REVISTA
CES PSICOLOGÍA

Artículo de investigación

Activación de Recursos durante la primera sesión de psicoterapia y su relación con el cambio terapéutico temprano*

Resource Activation during the first psychotherapy session and its relation with early therapeutic change

José Domingo Salvo Rivera [1-2] ✉ ORCID, Mariane Krause Jacob [1] ✉ ORCID, Lucas Uribe Pesqueira [2] ✉, Ivonne Ramírez Claveriè [2] ✉

* Artículo derivado de la tesis del primer autor para optar al grado de Doctor en Psicoterapia en la Pontificia Universidad Católica de Chile (2020).

[1] Pontificia Universidad Católica de Chile. Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP), Chile.
[2] Centro de Entrenamiento en Psicoterapia y Coaching, Centro MIP, Chile.

Fecha correspondencia:
Recibido: diciembre 31 de 2020.
Aceptado: agosto 16 de 2022.

Forma de citar:
Salvo Rivera, D., Krause, M., Uribe, L., & Ramírez I. (2022). Activación de Recursos durante la primera sesión de psicoterapia y su relación con el cambio terapéutico temprano. *Rev. CES Psico, 15*(3), 81-96. https://dx.doi.org/10.21615/cesp.6052

Open access
© Derecho de autor
Licencia creative commons
Ética de publicaciones
Revisión por pares
Gestión por Open Journal System
DOI: 10.21615/cesp.6052
ISSNe: 2011-3080

Publica con nosotros

Resumen

Objetivo: determinar diferencias en el grado en que los terapeutas enfocan sus intervenciones en activar recursos de los consultantes durante la primera sesión en procesos de psicoterapia con y sin resultados terapéuticos tempranos (RT), y caracterizar dichas intervenciones. **Método:** se utilizó una muestra de 32 procesos de psicoterapia con pacientes ambulatorios, realizados en contextos de prestación rutinaria de servicios y conducidos por terapeutas de distintas orientaciones teóricas. Estos procesos se agruparon según la presencia o ausencia de RT, evaluada a partir de la diferencia de puntajes en el reporte de bienestar de los consultantes entre la primera y la cuarta sesión, a través del Cuestionario de Autoreporte de Resultados (Outcome Questionnaire -OQ-45.2.-). Y el grado en que la actividad de los terapeutas se enfocó en la Activación de Recursos (AR) se evaluó mediante el *Wirkfaktoren-K* (WIFA-K. Factores de Efectividad de Klaus Grawe) para jueces independientes. Posteriormente, se realizó una prueba t de varianzas desiguales de Welch, a partir de los promedios de puntajes de la AR en ambos grupos. **Resultados:** se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos; específicamente, los terapeutas del grupo Con RT dedicaron tres veces más tiempo de la sesión a trabajar en la AR que los del grupo

Sin RT. Adicionalmente, se ofrece evidencia detallada respecto de la variación del foco en la AR a lo largo de la sesión y la proporción en que distintos contenidos relacionados con la AR son abordados en ambos grupos.

Palabras clave: Activación de Recursos; psicoterapia; fortalezas; resultados terapéuticos tempranos; cambio terapéutico.

Abstract

Objective: the objective of this paper is to determine the differences in the degree to which therapists focus their interventions on activating clients' resources during the first session of psychotherapy processes with and without Early Therapeutic Outcomes (ETO), and to characterize these interventions. **Method:** a sample of 32 outpatient psychotherapy processes was collected, carried out in routine service delivery contexts and conducted by therapists with different theoretical orientations. The therapies were grouped according to the presence or absence of ETO, evaluated from the difference in well-being reported by clients between the first and fourth session, through the Outcome Questionnaire (OQ-45.2; Lambert et al.,1996). To assess the extent to which the therapists' activity focused on RA in both groups, the Wirkfaktoren-K (Klaus Grawe Effectiveness Factors; von Consbruch et al., 2013) instrument was used by independent judges. Subsequently, a Welch's t-test of unequal variances was performed, based on the averages of AR scores, between both groups. **Results:** significant differences were found between both groups. Specifically, therapists in the "With ETO" group spent 3 times more minutes working on RA than those in the "Without ETO" group. In addition, detailed evidence is provided on the variation of the focus on RA throughout the session and the proportion in which different RA-related content is addressed in both groups.

Keywords: Resource activation; psychotherapy; strengths; early outcome; therapeutic change.

Introducción

Hacia finales del siglo XX, una vez acumulada evidencia suficiente respecto de la efectividad de la psicoterapia para aliviar el malestar psicológico y mejorar el funcionamiento y calidad de vida de los consultantes y, por otro lado, de la equivalencia en cuanto a la efectividad de los distintos enfoques psicoterapéuticos, el interés de la investigación empírica comenzó a centrarse en el estudio de factores comunes entre estos (Eysenck, 1994; Goldfried et al., 1998; Stiles et al., 1990). En este contexto, a partir de un metaanálisis sobre efectividad en psicoterapia Klaus Grawe (Grawe et al., 1994; Grawe, 1997) abstrae teóricamente cuatro mecanismos genéricos relacionados con la efectividad en psicoterapia, a saber: a) Maestría; b) Clarificación; c) Activación de Problemas y; d) Activación de Recursos.

La activación de Recursos (en adelante AR), mecanismo en el que se centra el presente estudio, se entiende como el uso de los recursos de los consultantes, especialmente en términos de sus

características, habilidades y disposición motivacional, al servicio del trabajo terapéutico (Grawe, 1997). Comprende todas las acciones realizadas por el terapeuta orientadas a favorecer que el paciente tenga una percepción positiva de sí mismo y una experiencia de mayor competencia respecto de la situación que le trae a consultar (Grawe & Grawe-Gereber, 1999).

Desde principios del presente siglo, diversos estudios han aportado evidencia de la relación positiva entre la AR y la experiencia de productividad de la sesión, el logro de objetivos terapéuticos, y la mejoría en la autoestima y el bienestar de los consultantes al final del tratamiento (Gassman & Grawe, 2006; Flückiger et al., 2009; Mander et al., 2013; 2015; Stangier et al., 2010; Znoj et al., 2010). Sin embargo, otros estudios reportan datos que indican ser cautelosos sobre la generalización de dicha evidencia, sugiriendo que algunos aspectos de este mecanismo podrían ser inefectivos, o incluso contraproducentes, en determinadas circunstancias (ej. tematización sobre objetivos personales en pacientes con un alto nivel de sintomatología ansiosa (Flückiger et al., 2014). Adicionalmente, una revisión sistemática reciente (Salvo, 2020a) identifica vacíos en la evidencia disponible respecto de la relación entre la AR y resultados terapéuticos tempranos, así como, sobre la caracterización de la actividad del terapeuta relacionada con este mecanismo.

A partir de la evidencia disponible es posible considerar que un mayor conocimiento sobre el modo como los terapeutas intervienen para activar los recursos de los consultantes durante los procesos psicoterapéuticos podría ofrecer guías para la toma de decisiones terapéuticas, aportar al entrenamiento de habilidades específicas y contribuir a la comprensión de los mecanismos que propician efectos terapéuticos en términos de mejorías en el bienestar y funcionamiento de los consultantes (Castronovo et al., 2020; Harbin et al., 2014; Salvo, 2020a). Teniendo en cuenta lo anterior, el presente estudio tiene por objetivo determinar diferencias en el grado en que los terapeutas enfocan sus intervenciones en activar recursos de los consultantes durante la primera sesión de psicoterapias con y sin resultados terapéuticos tempranos (en adelante RT), y caracterizar las intervenciones realizadas por los terapeutas enfocados en la AR en dichas sesiones. En el contexto de este estudio, los RT se entienden como la mejoría en el bienestar y funcionamiento general reportada por los consultantes entre la primera y la cuarta sesión de psicoterapia. El cambio en la evaluación de bienestar es una de las principales variables utilizadas para evaluar la efectividad de las terapias (Eysenck, 1994; Lambert & Ogles, 2004; Wampold & Imel, 2015). A su vez, se ha encontrado que los cambios en esta variable, en momentos tempranos de la terapia, son predictores de cambios mayores, en la misma dirección, hacia el final del tratamiento (Zilcha-Mano et al., 2019).

Método

El presente estudio es de carácter empírico, exploratorio, cuantitativo y utiliza un diseño no estandarizado para comparar grupos con valores extremos, definidos previamente como “Con RT” y “Sin RT”, a partir de los puntajes observados en la variable RT. Criterios de rigor

metodológico de importancia fueron la utilización de instrumentos previamente validados empíricamente para la medición de la variable RT (Von Bergen & De la Parra, 2002) y AR (Salvo et al., 2020). Adicionalmente, los jueces que evaluaron la variable AR eran ciegos respecto de los valores de la variable RT reportada por los consultantes en las terapias que observaron.

Participantes

Se evaluaron 32 sesiones correspondientes a la primera sesión de 32 procesos distintos de psicoterapia. De estos 32 procesos, 5 fueron grabados en el contexto del estudio Fondecyt N: 1080136 (Krause, 2008); 10 corresponden a psicoterapias grabadas en el contexto del proyecto postdoctoral N: 3140402 de la Agencia Nacional de investigación y desarrollo de Chile (Dagnino, 2017); y 17 fueron grabados para efectos del presente estudio. Las terapias pertenecientes al estudio Fondecyt N: 1080136 y al proyecto postdoctoral N: 3140402 fueron conducidas por terapeutas de distintas orientaciones teóricas, incluyendo Constructivista Social, Cognitivo Conductual, Psicodinámica y Humanista. Las terapias grabadas para fines del presente estudio fueron conducidas por terapeutas de orientación Estratégica Breve. En total participaron 28 terapeutas y 32 consultantes. Los criterios de inclusión fueron: para los terapeutas a) título profesional de psicólogos, y para los consultantes a) ser mayores de 18 años, y b) sin trastornos psicóticos, discapacidad cognitiva o trastornos relacionados con abuso de sustancias. Los 32 procesos de psicoterapia fueron desarrollados en contextos de prestación de servicios de psicoterapia ambulatoria, no manualizada[1], incluyendo centros de atención psicológica universitaria, centros de entrenamiento de postítulo para terapeutas y consulta particular.

Instrumentos

Wirkfaktoren-K (WIFA-K- von Consbruch et al., 2013). Desarrollado como instrumento observacional que permite evaluar el grado en que un terapeuta se enfoca en trabajar con los distintos mecanismos terapéuticos transteóricos (Activación de Recursos, Maestría, Clarificación, Actualización de Problemas y Relación Terapéutica) descritos por Grawe (1997), a lo largo de una sesión completa de psicoterapia. La subescala de Activación de Recursos (AR-K), evalúa el grado en que el terapeuta enfoca su actividad en la AR en una escala de 7 puntos (de 0 a 6), a partir de los siguientes criterios: consideración de las competencias del paciente; retroalimentación acerca de avances; atribución de los cambios a los esfuerzos del paciente; y, resignificación positiva de aspectos definidos inicialmente como problemáticos. Mayor puntaje en esta subescala da cuenta de mayor enfoque de la actividad del terapeuta en trabajar con los recursos del paciente. Para el presente estudio se utilizó la versión adaptada y traducida al español por Salvo et al. (2020). La subescala AR-K ha mostrado un alto grado de consistencia, con un índice de correlación interclase de 0,78 en su versión original en alemán (von Consbruch

[1] La palabra "manualizada" no se encuentra en el Diccionario de la real Academia Española; es una traducción de *manualized,* vocablo ingles que aplicado a la terapía alude a intervenciones que se realizan de acuerdo con pautas específicas para la administración (manual), maximizando la probabilidad de que la terapia se lleve a cabo de manera consistente en todos los entornos, terapeutas y clientes (APA Dictionary of Psychology).

et al., 2013), y un coeficiente kappa entre 0,741 y 1 en su adaptación al español (Salvo et al., 2020).

Cuestionario de Resultados Terapéuticos (Outcome Questionnaire -OQ-45.2- Lambert et al., 1996). Instrumento de auto reporte mediante el cual los pacientes evalúan los RT, compuesto por 45 ítems evaluados en una escala tipo Likert de cinco puntos ("0= nunca" y "4= casi siempre"). Los distintos ítems evalúan el funcionamiento general y el malestar del paciente durante la última semana en tres áreas, a saber: Sintomatología, Relaciones Interpersonales, y Rol Social. Mayor puntaje da cuenta de mayor malestar o experiencia de afectación del funcionamiento general. En el contexto del presente estudio, para evaluar los RT, se consideró la diferencia de los puntajes reportados por los pacientes entre la primera y la cuarta sesión. En su versión en inglés el instrumento ha mostrado alta confiabilidad test-retest ($r= 0.84$, $p< 0.01$) y alta consistencia interna ($\alpha= 0.93$) (Lambert et al., 1996). En el presente estudio se utilizó la versión adaptada y validada al español por von Bergen y De la Parra (2002), quienes reportan una confiabilidad test-retest de $r= 0.9$, $p< 0.01$, y una consistencia interna de $\alpha= 0.91$. Para la población chilena, el puntaje de corte que permite distinguir a la población clínica de la población no clínica es de 73 puntos en el puntaje global del instrumento. Y, el Índice de Cambio Confiable, que permite identificar la presencia de un cambio estadísticamente significativo en el puntaje global, corresponde a una diferencia igual o mayor a 17 puntos (Von Bergen & De la Parra, 2002).

Procedimiento

Evaluación de resultados terapéuticos tempranos. En primer lugar, todos los pacientes respondieron el cuestionario OQ-45.2 al inicio de las sesiones uno (OQ1) y cuatro (OQ4). La presencia o ausencia de RT fue definida a partir del puntaje de corte de la población clínica y el Índice de Cambio Confiable del instrumento para la población chilena:

"Con" RT: a) $OQ1 – OQ4 \geq 17$, cuando $OQ1 \geq 73$, y; b) $OQ4 < 73$, cuando $OQ1 < 73$.
"Sin" RT: a) $OQ1 – OQ4 < 17$, cuando $OQ1 \geq 73$, y; b) $OQ4 \geq 73$, cuando $OQ1 < 73$.

A partir del puntaje de corte, se dividió la muestra en dos grupos Con RT y Sin RT. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la proporción de género entre los grupos para pacientes ni terapeutas ($\chi2$ (1, N = 32) = 0.413, p = .52), en el nivel de bienestar pretratamiento de los pacientes, a partir de los puntajes de OQ1, (t(24.42) = -0.11, p = .92), ni en la proporción de pacientes que reportan un puntaje de bienestar en OQ1 por sobre y por debajo de la población clínica ($\chi2$ (1, N = 32) = 0.5, p = .48). La Tabla 1 resume las características de ambos grupos.

Tabla 1. Características grupos Con y Sin resultados terapéuticos tempranos.

		Con RT	Sin RT
Terapias	N=	23	9
Terapeutas	N= (F/M)	18/3	7/1
Pacientes	N= (F/M)	20/3	7/2
OQ1	M (DS)	77,3 (29,5)	76,4 (17,66)
OQ1-OQ4	M (DS)	18,2 (20)	-9,3 (10,4)

RT: Resultados terapéuticos tempranos; **N=** (F/M): Número de sujetos (Sexo Femenino/ Sexo Masculino); **OQ1:** Puntaje de ingreso en el cuestionario OQ-45.2; **OQ4**: Puntaje en la evaluación realizada en la cuarta sesión, en el cuestionario OQ-45.2; M(DS); Media (Desviación Estándar).

Evaluación del foco de la actividad terapéutica en Activación de Recursos. Posteriormente, se evaluó la primera sesión de cada terapia a través de la subescala AR-K del instrumento WIFA-K. En una primera etapa, dos jueces evaluaron ocho sesiones de manera independiente, obteniendo un acuerdo interjueces con un puntaje kappa entre 0,741 y 1. En una segunda etapa, a partir del alto grado de acuerdo interjueces alcanzado, las 24 sesiones restantes fueron evaluadas por un sólo juez. Ninguno de los jueces contaba con información previa respecto de las terapias observadas, siendo ambos ciegos respecto de los resultados terapéuticos reportados por los consultantes.

Todos los participantes del estudio firmaron un consentimiento informado que explicaba los objetivos del estudio, identificaba los investigadores responsables y las condiciones de participación, almacenamiento y tratamiento de los datos, y la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo solicitaran, sin sufrir ningún tipo de consecuencia respecto a la prestación de servicios de psicoterapia que se les estaba otorgando ni de ningún otro tipo. El presente estudio fue realizado en el contexto de la investigación doctoral del autor principal, y contó con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Análisis de datos

Para evaluar el grado en que los terapeutas enfocaron su actividad en la Activación de Recursos, se realizó una prueba t de varianzas desiguales de Welch de dos colas, a partir de los promedios de puntajes de la subescala AR-K del instrumento WIFA-K, entre ambos grupos, a saber: Con y Sin RT. Los análisis fueron realizados a través de R, version 4.0.3 para Windows (R Core Team, 2017), los análisis estadísticos fueron realizados con métodos nativos de R y con el paquete rstatix 0.6.0 (Kassambara, 2020), y las figuras fueron realizadas usando el paquete ggplot2 3.3.2 (Wickham, 2016).

Para caracterizar la actividad de los terapeutas enfocada en la AR, en ambos grupos, se analizaron las planillas de registro de la subescala AR-K del instrumento WIFA-K utilizada por

los jueces. Esta planilla fue desarrollada en el contexto del presente estudio para contribuir a la fundamentación de la toma de decisiones de los jueces respecto de su evaluación global de la sesión[2]. En términos generales, la planilla consta de dos partes: La primera, utilizada para el presente análisis, es una tabla de 5x9, en la que las 5 filas corresponden a cada uno de los aspectos considerados por la subescala AR-K para evaluar la AR, a saber: Objetivos, Motivación, Competencias, Avances y Significaciones Positivas. Por otro lado, las 9 columnas corresponden al tiempo de la sesión, dividido en bloques de cinco minutos. Para cada sesión observada, los jueces debían marcar con una X en la celda perteneciente a la fila y columna correspondiente, cada vez que observaran alguna actividad del terapeuta enfocado en los aspectos señalados. Posteriormente, los jueces debían determinar si el trabajo respecto a dicho aspecto constituyó, o no, el foco principal de la actividad del terapeuta durante el bloque temporal de cinco minutos en el cual fue observado. A partir de estos registros fue posible determinar la frecuencia de bloques temporales en los cuales los terapeutas se enfocaron en AR, variaciones de esta frecuencia a lo largo del tiempo de la sesión y el aspecto de la AR en el cual los terapeutas enfocaron su actividad. Para comparar las variaciones promedio de la frecuencia en que los terapeutas se enfocaban en la AR a lo largo de la sesión, se utilizó la frecuencia de bloques temporales, agrupados en tres momentos: Inicio, Medio y Final. Si bien la división de bloques de cinco minutos permitía una mayor especificidad temporal, se decidió agrupar igual cantidad de bloques de cinco minutos para representar cada uno de los tres momentos de la sesión señalados a partir de las siguientes razones: a) las sesiones tenían distintas duraciones; b) la primera interacción entre terapeuta y paciente ocurría transcurrido distintos tiempos de grabación para distintas sesiones; c) considerando, además, el limitado tamaño muestral, al reducir la especificidad temporal se buscó disminuir variaciones anecdóticas específicas de los casos observados; d) al agrupar los bloques en una unidad de análisis de mayor duración temporal, que a la vez está dotada de significado, se buscó ganar en parsimonia al momento de discutir los resultados.

Resultados

Análisis Inferenciales: Grado en que los terapeutas enfocan su actividad en la AR

Análisis preliminares. A partir de los puntajes de la subescala AR-K del instrumento WIFA-K para ambos grupos, Con y Sin RT, no se observó la presencia de valores atípicos, en tanto todos los puntos se encontraban a una distancia menor a 1,5 veces el rango intercuarltil. Adicionalmente, se realizó una prueba de Shapiro–Wilk para cada uno de los grupos, y sus resultados no fueron significativos (p = .20 para el grupo Con RT; p = .13 para el grupo Sin RT), por lo cual se puede asumir la normalidad de distribución de los datos para ambos grupos.

Diferencia de promedios. Los resultados de la prueba t para los promedios de puntajes de la subescala AR-K entre los grupos Con RT (2.91, SD = 1.70) y Sin RT (1.67, SD = 0.87), mostraron

[2] Dicha planilla se expone íntegramente en un artículo anterior (Salvo et al., 2020).

diferencias estadísticamente significativas (t(27.57) = -2.72, p = .011), lo cual corresponde a un tamaño de efecto grande (d = -0.92). La Figura 1 muestra la distribución de puntajes de la subescala AR-K del instrumento WIFA-K para los grupos Con y Sin RT.

Figura 1. Distribución de puntajes Activación de Recursos, grupos Con y Sin RT.

Análisis descriptivos: caracterización de la actividad de los terapeutas enfocada en la AR en la primera sesión de terapias Con y Sin resultados terapéuticos tempranos

Frecuencia de Actividad enfocada en Activación de Recursos. Al dividir el tiempo de la sesión en 9 bloques de 5 minutos, los jueces identificaron un total de 99 bloques, para el grupo Con RT (n= 23), en los cuales la actividad de los terapeutas tuvo como foco principal alguno de los aspectos definidos como criterio para evaluar la presencia de AR (Objetivos, Motivación, Competencias; Avances y Significaciones Positivas), dando un promedio de 4,3 (DS= 3,3) bloques por sesión (22 minutos aprox.). Para el grupo Sin RT (n= 9), en cambio, los jueces identificaron un total de 12 bloques, dando un promedio de 1,34 (DS= 1,4) bloques por sesión (7 minutos aprox.). La Viñeta 1 ofrece un ejemplo de los primeros cinco minutos de una sesión perteneciente al grupo Con RT, y que fue evaluada con un puntaje alto en Activación de Recursos.

Viñeta 1. Actividad del terapeuta enfocado en AR durante los primeros cinco minutos de la primera sesión de una terapia Con RT.

Minutos 0:00 a 05:00	
T: bueno, algo me contaste por teléfono, pero este es el espacio para escucharte un poco más, qué es lo que esperas de este espacio. P: Ay, espero mucho… O a lo mejor no espero nada, porque lo dudé mucho… Yo creo que llevo 2 meses entre pedir y no pedir ayuda. Lo que quiero es saber si lo que me está pasando es normal, porque todos estamos en una situación de estar encerrados, todos estamos pasando por lo mismo (en relación con Pandemia COVID-19) O bien, si a mí me pasa algo más, porque siento que mis reacciones no son las adecuadas. Nunca me había pasado sentirme así (…)	Minuto: 00:38 Pregunta por expectativas u objetivos (Objetivos)
Describe características específicas de su situación vital actual y ejemplo de situaciones en que se ha sentido sobrepasada emocionalmente. Se emociona y llora mientras habla, pero continúa hablando.	
P: (…) Me da miedo volver a una depresión y no darme cuenta. Y cuando me dé cuenta ya esté dentro del hoyo y no vea la luz. Eso me da mucho miedo. T: Ok, me contaste hace un rato que llevas desde (…) encerrado (en cuarentena). Que, desde entonces hasta ahora estas, a parte, con hijos 2 preescolares en casa. P: ¡Sí! (se ríe) T: …Uno de 3 y otro de 4, que a esa edad tienen *"full"* energía… P: ¡Demasiada! T: …Y obvio que ellos también están pasando por un confinamiento, igual que nosotros...Y bueno, además te tocó enfrentar (…) (nombra episodio estresor específico relatado por el paciente). Entonces, además de la crisis relacionada con la Pandemia (COVID-19), y que Chile no sé qué (en alusión a movilizaciones sociales) ¿No sé si eso te afectó también?	Minuto: 03:15 Resumen con énfasis en la normalización (Significación Positiva)
P: Sí T: Ok… Hay hartos elementos contextuales de estresores importantes… P: Sí T: Ahora, hay una situación que quiero que me ayudes a mirar, porque parte de tu cuestionamiento de lo que te pasa es que hay días en que sólo quieres encerrarte a llorar, pero hay otros días en que parece que no. Entonces, no pareciera ser una situación que está siempre así (dibuja una trayectoria recta con ambas manos). P: Es que no es que no quisiera (encerrarse a llorar). Es que digo como: "Hoy día va a ser un buen día. Hoy día no me voy a enojar, no voy a pelear…". Como que me lo autoimpongo… T: Ah, Te levantas y te propones: "Hoy va a ser un buen día"	Minuto 04:28 Se enfatiza que afectación del estado de ánimo no es permanente y se refuerza capacidad de consultante de autoimponerse o proponerse tener un buen día, no enojarse ni pelear. (Competencias)

T: Terapeuta; **P:** Paciente

Variación del foco de la actividad de los terapeutas en la AR a lo largo de la sesión. Al dividir la duración de la primera sesión en tres tiempos (Inicio, Medio y Final), los jueces identificaron que, los terapeutas del grupo Con RT mostraron una tendencia progresiva a aumentar el foco de su actividad en la AR a lo largo de la sesión, mostrándose en todo momento por sobre el promedio de la muestra. Por otro lado, los terapeutas del grupo Sin RT, presentaron un foco en la AR por debajo del promedio de la muestra en los tiempos Inicio y Medio de la sesión, sin variación entre ambos tiempos. Posteriormente, para este grupo, durante el tiempo Final de la sesión, se observó un aumento del foco en la AR que lo ubica por sobre el promedio de la muestra, pero aún por debajo del grupo Con RT. En este último momento se observa la menor diferencia entre ambos grupos (Con RT: 0,96 unidades de desviación estándar sobre el promedio; Sin RT: 0,28 unidades de desviación estándar sobre el promedio), mientras que la mayor diferencia se observa durante el tiempo Medio de la sesión (Con RT: 0,66 unidades de desviación estándar sobre el promedio; Sin RT: 0,53 unidades de desviación estándar bajo el promedio). La Figura 2 presenta estas diferencias.

Figura 2. Actividad del terapeuta en AR x Tiempos de la sesión en terapias Con y Sin RT.

Nota: Los valores de frecuencia de AR en el eje vertical se expresan en puntaje z. La línea punteada que marca el valor 0 del eje vertical representa la frecuencia promedio de foco de la actividad del terapeuta en AR para ambas muestras.

Contenido temático de la actividad de los terapeutas enfocada en la AR. Al analizar la proporción de actividad de los terapeutas enfocada en la AR, en promedio, a cada uno de los aspectos de este mecanismo, se observaron los siguientes patrones:

Con RT: Objetivos 29%; Motivación 23%; Competencias 30%; Avances 7%; Significaciones Positivas 11%.

Sin RT : Objetivos 50%; Motivación 25%; Competencias 12%; Avances 0%; Significaciones Positivas 13%.

La Figura 3 presenta dichos patrones en proporción del tiempo total de la sesión para cada grupo.

Figura 3. Patrones del tiempo de la sesión por grupo.

Nota: Con RT: Terapias con resultados terapéuticos tempranos; Sin RT: Terapias sin resultados terapéuticos tempranos; No AR: Actividad del terapeuta no enfocada en Activación de Recursos.

Adicionalmente, se observó que en las terapias Con RT, los terapeutas distribuyeron su actividad enfocada en la AR de manera relativamente homogénea entre Objetivos, Motivación y Competencias (aproximadamente 3:2:3). En el grupo Sin RT, en comparación, se observa una distribución de foco más heterogénea (aproximadamente 4:2:1), con predominancia del trabajo sobre Objetivos, y reducción sobre Competencias de los pacientes. En el aspecto Avances se observa otra diferencia: en el grupo Con RT ocupa, en promedio, un 7% de la actividad enfocada en la AR. En el grupo Sin RT, en cambio, en las 9 sesiones observadas por los jueces, no identificaron ningún bloque de cinco minutos en el cual dicho aspecto hubiese constituido el foco principal de la actividad del terapeuta. Por otro lado, el porcentaje de la actividad enfocada en la AR dedicada a Significaciones Positivas mostró ser aproximadamente similar entre ambos grupos (Con RT= 11%; Sin RT= 13%).

Discusión

El objetivo del presente artículo fue determinar diferencias en el grado en que los terapeutas enfocan sus intervenciones en activar recursos de los consultantes durante la primera sesión de psicoterapias con y sin resultados terapéuticos tempranos, y caracterizar las intervenciones realizadas por los terapeutas enfocados en la AR.

El mecanismo transteórico Activación de Recursos, descrito por Klaus Grawe (1997), ha demostrado previamente una relación significativa con los resultados finales de la psicoterapia (Gassman & Grawe, 2006; Flückiger et al., 2009; Mander et al., 2013; 2015; Stangier et al., 2010; Znoj et al., 2010); sin embargo, los resultados reportados en algunos estudios indican tomar esta evidencia con precaución respecto de su generalización (Flückiger et al., 2014; Sander et al., 2013). Adicionalmente, previo a este estudio, no se encontró evidencia disponible acerca de la relación entre el mecanismo de AR y los resultados RT en psicoterapia.

En el presente estudio se encontró una relación significativa entre el mecanismo de AR y los RT tempranos, en términos de bienestar evaluado por los consultantes. Más específicamente, al comparar los grupos Con y Sin RT, se observó que los terapeutas del primero grupo utilizaban un tiempo tres veces mayor que los terapeutas del segundo grupo, enfocado en trabajar en la AR. Por otro lado, los resultados muestran que las diferencias en la AR entre terapias Con y Sin RT tempranos: a) son observables en todo momento de la sesión, a partir de los primeros minutos; b) tienden a acrecentarse hacia la mitad de la sesión, y; c) tienden a reducirse hacia el final, pero sin llegar a equipararse. Dichos resultados son coherentes con lo observado previamente por Gassmann y Grawe (2006), a saber: a) en ambos estudios se observa un mayor foco de actividad en AR, a favor de los terapeutas de terapias con mejores resultados, en todos los momentos de la sesión, y; b) en ambos estudios, los terapeutas de terapias con resultados menores muestran un aumento de la actividad enfocada en AR sólo hacia el final de la sesión. Ahora bien, a diferencia del presente estudio, Gassmann y Grawe (2006) se enfocan en el tiempo transcurrido en la sesión como unidad de análisis, pero promedian los resultados de todas las sesiones a lo largo de la terapia, sin distinción de su etapa al interior del proceso. Y, por otro lado, los resultados de dicho estudio son evaluados en términos de experiencias de clarificación y maestría durante la sesión. En este sentido, el presente estudio ofrece evidencia novedosa respecto de la relación entre el mecanismo de AR durante la primera sesión de psicoterapia y los RT tempranos en términos de bienestar subjetivo.

En cuanto a los aspectos que forman parte del mecanismo de AR, la diferencia más relevante entre terapias Con y Sin RT tempranos se observó en cuanto a Objetivos, Competencias y Avances. En el caso de terapias Con RT, los terapeutas dedicaron a tematizar Objetivos, poco menos de un tercio (29%) del total de sus intervenciones enfocadas en AR, en una proporción de tiempo similar a la dedicada a trabajar sobre Motivación (23%) y Competencias (30%). En el grupo Sin RT, en cambio, el tiempo dedicado a Objetivos abarca la mitad (50%) del tiempo del

tiempo enfocado en la AR, en desmedro del resto de aspectos. Entre estos, los más disminuidos son Competencias y Avances.

Los resultados reportados en este artículo tienen el valor de ofrecer la primera caracterización empíricamente fundada de la actividad de los terapeutas enfocada en AR durante la primera sesión de psicoterapia. De esta manera, contribuyen a una mejor comprensión de la actividad de los terapeutas relacionada con la AR en las fases iniciales de la terapia y se espera que constituyan información útil, tanto para la toma de decisiones en la práctica de la psicoterapia como para la supervisión y entrenamiento de terapeutas. Ahora bien, dado el carácter exploratorio del presente estudio, se requieren futuros esfuerzos que robustezcan la confianza en estos hallazgos.

Finalmente, tanto los resultados del presente artículo como los reportados por Salvo et al. (2020b), apoyan la evidencia acumulada respecto de la relación entre AR y los RT de la psicoterapia y contribuyen a su generalización, en tanto son congruentes con los encontrados en estudios desarrollados en otros contextos geográfico-culturales. Hasta donde se tiene conocimiento, el presente estudio constituye la primera investigación sobre AR desarrollada en un contexto geográfico-cultural, no germanoparlante, específicamente, fuera de Alemania o Suiza, constituyendo así un aporte a la generalización de evidencia previa sobre la relación entre AR y efectividad en psicoterapia. Por otro lado, se espera que los resultados aquí presentados puedan aportar al estudio y comprensión del cambio terapéutico temprano en psicoterapia.

Limitaciones

El presente estudio no discrimina el tipo de diagnóstico u otras características de los consultantes, distintas al nivel de bienestar y funcionamiento inicial, que pudieran tener algún efecto en los resultados terapéuticos tempranos. Tampoco controla variables propias de los terapeutas ni del proceso terapéutico, tales como sus orientaciones terapéuticas o formaciones profesionales. Dado que parte de la muestra está compuesta por procesos de estudios anteriores, no se controlaron variables relacionadas con la experiencia de los consultantes o terapeutas durante el desarrollo de la terapia.

Por otro lado, la metodología del presente estudio no permite dilucidar si la relación observada entre la actividad del terapeuta enfocado en el mecanismo de AR durante la primera sesión y los RT tempranos se puede explicar por efecto de lo observado durante dicha sesión, independiente de lo ocurrido entre las sesiones dos y tres, o bien, si el efecto de lo observado durante la primera sesión se explica, al menos en parte, debido a la consistencia entre esta y las siguientes. A su vez, el alcance del presente estudio no permitió observar la relación entre los efectos terapéuticos tempranos y resultados en etapas posteriores de la psicoterapia. De ser posible, se sugiere incorporar en futuras investigaciones, evaluaciones adicionales en distintos momentos de la terapia, tanto del mecanismo de AR como de RT, a fin de profundizar en la relación entre los RT tempranos observados y los resultados finales de la terapia, así como

su relación con el mecanismo de AR. Así mismo, se sugiere controlar posibles variables de los pacientes, de los terapeutas y del proceso que pudiesen ser concurrentes o interferentes en los resultados observados, como diagnóstico de los consultantes, tratamiento farmacológico, adscripción teórica y nivel de experiencia de los terapeutas o la calidad de la alianza terapéutica.

Agradecimientos
Este trabajo fue financiado por ANID - Iniciativa Científica Milenio / Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad-MIDAP. Los autores agradecen también la colaboración del Centro de Entrenamiento en Psicoterapia y Coaching, Centro MIP, y equipo de investigación Humo Blanco, en su apoyo en la recolección y análisis de datos.

Referencias

Castronovo, M., Hirsch, H., & Hirsch, P. (s.f.). *Guía y esquema gráfico para el uso de los recursos del consultante en terapia estratégica*. http://www.enciclopediasaludmental.org.ar/trabajo.php?idt=14&idtt=39

Eysenck, H. J. (1994). The outcome problem in psychotherapy: What have we learned? *Behaviour Research & Therapy*, 32, 477-495.

Flückiger, C., Caspar, F., Grosse Holtforth, M., & Willutzki, U. (2009). Working with patients' strengths: A microprocess approach. *Psychotherapy Research*, 19(2), 213-223. https://doi.org/10.1080/10503300902755300.

Flückiger, C., Zinbarg, R., Znoj, H., & Ackert, M. (2014). Resource activation in generalized anxiety: An observer-based microprocess analysis of patients' in-session outcomes. *Psychotherapy*, *51*(4), 535–545. https://doi.org/10.1037/a0034119

Gassmann, D., & Grawe, K. (2006). General change Mechanisms: The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 1–11.

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*, 803-810.

Grawe, K. (1997). Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 7, 1–19.

Grawe K, Donati R., & Bernauer F. (1994). Psychotherapie im Wandel: von derKonfession zur Profession [The change of psychotherapy. From confession to profession]. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K., & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung. *Psychotherapeut* 44, 63–73. https://doi.org/10.1007/s002780050149

Gunlicks-Stoessel, M., & Mufson, L. (2011). Early patterns of symptom change signal remission with interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Depression and anxiety*, *28*(7), 525–531. https://doi.org/10.1002/da.20849

Harbin, J., Gelso, C., & Perez, A. (2014) Therapist Work with Client Strengths: Development and Validation of a Measure. *The Counseling Psycologist*, *42*(3) 345-373.

Kassambara, A. (2020). rstatix: Pipe-Friendly Framework for Basic Statistical Tests. R package version 0.6.0.

Lambert, M. J., Lunnen, K., Umphress, V., Hansen, N. B., & Burlingame, G. M. (1996). *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire (OQ - 45.1)* Salt Lake: IHC Center for Behavioral Health Care Efficacy.

Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.). New York: Wiley.

Mander, J., Jacob, G., Götz, L., Sammet, I., Zipfel, S., & Teufel, M. (2015). Associations between Grawe's general mechanisms of change and Young's early maladaptive schemas. *Psychotherapy Research*. *25*(2) 249–262. https://doi.org/10.1080/10503307.2014.889330

Mander, J., Wittorf, A., Schlarb, A., Hautzinger, M., Zipfel, S., & Sammet, I. (2013). Change mechanisms in psychotherapy: Multiperspective assessment and relation to outcome. *Psychotherapy Research*, *23*(1), 105–116. https://doi.org/10.1080/10503307.2012.744111

R Core Team (2017). R: A language and environment for statistical computing. *R Foundation for Statistical Computing*, Vienna, Austria. https://www.R-project.org/.

Stangier, U., Von Consbruch, K., Schramm, E., & Heidenreich, T. (2010). Common factors of cognitive therapy and interpersonal psychotherapy in the treatment of social phobia. *Anxiety, Stress, & Coping, 23*(3), 289-301.

Salvo, J. D. (2020a). Activación de Recursos en Psicoterapia. ¿Cómo se ha estudiado y qué sabemos?: Una revisión sistemática. *Rev. CES Psico*, *13*(3), 82-99. https://doi.org/10.21615/cesp.13.3.3

Salvo, J. D. (2020b). Actividad de los terapeutas enfocada en trabajar con los recursos de los pacientes en psicoterapia. Evidencia de su relación con resultados terapéuticos tempranos y caracterización de las intervenciones realizadas durante la primera sesión de terapias con y sin resultados terapéuticos [Tesis de Doctorado, Pontificia Universidad Católica de Chile]. Repositorio Institucional – Pontificia Universidad Católica de Chile

Salvo, J. D., Krause, M., Uribe, L., & Ramirez, I. (en revisión). Therapist activity focusing on patients' resources and its relation with early therapeutic outcome in psychotherapy.

Salvo, J.D., Rojas, M.I., Krause, M., & Schönfeld, M. (2020). Una herramienta para la investigación en psicoterapia, uso clínico y entrenamiento de terapeutas: Adaptación al español, análisis de validez y confiabilidad de la escala Activación de Recursos del instrumento WIFA-K. *Revista de Terapias Y Familias.* 30(50), 48-61.

Sander, L., Zobel, I., Dykierek, P., & Schramm, E. (2013). Common Factors in the treatment of chronic depression. Comparison of 2 psychotherapy methods. *Verhaltenstherapie*, 22, 228–235. https://doi.org/10.1159/000345644

Stiles, W. B., Shapiro, D. A., & Firth-Cozens, J. A. (1990). Correlations of session evaluations with treatment outcome. *British Journal of Psychology, 29*, 13-21.

Strunk, D. R., Brotman, M. A., & DeRubeis, R. J. (2010). The process of change in cognitive therapy for depression: predictors of early inter-session symptom gains. *Behaviour research and therapy*, *48*(7), 599–606. https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.03.011

von Consbruch, K., Flückiger, C., Stangier, U., Beutel, M., Herpertz, S., Hoyer, J… Wiltink, J. (2013). WIFA-k: Ein neues Messinstrument zur zeitökonomischen Erfassung allgemeiner Wirkfaktoren nach Grawe. [WIFA-k: A new instrument for a time-efficient assessment of common factors in psychotherapy]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 63, 286–289. https://doi.org/10.1055/s-0032-1331206

Von Bergen, A., & De La Parra G. (2002). OQ-45.2 Cuestionario para Evaluación de Resultados y Evolución en Psicoterapia: Adaptación, Validación e Indicaciones para su Aplicación e Interpretación. *Revista de Terapia Psicológica* 20, 161-76.

Wampold, B., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). New York, NY: Routledge.

Wickham, H. (2016). ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis. Springer International Publishing, New York.

Zilcha-Mano, S., Errázuriz, P., Yaffe-Herbst, L., German, R. E., & DeRubeis, R. J. (2019). Are there any robust predictors of "sudden gainers," and how is sustained improvement in treatment outcome achieved following a gain? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 87*(6), 491–500. https://doi.org/10.1037/ccp0000401

Znoj, H.-J., Messerli-Burgy, N., Tschopp, S., Weber, R., Christen, L., Christen, S., & Grawe, K. (2010). Psychotherapeutic process of cognitive behavioral intervention in HIV-infected persons: Results from a controlled, randomized prospective clinical trial. *Psychotherapy Research*, *20*(2), 203-213. https://doi.org/10.1080/10503300903246663