</p>	<p>3</p>	<p>Subtipo de demanda de información en el cual, el terapeuta solicita al paciente que dé una descripción más detallada, en mayor profundidad, o que continúe hablando sobre el tema que acaba de mencionar. Por ejemplo, cuando el paciente viene hablando sobre un tema en particular y el terapeuta le pregunta “¿Y cómo sería eso?”, “¿Podrías darme un ejemplo?”, “¿En qué sentido?”, “¿Y qué más te dijo?”, “¿Por qué pensás eso?”, “¿Cómo te sentiste cuando te dijo que ya estaba todo bien?”, etc.</p> <p><u>Advertencia:</u> Esta intervención se diferencia de la «Demanda de información», en cuanto a que en esta última, se está interrogando en forma ambigua sobre algo desconocido que aún no se ha abordado en el momento de la intervención; mientras que en la «Demanda de mayor elaboración», se está abordando, también en forma ambigua, la temática presentada por el paciente en el instante previo a la intervención del terapeuta. En otras palabras; la «Demanda de mayor elaboración» presenta continuidad temporal con la alocución previa del paciente (modificación de Etchebarne, Fernández y Roussos, 2008).</p>
<p>Interrogación cerrada (modificada)</p>	<p>4</p>	<p>Subtipo de demanda de información en el cual el terapeuta realiza un pedido de información concreta frente al cual -por su formato-, el paciente puede responder en pocas palabras (por ejemplo, “¿Vos estás de acuerdo con eso?”, “¿Cuántos años tenés?”, “¿Es la primera vez que te pasa?”, etc.). <u>Advertencia:</u> A nivel de análisis descriptivo, esta categoría se aplica en base a la forma de la interrogación del terapeuta; es decir, independientemente de cómo responda el paciente. Asimismo, por más que el terapeuta interroge acerca de lo que el paciente acaba de decir, si el formato de su pregunta es el de una «Interrogación cerrada», se debe asignar dicha categoría. De lo contrario, se clasificará como una «Demanda de mayor elaboración».</p> <p>Por otro lado, tal como con los otros tipos de «Demanda de información», para la asignación de esta categoría, la presencia del modo interrogativo no es un prerequisite. El o la terapeuta puede realizar una «Interrogación cerrada» diciendo, por ejemplo, “Vos debés tener 24 años”.</p>
<p>Administración de escalas y/o cuestionarios (nueva)</p>	<p>41</p>	<p>Subtipo de demanda de información en el cual el terapeuta realiza una evaluación profusa sobre un tema en particular, a través de la aplicación de algún modelo de entrevista estructurada o semi-estructurada, o a través de la administración de cuestionarios formales tales como escalas diagnósticas, inventarios, etc. (modificación de «Interrogación directiva» de Etchebarne, Fernández y Roussos, 2008). <u>Advertencia:</u> Dado que las escalas y cuestionarios se conforman, principalmente, por distintos tipos de demandas de información, cuando el o la terapeuta realice algún tipo de «Demanda de información» que forme parte de una escala o cuestionario, a dicha intervención deberá clasificársela únicamente como una «Administración de escalas y/o cuestionarios».</p>

Recapitulación	5	<p>El terapeuta retoma cierta o ciertas temáticas (en forma sintetizada, en el segundo caso) que el paciente ha mencionado anteriormente dentro de la misma sesión o en el transcurso de otras.</p> <p><u>Advertencia:</u> esta categoría se diferencia de la «Síntesis» en cuanto que esta última presenta una continuidad temporal entre las afirmaciones del paciente y la intervención, ya que se refiere a lo que el paciente acaba de decir. La «Recapitulación», en cambio, se refiere a algo dicho en otro momento (no hay continuidad temporal).</p>
Anticipación (modificada)	6	<p>Ante silencios o trabas en el discurso del paciente, el terapeuta le aporta al paciente palabras que podrían representar lo que intenta decir.</p> <p><u>Advertencia:</u> sólo debe aplicarse esta categoría cuando la intervención se presente en forma aislada dentro de una alocución del terapeuta.</p>
Repetición (modificada)	7	<p>El terapeuta repite las últimas palabras de lo que el paciente está relatando.</p> <p><u>Advertencia:</u> sólo debe aplicarse esta categoría cuando la intervención se presente en forma aislada dentro de una alocución del terapeuta.</p>
Síntesis	8	<p>El terapeuta resume en pocas palabras lo que el paciente acaba de decir.</p>
Intervención de orden fático (modificada)	9	<p>El terapeuta realiza verbalizaciones que mantienen abierto el canal de comunicación, como, por ejemplo, empleando interjecciones tales como “mm”, “mj”, etc. y/o expresiones tales como “sí”, “claro”, “ya veo”, “te escucho”; entre otras posibilidades.</p> <p><u>Advertencia:</u> Toda intervención per sé es de orden fático; por lo tanto, sólo debe aplicarse esta categoría cuando la intervención se presente en forma aislada dentro de una alocución del terapeuta. Por otro lado, aquellas intervenciones a las que se les asigne esta categoría, serán clasificadas como «Interjecciones» en el <i>nivel de análisis de contenido</i> de las intervenciones, y como «No clasificable» en el <i>nivel de análisis espacio – temporal</i> de las intervenciones.</p>
Arquiescencia	10	<p>El terapeuta realiza un comentario conciso de asentimiento o acuerdo con respecto a una declaración o conducta realizada por el paciente (Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006; y Roussos, Waizmann y Etchebarne, 2003). Por ejemplo, puede afirmar al paciente que, lo que éste ha hecho o dicho es correcto, que está de acuerdo con él o ella sobre algún tema en particular, puede responder en forma afirmativa (dice “sí”) a una pregunta directa del paciente, etc.</p> <p><u>Advertencia:</u> No debe confundirse el “sí” que connota acuerdo, característico de la aquiescencia, con el “sí” equivalente a “te escucho” o “seguí hablando”, característico de una «Intervención de orden fático». Por otro lado, esta categoría se diferencia de un «Apoyo» en que una «Aquiescencia» es un mero acuerdo, consentimiento o aceptación de lo que está diciendo el paciente; mientras que un «Apoyo» trasciende al mero acuerdo y confirma al paciente en su accionar. En otras palabras, el «Apoyo» incluye un juicio valorativo por parte del terapeuta.</p>

Apoyo (modificada)	11	El terapeuta realiza una valoración positiva de un comentario, sentimiento y/o conducta realizada por el paciente. Esta categoría incluye desde una simple confirmación empática como, "Tomate tu tiempo", "La mayoría de las personas se sentirían así" o "¡Claro que estás enojado!", hasta aprobaciones explícitas y directas realizando elogios o actuando como sponsor o patrocinador del paciente, como, por ejemplo, realizando afirmaciones tales como "¡Muy bien!", "¡Vamos todavía!", "¡Eso es!", etc. (Modificación de "Apoyo directo" de Etchebarne, Fernández y Roussos, 2008).
Observación	70	El terapeuta le explicita (señala) al paciente algo que ha dicho, un rasgo, una costumbre, etc. <u>Advertencia:</u> Esta categoría no debe utilizarse si la intervención se describe mejor como una intervención específica del marco teórico al que adhiere el terapeuta tratante (por ejemplo, la «Identificación de pensamientos disfuncionales» es un subtipo de observación, específico de la terapia cognitiva-conductual).
Sugerencia o consejo	12	El terapeuta realiza una sugerencia directa sobre cómo debe comportarse el paciente. <u>Advertencia:</u> Esta categoría no debe aplicarse cuando la sugerencia es parte de una técnica cognitiva, como pueden ser las «Técnicas de distracción» o la «Búsqueda de soluciones alternativas» (Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006; Roussos, Waizmann y Etchebarne, 2003).
Información o explicación general	13	El terapeuta aporta al paciente información corriente o de conocimiento popular que éste desconoce (por ejemplo, le explica cómo tomarse un colectivo, etc.). <u>Advertencia:</u> Esta categoría se diferencia de una «Observación» porque esta última no es una explicación, sino una explicitación (muestra, destaca algo). Por otro lado, la presente categoría no debe utilizarse si la explicación se describe mejor como una intervención específica del marco teórico al que adhiere el terapeuta tratante. Por ejemplo, en una «Interpretación cognitiva» también se realiza una explicación sobre el sentido o significado de determinados aspectos que el paciente desconoce, pero, circunscripta a la perspectiva clínica que posee el terapeuta con respecto a determinada/s experiencia/s del paciente. Asimismo, en una «Psico-educación cognitiva» también se realiza una explicación sobre aspectos que el paciente desconoce, pero, circunscripta a temáticas psicológicas.

<p>Meta-intervención</p>	<p>15</p>	<p>El terapeuta realiza intervenciones cuyo objeto son sus propias intervenciones; es decir, realiza aclaraciones sobre el significado de haber realizado determinada intervención, cuestiona su propia intervención, etc. (modificación de “Meta-intervención” de Fiorini, 2000). Un ejemplo de esta intervención puede ser que el paciente no comprenda una intervención realizada por el terapeuta y éste requiera repetirla y/o explicarse; que el terapeuta reconozca que una intervención suya fue errada; etc. <u>Advertencia:</u> Cuando la «Meta-intervención» del terapeuta explicita supuestos psicológicos subyacentes a otra intervención realizada, deberá asignarse únicamente la categoría de «Psico-educación» cognitiva.</p> <p>En el nivel de análisis espacio – temporal de las intervenciones, esta categoría siempre se clasificará como «Espacio terapéutico» y la clasificación de su orientación temporal dependerá del momento en el que se realizó la intervención a la que se refiere la «Meta-intervención». La única excepción a esta regla consiste en que la «Meta-intervención» se refiera a una intervención telefónica, en cuyo caso, la clasificación de la <i>orientación espacial</i> de la «Meta-intervención» será el lugar físico desde donde se comunicó el paciente.</p> <p>Por último, para clasificar el nivel de análisis de contenido de la «Meta-intervención», deberá tomarse en cuenta la o las temáticas abordadas tanto en la «Meta-intervención» como en la intervención de referencia. Por ejemplo, un terapeuta pudo meta-intervenir aclarándole a su paciente que le preguntó, durante la sesión, por qué evaluaba negativamente su situación laboral, para entender cómo piensa y no, para contradecirlo. Este caso, debería clasificarse a nivel de análisis de contenido como una fusión de los contenidos «Actividades laborales» y «Cogniciones». A nivel espacio – temporal, se lo clasificaría como «Espacio terapéutico» y «Tiempo presente y pasado inmediato».</p>
<p>Puesta de límites</p>	<p>16</p>	<p>El terapeuta impone o exige el cumplimiento de requisitos especiales para aceptar o mantener al paciente en tratamiento (como por ejemplo, el control de determinados síntomas o conductas). Todos ellos llevan consigo la connotación de un ultimátum (modificación de la definición de Wallerstein y DeWitt, 2000).</p>
<p>Instrucciones u operaciones de encuadre (modificada)</p>	<p>18</p>	<p>El terapeuta presenta o modifica especificaciones relativas a la modalidad interaccional, espacial y temporal que habrá de asumir la relación terapéutica: lugar físico (dirección de la institución o consultorio privado del terapeuta), ubicación y rol de los participantes, duración y frecuencia de las sesiones, ausencias, modificaciones, retribuciones y aspectos técnicos (modificación de la definición de Fiorini, 2000).</p> <p><u>Advertencia:</u> sólo debe codificarse “18” si el evaluador identifica una instrucción u operación de encuadre ausente en la presente clasificación. Por otro lado, aquellas intervenciones a las que se les asigne esta categoría (o cualquiera de sus subtipos), serán clasificadas como «Encuadre y procesal» en el nivel de análisis de contenido de las intervenciones.</p>

19	A) Establecimiento o modificación de la frecuencia de las sesiones.
	B) Establecimiento o modificación de sesiones de emergencia o complementarias:
20	(i) en el consultorio.
21	(ii) en el hogar del paciente.
22	(iii) telefónicas o por medio de internet.
23	C) Establecimiento o modificación de la duración de las sesiones.
24	<p>D) Presentación o modificación de la modalidad de trabajo (cara a cara, diván, descripción de una técnica específica, etc.).</p> <p><u>Advertencia:</u> Cuando la intervención del terapeuta se refiere a una técnica en particular como, por ejemplo, un «Ensayo cognitivo», deberá discriminarse entre la presentación de una técnica y su implementación directa. Es decir, si el terapeuta le explica al paciente que, durante el tratamiento, podrá solicitarle que ensaye conductas mentalmente, deberá asignarse esta categoría; mientras que si el terapeuta directamente le solicita al paciente que ensaye mentalmente una conducta, sin introducir una descripción de esa técnica, dicha intervención deberá clasificarse como «Ensayo cognitivo».</p> <p>Por otro lado, esta instrucción u operatoria de encuadre se diferencia de la «Socialización del tratamiento» en que ésta última no se refiere a una técnica en particular -ni a particularidades de la modalidad de trabajo (si bien puede desembocar en este tema). Asimismo, se diferencia, de una «Meta-intervención» en que ésta última, más que una presentación de una intervención, es una justificación de la implementación de alguna intervención ya realizada. Esta categoría, en cambio, se refiere a intervenciones o técnicas que aún no se han implementado.</p>
25	E) Terminación impuesta.
26	F) Terminación gradual.
27	G) Aumento o disminución de honorarios (sesión o tratamiento completo).
28	H) Derivación del paciente a otro terapeuta.
29	I) Suspensión momentánea del tratamiento por motivos personales o accidentales del terapeuta.
30	J) Suspensión momentánea del tratamiento por motivos personales o accidentales del paciente.
31	K) Establecimiento o modificación del horario o día de la o las sesiones (modificación de la definición de “parámetros” realizada por Wallerstein y De Witt, 2000).

Contactos con terceras partes	32	El terapeuta realiza una intervención en la que hace referencia al contacto directo que ha establecido él o ella, con personas externas a la díada paciente - terapeuta. <i>Advertencia:</i> esta intervención se refiere a contactos efectuados únicamente por parte del terapeuta (no, por parte del paciente) y sólo debe codificarse "32" si el evaluador identifica un contacto con terceras partes ausente en la presente clasificación.
	33	A) Contacto directo con familiares del paciente.
	34	B) Contacto directo con personas pertenecientes a la red cercana del paciente (amistades, pareja, profesores, jefes, etc.).
	35	C) Contacto directo con otros profesionales de la salud que también estén tratando al paciente (o que lo han tratado anteriormente) (modificación de la definición de Wallerstein y De Witt, 2000).
	38	D) Contacto directo con otros profesionales vinculados en el o la paciente (por ejemplo, abogados, jueces, profesores, etc.)
Cierre de sesión	36	El terapeuta da por terminada la sesión.

7.5. Tabla de la Clusterización del Nivel Descriptivo de la CMIP

Clusterización de las intervenciones no específicas, específicas cognitivo-conductual y específicas psicoanalíticas (versión del 20-04-09)												
Interv. no específicas			Interv. específicas psicoanalíticas			Interv. específicas cognitivas			Interv. específicas conductuales			
Cluster	Intervenciones	Código	Cluster	Intervenciones	Código	Cluster	Intervenciones	Código	Cluster	Intervenciones	Código	
Interv. interrogativas abiertas (open ended interrogative interventions)	Demanda de información	A1	Interv. interrogativas abiertas (open ended interrogative interventions)		A2	Interv. interrogativas abiertas (open ended interrogative interventions)	Significado idiosincrásico	A3	Interv. interrogativas abiertas (open ended interrogative interventions)		A4	
	Demanda de mayor elaboración						Revisión de tareas inter-sesión					
Interv. interrogativas cerradas (closed interrogative interventions)	Preguntas cerradas	B1	Interv. interrogativas cerradas (closed interrogative interventions)		B2	Interv. interrogativas cerradas (closed interrogative interventions)		B3	Interv. interrogativas cerradas (closed interrogative interventions)		B4	
	Administración de escalas y/o cuestionarios											
Interv. empáticas (empathic interventions)	Anticipación	C1	Interv. empáticas (empathic interventions)		C2	Interv. empáticas (empathic interventions)	Comunicación personal	C3	Interv. empáticas (empathic interventions)		C4	
	Repetición											
	Síntesis											
	Interven. de orden fático											
	Aquiescencia											
Apoyo												
Interv. explicativas (explicative interventions)	Información o explicación	D1	Interv. explicativas (explicative interventions)	Interpretación psicoanalítica	D2	Interv. explicativas (explicative interventions)	Interpretación cognitiva	D3	Interv. explicativas (explicative interventions)		D4	
	Explicación del fundamento Teórico (solo trat. psicoanal)						Socialización del tratamiento					
	Información o explicación psicológica (solo trat. psicoanal)						Psico-educación					
	Meta-intervenciones						Disputa racional					
							Técnicas de reatribución					
							Identificación de pensamientos disfuncionales					
							Reencuadre					
		Etiquetamiento de las distorsiones										
Interv. indicativas (indicative interventions)	Sugerencia o consejo	E1	Interv. indicativas (indicative interventions)	Asociación libre	E2	Interv. indicativas (indicative interventions)	Directivas	E3	Interv. indicativas (indicative interventions)	Práctica masiva	E4	
	Instrucción u operaciones de encuadre						Técnicas de distracción					
	Puesta de límites						Intervenciones corporales					

	Cierre de session						Asignación de tareas				
							Asignación gradual de tareas				
							Auto-registro				
							Técnica del rol fijo				
							Uso de auto-aseeraciones				
							Biblioterapia				
							Trabajo con imágenes				
							Búsqueda de soluciones alternativas				
							Consecuencias fantaseadas				
							Valoración de dominio y agrado o auto-observación				
Otras interv. (other interventions)	Contactos con 3 partes	F1	Otras interv. (other interventions)		F2	Otras interv. (other interventions)		F3	Otras interv. (other interventions)	Castigo	F4
Interv. de revisión (reasses sing interventi ons)	Observación (solo tratam. cognitivos)	G1	Interv. de revisión (reasses sing interventi ons)	Señalamiento	G2	Interv. de revisión (reasses sing interventi ons)	Ensayo conductual y role playing	G3	Interv. de revisión (reasses sing interventi ons)		G4

Racapatulación		Confrontación			Ensayo cognitivo					
					Comprobación de hipótesis (técnica)					
					Análisis de costos y beneficios					
							Interv. de exposición (exposure interventions)	Exposición situacional	H	
							Exposición imaginaria			
							Exposición interoceptiva			
							Modelado o exposición vicaria			
Saludos (greetings)										X
Interacciones de dudosa intencionalidad tales como una risa, estornudo o tos (interactions of dubious intentionality such as laughing, sneezing or coughing)										Y
Interv. no clasificables (non classifiable interv.)										Z

7.6. Sumario de Rupturas del S3R-A

SUMARIO DE DEFINICIONES Y EJEMPLOS DE TIPOS DE RUPTURAS

Retirada	
Negación	<p>El paciente niega un estado de ánimo que es manifiesto, evidente, o el paciente niega la importancia de los eventos o relaciones interpersonales (p.ej., racionalización). Notar que esto no es lo mismo que “estar en negación”, o que la negación como mecanismo de defensa.</p> <p>El paciente parece muy enojado – hablando en voz alta, ruborizándose, expresando ira y hostilidad hacia la esposa.</p> <p>Terapeuta: Usted parece estar muy enojado con su esposa.</p> <p>Paciente: No, no, no estoy enojado.</p>
Respuesta mínima	<p>El paciente ofrece respuestas mínimas ante los esfuerzos del terapeuta por explorar y comprender la experiencia del paciente (p.ej., el paciente responde con respuestas cortas, recortadas ante preguntas abiertas o exploradoras). El no dar respuesta – un silencio – sería la máxima respuesta mínima. Sin embargo, tomar en cuenta que la respuesta mínima debe estar en un contexto de retirada – una respuesta corta que es apropiada para una situación dada, no se codifica aquí.</p> <p>Paciente: Tal vez, No lo sé.</p> <p>Terapeuta: ¿Podría decir algo más sobre eso?</p> <p>Paciente: Es posible, eso es todo. Sí y no.</p> <p>Terapeuta: Usted parece estar muy enojado con su esposa.</p> <p>Paciente: Hmm.</p>
Comunicación Abstracta	<p>El paciente evita entrar en contacto con sentimientos dolorosos o negativos, a través del uso de lenguaje abstracto cuando habla sobre cuestiones o situaciones interpersonales difíciles. El paciente puede intelectualizar al concentrarse en conceptos racionales y terminología compleja. O puede realizar declaraciones vagas, globales que aluden a algo que es relevante para la relación terapéutica, en lugar de plantear directamente sus sentimientos. Si el paciente está expresando una queja o preocupación de manera indirecta, entonces el ítem debería ser codificado doblemente como confrontación y como retirada, como en el segundo ejemplo que sigue.</p> <p><i>Terapeuta: Debe haber sido un gran golpe, cuando su esposa obtuvo ese trabajo nuevo y decidió mudarse fuera de casa.</i></p>

	<p>Paciente: <i>Bueno, el que se haya ido fue bastante importante. Era como un renacimiento político para ella, después de haber estado inactiva por tanto tiempo. El proceso fue inevitable, tal como yo lo comprendo. Les está ocurriendo a tantas mujeres hoy en día, mujeres quienes anteriormente hubiesen dejado de trabajar cuando se casaban y nunca hubiese regresado.</i></p> <p>En una sesión en donde el terapeuta ha estado asignándole al paciente tareas para el hogar, el paciente concuerda con las tareas, pero después menciona en terapia:</p> <p>Paciente: <i>Detesto cuando la gente me dice qué hacer.</i></p> <p>Código: comunicación abstracta y queja sobre el terapeuta.</p>
<p>Evitación del recuento de historias y/o cambio de tema</p>	<p>El paciente cuenta historias y/o cambia de tema como modo de evitar temas, cuestiones o situaciones estresantes; esto puede incluir el intento de evitar conflicto con el terapeuta a través del recuento de historias entretenidas. Estas historias pueden ser largas y muy elaboradas, o pueden ser relativamente breves. Pueden desviarse por la tangente, o eventualmente regresar al tema de primera mano. Lo importante es que al cambiar de tema y/o contar una historia, el paciente evita la comunicación franca, directa con el terapeuta.</p> <p>Terapeuta: <i>Me imagino que se debe sentir muy mal con respecto a eso.</i></p> <p>Paciente: <i>Cómo me siento. No estoy seguro, lo sé. Parece que ha sido hace tanto tiempo. Pasó el jueves, que fue el cumpleaños de John, así que salimos a desayunar en un pequeño café acá cerca. Hacía un clima espectacular ese día, así que nos sentamos afuera. Después, regresamos al departamento y discutíamos si tomar el subterráneo o tomar un taxi. Nos decidimos por el subterráneo, lo cual por supuesto hizo que nos retrasáramos. Cuando finalmente llegamos...</i></p> <p>Recuerde que la historia o cambio de tema debe ser parte de una retirada. Por lo tanto, por ejemplo, si un paciente cambia de tema no por evitar, sino al contrario para profundizar el trabajo de terapia, esto no debería codificarse aquí (“Yo sé que estamos hablando sobre mi trabajo, pero me acabo de acordar de algo que sucedió con mi novio que realmente quiero discutir con usted...”).</p> <p>Una historia que es relevante y productiva, pero de igual manera parece tener una cualidad de evitación (p.ej., en algo circunstancial), podría recibir un visto menos.</p>

<p>Hablar sobre las reacciones de otros</p>	<p>El paciente invierte una cantidad de tiempo exorbitante en hablar sobre la reacción de otra persona o reacciones de “la mayoría de gente” (en lugar de las reacciones propias) ante relaciones interpersonales o situaciones que él/ella encuentra difíciles.</p> <p>Terapeuta: <i>Creo que usted encontró difícil conocerlo a él de esa manera, un poco difícil.</i></p> <p>Paciente: Bueno, su reacción fue más que interesante, para decir la verdad. Estaba confundido por mi reacción, no se lo esperaba, ya sabe. Parecía que no podría encontrar nada que decir. Eventualmente, empezó a hablar sobre algo realmente irrelevante y estúpido...</p>
<p>Deferente y Aplacante</p>	<p>El paciente se muestra en demasía dispuesto a acatar los deseos de otros y se somete al terapeuta en un modo deferente.</p> <p>Terapeuta: <i>El completar estos registros de pensamiento cada día nos ayudará a tener un mejor entendimiento de sus pensamientos en su humor.</i></p> <p>Paciente: <i>Si usted cree que eso es lo que debería hacer, doctor Jones, entonces por supuesto que lo haré. Creo que será de gran ayuda.</i></p>
<p>División Contenido/Afecto</p>	<p>El contenido de la narrativa del paciente no coincide con su expresión afectiva.</p> <p>Paciente: (Sonriendo). Sí, ha sido una semana bastante dura. Mi madre ha estado muy enferma. Todavía estamos esperando a saber los resultados de los exámenes.</p> <p>El paciente se retira de la interacción con el terapeuta al retraerse en un proceso depresivo de autocrítica y/o desesperanza que parece dejar fuera al terapeuta y cerrar cualquier posibilidad de que este último o el tratamiento puedan ayudar al paciente. El paciente puede engancharse en este proceso como un medio para evitar el conflicto con el terapeuta.</p> <p>Notar que los pacientes pueden ser autocríticos o desesperanzados pero aún así encontrarse comprometidos en la interacción con el terapeuta, y pueden explorar estos sentimientos con el terapeuta en una manera colaboradora. Para recibir el código de autocrítica/desperanza, el comportamiento del paciente debe estar contribuyendo a una retirada.</p> <p>Paciente: <i>No sé si un tratamiento de corto tiempo pueda ayudarme. Probablemente necesite quedarme en terapia por años y años. Simplemente siento que no puedo ser ayudado.</i></p> <p>Terapeuta: <i>Suena usted muy desesperanzado.</i></p> <p>Paciente: <i>Es que simplemente soy demasiado inútil. No hay nada que usted o cualquier persona pueda hacer.</i></p> <p>Terapeuta: <i>¿Podemos explorar esto? Aquí estamos topando creencias nucleares.</i></p> <p>Paciente: <i>No, no tiene sentido explorarlas. Es algo que no se puede cambiar.</i></p>

Subterfugio (escapatoria)	<p>El paciente se aleja de una posición autoritaria o desafiante; el paciente intenta enmendar o suavizar un sentimiento negativo. Esto seguirá típicamente a un indicador de confrontación, como en el ejemplo que sigue. Ambos indicadores deberían ser codificados.</p> <p>Paciente: <i>Me estoy sintiendo un poco irritado con usted, pero no es nada importante.</i></p>
Confrontación	
Quejas/ preocupaciones sobre el terapeuta	<p>Esto incluye quejas/preocupaciones sobre el terapeuta como persona:</p> <p>El paciente se siente de modo negativo con respecto al terapeuta. El paciente puede experimentar sentimientos negativos (p.ej., enojado, impaciente, desconfiado, manipulado, dolido, juzgado, controlado, rechazado), o puede sentir que el terapeuta ha fallado en apoyarlo/a, alentarle/a, o respetarlo/a. El paciente puede criticar el estilo interpersonal del terapeuta.</p> <p>Paciente: <i>Estaba pensando sobre algunas de las cosas que me dijo la semana pasada. No estuve muy contento con ellas. No tanto por lo que dijo, sino por la manera en la que las dijo. Me puso entre la espada y la pared.</i></p> <p>Y quejas/preocupaciones sobre la competencia del terapeuta:</p> <p>El paciente está insatisfecho con o tiene dudas sobre la competencia del terapeuta, cuestionando sus habilidades. El paciente está criticando qué tan bien está actuando el terapeuta – esto es diferente de quejarse sobre la intervención en sí misma. Si el paciente expresa desagrado por una intervención, pero no sugiere o insinúa que el terapeuta está ejecutando la intervención de manera pobre, entonces codificar como queja de actividades.</p> <p>Paciente 1: <i>Me sorprendí cuando usted me enfrentó con eso en la primera sesión. No hubiese pensado que esa era la manera de ayudar a la gente.</i></p> <p>Paciente 2: <i>No entiendo por qué es tan difícil. Me manejé bien con el Dr. Philips. Solíamos conversar bastante bien... No me dejaba sentado en silencio al inicio de una sesión, o llorando por minutos al final sin que usted me diga nada.</i></p>

<p>Paciente rechaza la formulación, interpretación, o intervención del terapeuta en una manera no-colaborativa</p>	<p>El paciente rechaza o desecha la visión o interpretación del terapeuta sobre el paciente y/o su situación, o el paciente rechaza o desecha el esfuerzo del terapeuta por intervenir (p.ej., el terapeuta intenta ofrecer apoyo y el paciente rechaza al terapeuta de manera hostil). Este rechazo debe ser no-colaborativo –obstruye o dificulta una relación de trabajo buena entre paciente y terapeuta (p.ej., el paciente es muy hostil, o condescendiente). Si el paciente está en desacuerdo con una interpretación o formulación del terapeuta, pero puede expresar esto de manera colaboradora (p.ej., “no, no creo que eso sea lo que me causa ansiedad. Más bien se trata de...”), entonces esto NO es una ruptura y no debería ser codificada aquí.</p> <p>Si el paciente está en desacuerdo con, desecha o rechaza una tarea – una actividad en la cual el terapeuta quisiera que el paciente participe, como por ejemplo completar un registro de pensamiento o hacer un ejercicio de dos sillas – entonces clasificar Queja/preocupación sobre actividades.</p>
<p>Quejas/ preocupación sobre las actividades de la terapia</p>	<p>El paciente no comprende qué se espera que él/ella haga, cómo se espera que él/ella lo haga, y/o por qué se espera que él/ella lo haga.</p> <p>El paciente expresa descontento o incomodidad con las tareas o metas de terapia.</p> <p>El paciente expresa dificultad con la idea de estar en terapia, o afirma que él/ ella no necesita terapia.</p> <p><i>Paciente1: Realmente no entiendo lo que me está pidiendo. No entiendo ese asunto de “sentir adentro”.</i></p> <p><i>Paciente 2: Lo siento, sé que esto ya ha saltado antes, pero no veo de qué sirve, hablar sobre estas cosas displacenteras que pasaron hace tanto en el pasado.</i></p> <p><i>Paciente 3: No creo que yo debería estar aquí, perdiendo el tiempo de todos.</i></p> <p><i>Paciente 4: Mientras estaba de vacaciones, me sentía mucho mejor que lo que pensé, probablemente no tenía mucho sentido el que viniera más. Las cosas en el trabajo parecen mucho más asentadas ahora y no quiero que se revuelvan.</i></p>

<p>Quejas/ preocupaciones sobre los parámetros de terapia</p>	<p>Esto incluye quejas y preocupaciones sobre el horario de terapia (p.ej., horarios de cita, duración de la sesión, número y frecuencia de las sesiones) y el contrato de investigación (p.ej., completar el PSQ's, ser grabado con video).</p> <p>Paciente: <i>Siento que me despide justo cuando las cosas están empezando a andar. Parece que al momento de haber empezado, ya es momento de terminar.</i></p> <p>Paciente: <i>Simplemente no entiendo qué es lo que esas preguntas, de ese modo, están buscando. Ninguna de ellas encaja con mi experiencia.</i></p>
<p>Quejas/ preocupaciones sobre el progreso en terapia</p> <p>Paciente se defiende en contra del terapeuta</p> <p>Esfuerzos directos por controlar/ presionar al terapeuta</p>	<p>El paciente duda sobre el progreso que puede realizarse o que ya se ha llevado a cabo en terapia.</p> <p>Paciente: <i>He estado viviendo desde hace cuatro semanas, y realmente no puedo pensar en algo que haya cambiado.</i></p> <p>El paciente defiende sus pensamientos, sentimientos, o comportamiento en contra de lo que él/ella percibe como una crítica o juicio por parte del terapeuta. Nótese que el terapeuta no tiene que haber criticado realmente al paciente para que éste último se muestre a la defensiva. También, nótese que la defensa está dirigida al terapeuta – no codificar si es que el paciente se está defendiendo en contra del criticismo de otra persona.</p> <p>Terapeuta: <i>¿Es eso lo que usted realmente quiere hacer, o es acaso lo que usted cree que él quiere que usted haga?</i></p> <p>Paciente: <i>¡Es lo que yo quiero! La verdad es que soy bastante capaz de pensar por mí mismo. Sólo porque yo me interese en los sentimientos de él, no me convierte en un chupado.</i></p> <p>El paciente intenta controlar directamente al terapeuta, p.ej., el paciente le dice al terapeuta qué hacer, el paciente presiona al terapeuta para que arregle sus problemas pronto.</p> <p>Paciente: <i>Esta semana es mía. No quiero que desperdiciemos el tiempo esta semana. Quiero saber cómo funciona esta terapia y cómo me va a ayudar con mis problemas. Quiero una respuesta directa y concreta. Diga algo que tenga sentido.</i></p>

Misceláneas	
Misceláneas (p.ej., comportamiento seductor, amigable en demasía y comportamiento casual)	Una ruptura que no encaja en ninguna de las categorías anteriores. Rupturas donde el paciente parece estar haciendo algo inapropiado in el contexto de la relación terapéutica entra aquí. Por ejemplo, el paciente es coqueto y seductor; paciente que llama al terapeuta “cariño”; paciente que dice “Ey, qué tal?”, al terapeuta en un modo que se siente inapropiadamente casual.

7.7. Grilla de Evaluación de Rupturas

Retirada	Presencia (✓-, ✓, ✓+) y Horario en el cual aparece el indicador	1-5 Evaluación
Negación		
Respuesta Mínima		
Comunicación Abstracta		
Evitación del recuento de historias y/o cambio de tema		
Hablar sobre las reacciones de otros		
Deferente y Aplacante		
División Contenido/Afecto		
Autocrítica y/o Desesperanza		
Subterfugio (escapatoria)		

Confrontación		
Quejas/preocupaciones sobre el terapeuta		
Paciente rechaza la formulación, interpretación, o intervención del terapeuta en una manera no-colaborativa.		
Quejas/preocupación sobre las actividades de la terapia		
Quejas/preocupaciones sobre los parámetros de terapia		
Quejas/preocupaciones sobre el progreso en terapia		
Paciente se defiende en contra del terapeuta		
Esfuerzos directos por controlar/presionar al terapeuta		
Misceláneas (p.ej., comportamiento seductor, amigable en demasía y comportamiento casual)		

Evaluación global de Retirada (1-5): _____

Evaluación global de Confrontación (1-5): _____

7.8. Criterios de la Puntuación Global de Rupturas del S3R-A

Evaluación	Relevancia para el Proceso Interpersonal
1	No es relevante, impacto mínimo en la relación.
2	
3	Moderadamente relevante, impacto moderado en la relación
4	
5	Muy relevante, impacto mayor en la relación

