

## **Análisis diferencial del proceso y resultado psicoterapéutico en función del motivo de demanda en pacientes con ansiedad y depresión**

**Yolanda García y Luis Botella\***

*Universidad Ramón Llull, España*

### **ABSTRACT**

***Differential Analysis of Psychotherapy Outcome and Process: Correlates of Initial Disturbance (Anxiety vs. Depression).*** This study focused on the differential aspects of the psychotherapeutic process and outcome in two groups of patients who requested therapy for anxiety problems or depression. Participants were 103 people, 41 in the depression group and 62 in the anxiety one. The instruments used were the CORE Outcome Measure and the short version of the WAI (Working Alliance Inventory) to assess the therapeutic alliance. The goal of the study was to analyse the differences between the groups with respect to the therapeutic alliance, ruptures of the therapeutic relationship, the abandonment of treatment and characteristics of the therapist-client bond. Results indicated that there were no significant differences between both groups in severity of the problem, differential symptomatic improvement for any of the factors, correlation between therapeutic alliance and symptoms in the case of the depression group, therapeutic alliance in the first 12 sessions either in general or in any of its three factors, and temporary weakening of the therapeutic alliance nor temporary symptomatic relapse. However, in the case of the anxiety group the correlation between therapeutic alliance and symptoms was highly significant in all sessions from the 3rd to the 12th. Results are interpreted under the light of the sensitivity of the relation between symptomatic improvement and therapeutic relationship to the client's collaborative attitude. With depressive patients, particularly difficult regarding the establishment of a collaborative relationship, the quality of the therapeutic bond is less predictive of improvement than with anxious patients.

*Key words:* therapeutic alliance, psychotherapeutic outcome and process, anxiety and depression.

### **RESUMEN**

Este estudio se centró en los aspectos diferenciales de proceso y resultado psicoterapéutico en casos de pacientes que formulan demandas por problemas de ansiedad por una parte y de depresión por otra. La muestra del estudio fue de 103 clientes, 41 del grupo de depresión y 62 del grupo de ansiedad. Se utilizaron como instrumentos para evaluar la alianza terapéutica el cuestionario de evaluación sintomática *CORE Outcome Measure* y la versión reducida del WAI (*Working Alliance Inventory*). El objetivo del estudio fue analizar las diferencias entre los dos grupos en cuanto a la alianza terapéutica, las rupturas de la relación terapéutica, los abandonos del tratamiento y las características del vínculo creado entre terapeuta y cliente. Los resultados no indicaron diferencias significativas entre ambos grupos en la gravedad inicial de la demanda, la mejora sintomática diferencial para ninguno de los factores, la correlación entre alianza terapéutica y síntomas en el caso del grupo de

---

\* La correspondencia relacionada con este artículo debe ser dirigida al segundo autor: FPCEE/SAAP Blanquerna, Universidad Ramón Llull, c/ Cister 24-34, 08022 Barcelona, España. Email: lluisbg@blanquerna.url.edu.

depresión, la alianza terapéutica diferencial en las primeras 12 sesiones ni en general ni para ninguno de los factores, y los debilitamientos temporales de la alianza terapéutica ni a los empeoramientos sintomáticos temporales. Sin embargo, en el caso del grupo de ansiedad la correlación entre alianza terapéutica y síntomas era estadísticamente significativa en todas las sesiones desde la 3 a la 12. Los resultados se interpretan a la luz de la sensibilidad de la relación entre mejora sintomática y relación terapéutica en función de las dificultades de colaboración del paciente. Con los pacientes depresivos, especialmente difíciles en cuanto al establecimiento de una relación de colaboración, la calidad del vínculo terapéutico es menos predictora de la mejora que con los pacientes ansiosos.

*Palabras clave:* alianza terapéutica, proceso y resultado psicoterapéutico, ansiedad y depresión.

Este estudio se fundamenta en la importancia empíricamente demostrada de la alianza terapéutica en cuanto al fomento de la mejora del proceso y resultado terapéutico -véase Corbella y Botella (2003) para una revisión exhaustiva. Concretamente, se centra en analizar cómo las diferencias en la alianza terapéutica entre (a) un grupo de pacientes que formulan como motivo de demanda sintomatología depresiva y (b) un grupo de pacientes que formulan como motivo de demanda sintomatología ansiosa afectan al proceso y resultado de la terapia.

La definición más aceptada actualmente de alianza terapéutica, particularmente a partir de los trabajos de Bordin (1976), es la de vínculo de colaboración que se establece entre paciente y terapeuta y que se compone de (a) vínculo emocional entre los dos; (b) acuerdo sobre los objetivos de la terapia y (c) acuerdo sobre las tareas relevantes para conseguirlos.

El concepto de alianza terapéutica tiene una larga historia en el contexto de la psicología en general y de la psicoterapia en particular que abarca las principales escuelas psicoterapéuticas actuales.

Como es sabido, desde la perspectiva psicoanalítica el propio Sigmund Freud fue el primero en poner en evidencia la relevancia de las dimensiones relacionales en el tratamiento psicoterapéutico -y particularmente de los fenómenos de transferencia y contratransferencia. Si bien estos conceptos no son idénticos al de alianza terapéutica pues tienen un fuerte componente inconsciente que los distingue de éste (más centrado en la relación real), son claramente pioneros del mismo.

Por otro lado, desde la perspectiva humanista siempre se ha enfatizado la relevancia fundamental del vínculo interpersonal en la relación terapéutica. Rogers (1951, 1957) concretó esta importancia en las tres características que debería tener todo terapeuta: empatía, congruencia y aceptación incondicional de su cliente.

Desde la perspectiva cognitiva y a pesar del énfasis inicial de los autores más racionalistas (particularmente Aaron Beck y Albert Ellis) en los elementos técnicos de la terapia más que en los relacionales, autores posteriores y más contemporáneos como Arnkoff (1995), Golfried y Davison (1994), Newman (1998) y Safran y Muran (2000) han contribuido a una recuperación del interés por la alianza terapéutica como predictora del éxito de la terapia -véase Corbella y Botella (2003) para una revisión.

De hecho, y al margen de la orientación teórica desde que se aborde, la relevancia de la alianza terapéutica como una herramienta para fomentar el cambio terapéutico del paciente ha quedado demostrada en multitud de estudios empíricos (p.e., Bannan y Malone, 2002; Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis y Siqueland, 2000; Barber *et al.*, 2001; Bond y Perry, 2004; Crits-Christoph, Connolly y Hearon, 2006; De Rubeis y Feeley, 1990; Feeley, De Rubeis y Gelfand, 1999; Hayes, Hope, VanDyke y Heimberg, 2007; Knaevelsrud y Maercker, 2006; Krupnick *et al.*, 1998; Krupnick *et al.*, 2006; Santiago *et al.*, 2002; Santiago *et al.*, 2005; Moras y Strupp, 1982).

Los abandonos de la terapia han preocupado tradicionalmente a los psicoterapeutas y constituyen un tema sobre el que se ha investigado en numerosas ocasiones, especialmente para conocer por qué se producen y diseñar soluciones o estrategias para evitarlas (véase Safran & Muran, 2005 para una revisión exhaustiva). Con todo, y tal como destacan Corbella y Botella (2004), no todo paciente que abandona la terapia lo hace necesariamente por haber fracasado en ella (de hecho algunos pacientes abandonan la terapia incluso tras haberse producido una mejora sintomática). Más aún, incluso cuando el abandono de la terapia se produce sin mejora sintomática o con empeoramiento, no siempre es producto directo de un "error" del terapeuta -los pacientes pueden abandonar la terapia por factores extraterapéuticos tales como presiones de su entorno o su contexto social, discrepancias con sus familiares u otros factores externos tales como cambios de domicilio o problemas económicos.

En referencia a la relación entre rupturas de la alianza terapéutica y abandono de la terapia, Crowder (1999) no encontró diferencias significativas en la fuerza de la alianza entre los pacientes que continuaban el proceso terapéutico y aquellos que abandonaban la terapia. Sin embargo, y en sentido contrario, Lucas (2001) encontró que la valoración positiva de la alianza terapéutica por parte de los pacientes era un factor de gran relevancia para que no se produjera la ruptura en el vínculo afectivo constitutivo de ésta. Igualmente, Botella *et al.*, (2008) en su análisis del resultado y proceso de la terapia basado en 239 pacientes tratados a lo largo de una cincuentena de sesiones encontraron que en lo referente a la alianza terapéutica, esta era significativamente inferior en los casos de ruptura que en los de éxito terapéutico, a lo largo de las tres primeras sesiones e incluso después de la primera.

Por lo que respecta a las diferencias esperables en la relación entre alianza terapéutica y mejoría sintomática entre pacientes con demandas centradas en sintomatología depresiva y pacientes con demandas centradas en sintomatología ansiosa, este trabajo se centra en la concepción de que la principal diferencia entre ambos radica en procesos interpersonales ligados a la cognición social. Así, el paciente ansioso está típicamente muy centrado en los otros, en la búsqueda preocupada de la aprobación de las personas de su entorno y se caracteriza por las dificultades relacionales derivadas de las distorsiones cognitivas que caracterizan su pensamiento y que le afectan en el funcionamiento social. En este sentido, con este tipo de pacientes el terapeuta juega un papel fundamental en la medida en que consiga relacionarse con ellos flexibilizando sus esquemas interpersonales rígidos y sus constructos polarizados y proporcionando más adaptabilidad a su pensamiento e interpretaciones de la actuación de los otros para que se puedan relacionar de manera más funcional. Cuando el paciente ansioso consigue

flexibilizar su sistema de constructos y creencias y ve estos cambios validados por su entorno, se produce una mejora en los síntomas (preocupación, sentimientos culpabilidad, de rechazo y de falta aceptación de los otros).

Por lo que respecta al paciente depresivo, está más centrado en sí mismo, más fijado en sus síntomas, su malestar lo centra más en lo intrapsíquico que en lo interpersonal. Así, la constricción de los sistemas de constructos típica de los depresivos y constatada repetidamente tiene como función reducir las incompatibilidades aparentes con aspectos de su experiencia que les resultan impredecibles (véase una revisión en Winter, 1992).

Considerando todo lo que hemos sintetizado hasta este punto, nuestras hipótesis en este estudio fueron las siguientes: (a) en referencia al resultado de la terapia (eficacia), no habrá diferencias significativas en ninguno de los indicadores básicos de mejora pre-post: bienestar subjetivo, síntomas y problemas, funcionamiento general y mantenimiento del cambio terapéutico; y (b) respecto al proceso terapéutico y teniendo en cuenta las diferentes características del funcionamiento psicosocial de los dos grupos estudiados, la correlación entre alianza terapéutica y cambio sintomático será significativamente mayor en el caso de los pacientes ansiosos.

## MÉTODO

### *Participantes*

La muestra de este estudio se compuso de 103 pacientes en psicoterapia que recibieron tratamiento psicológico en el Servicio de Asesoramiento y Atención Psicológica (SAAP), de Barcelona: 41 cuyo motivo de demanda se centraba en sintomatología depresiva (Grupo D; 37 mujeres y 4 hombres) y 62 cuyo motivo de demanda se centraba en sintomatología ansiosa (Grupo A; 14 hombres y 48 mujeres). La media de edad de los participantes del Grupo D fue de 30,41 con una mínima de 19, una máxima de 70 y una desviación típica de 12,98. La media de edad de los participantes del Grupo A fue de 25,44 con una mínima de 18, una máxima de 60 y una desviación típica de 8,81. Los pacientes asistieron 12,17 sesiones de psicoterapia por término medio -con un número mínimo de 5 sesiones y máximo de 89 (desviación típica de 12,76).

### *Instrumentos*

Como forma de medir las variables relevantes de este estudio, a los participantes se les administraron los cuestionarios *CORE Outcome Measure* (CORE-OM) y *Working Alliance Inventory* (WAI).

El *CORE Outcome Measure* evalúa el estado sintomático de los pacientes. Es el instrumento más utilizado en el Reino Unido como forma protocolizada y consensuada de evaluar el cambio sintomático. Es un autoinforme que consta de 34 ítems cada uno de los cuales se puntúa en una escala tipo Likert que va desde 0 hasta 4. Está compuesto por las siguientes dimensiones: (1) Bienestar subjetivo (B), (2) Problemas/

síntomas (P), (3) Funcionamiento psicosocial (F) y (4) Riesgo (R). Esta última dimensión no se incluye en el análisis de los resultados pues, a pesar de su relevancia para la gestión de los casos, no es lo suficientemente general como para centrar el análisis del resultado o el proceso terapéutico en ella. La forma de puntuar el cuestionario hace que a mayor puntuación mayor nivel de problemas o síntomas. Desde su creación en 1998 el CORE-OM ha sido extensamente validado y existen múltiples publicaciones que demuestran sus buenas propiedades psicométricas y su utilidad para la evaluación clínica. La fiabilidad test-retest oscila en todas las investigaciones al respecto entre 0,87 y 0,91. Por otro lado el CORE-OM ha demostrado correlacionar adecuadamente con otros 7 instrumentos de evaluación sintomática (Botella *et al.*, 2008).

El *Working Alliance Inventory* (WAI) evalúa la alianza terapéutica. Fue creado en 1986 por Horvath y Luborsky. Está compuesto por tres subescalas que miden los tres componentes teóricos de la alianza: (1) acuerdo con los objetivos de la terapia, (2) acuerdo con las tareas a realizar y (3) desarrollo del vínculo emocional entre terapeuta y paciente. Cada subescala está compuesta por 12 ítems autoevaluados en una escala tipo Likert de 7 puntos. Cada subescala (acuerdo en objetivos, acuerdo en tareas y vínculo emocional) es evaluada por 4 ítems. La puntuación total del WAI-S puede oscilar entre 12 y 84 puntos. La fiabilidad del cuestionario se evaluó a partir de su consistencia interna mediante el cálculo del estadístico Alfa de Cronbach y resultó ser adecuada (0,93; véase Botella *et al.*, 2008).

### *Procedimiento*

El procedimiento seguido en los casos atendidos en el Servicio de Asesoramiento y Atención Psicológica es el siguiente: el paciente llama para pedir visita solicitando recibir tratamiento psicológico. La primera consulta se dedica a la evaluación sintomática. Con la información obtenida el equipo terapéutico se reúne y según los objetivos y problemática del paciente se decide cuál de los terapeutas del equipo llevará a cabo el tratamiento. En el transcurso del tratamiento, para analizar el proceso y el cambio sintomático se administran al paciente el cuestionario de evaluación de síntomas CORE-OM y el Inventario de Alianza Terapéutica periódicamente. Al finalizar la terapia se vuelven a administrar ambos. Para hacer un seguimiento de los pacientes que han acabado el tratamiento psicológico y corroborar el mantenimiento de los cambios sintomáticos producidos por la terapia, a los seis y doce meses y mediante una entrevista telefónica se les administra el cuestionario de evaluación de síntomas CORE-OM.

## RESULTADOS

Respecto a la gravedad inicial de la demanda de los dos grupos estudiados, se comparó la significación de la diferencia de las medias de las puntuaciones iniciales al cuestionario de síntomas entre el grupo D y el A. La media del grupo A fue de 1,62 y la desviación típica de 0,64. En el grupo D, la media fue de 1,87 y la desviación

típica de 0,63. La diferencia entre las dos medias fue de 0,25 y la prueba *t* de Student indicó que no era significativa ( $t= 1,88$ ;  $p= 0,063$ ).

En referencia a la mejora sintomática diferencial, se comparó la significación de la diferencia de las medias del grupo D y A del resultado de restar las puntuaciones post-terapia de las pre-terapia al cuestionario de síntomas (mejora sintomática pre-post). La media de mejora del grupo A fue de 0,73 y la desviación típica de 0,72. En el grupo D, la media fue de 0,70 y la desviación típica de 0,74. La diferencia entre las dos medias fue de 0,02 y la prueba *t* de Student indicó que no era significativa ( $t= 0,17$ ;  $p= 0,78$ ).

Para comprobar si había diferencias respecto a los diferentes factores de cambio evaluados en el cuestionario, se comparó la significación de la diferencia de las medias del grupo D y A del resultado de restar las puntuaciones post-terapia de las pre-terapia al cuestionario de síntomas (mejora sintomática pre-post) para cada una de estas dimensiones.

Respecto al factor Bienestar subjetivo, la media de mejora del grupo A fue de 1,17 y la desviación típica de 1,23. En el grupo D, la media fue de 0,99 y la desviación típica de 1,15. La diferencia entre las dos medias fue de 0,18 y la prueba *t* de Student indicó que no era significativa ( $t= 0,73$ ;  $p= 0,47$ ).

Analizando el factor Síntomas/problemas, la media de mejora del grupo A fue de 0,86 y la desviación típica de 1,01. En el grupo D, la media fue de 0,86 y la desviación típica de 0,95. La diferencia entre las dos medias fue de 0,25 y la prueba *t* de Student indicó que no era significativa ( $t= 1,26$ ;  $p= 0,21$ ).

En relación al factor Funcionamiento psicosocial, la media de mejora del grupo A fue de 0,60 y la desviación típica de 0,71. En el grupo D, la media fue de 0,60 y la desviación típica de 0,70. La diferencia entre las dos medias fue de 0,10 y la prueba *t* de Student indicó que no era significativa ( $t= 0,74$ ;  $p= 0,46$ ).

Para evaluar la relación entre alianza terapéutica y resultado de la terapia se calculó la correlación de Pearson entre cada cuestionario de síntomas a cada sesión y cada cuestionario de alianza terapéutica a cada una de las mismas sesiones, desde la primera hasta la cuadrogésima-octava. Este cálculo se hizo para los dos grupos (A y D) para poder comparar los resultados -ver tablas 1 y 2. Ahora bien, teniendo en cuenta que el número de sujetos iba disminuyendo (dado que iban acabando su proceso terapéutico a

*Tabla 1.* Correlaciones entre síntomas y alianza terapéutica sesión por sesión en el grupo A.

AS3-SS3	Correlación de Pearson	-0,434**
	Sig. bilateral	0,007
	N	38
AS4-SS4	Correlación de Pearson	-0,474**
	Sig. bilateral	0,001
	N	46
AS8-SS8	Correlación de Pearson	-0,537**
	Sig. bilateral	0,002
	N	31
AS12-SS12	Correlación de Pearson	-0,503*
	Sig. bilateral	0,033
	N	18

SSn= Síntomas en la Sesión n; ASn= Alianza en la Sesión n.

\*=  $p < .001$ ; \*\*=  $p < .05$

*Tabla 2. Correlaciones entre síntomas y alianza terapéutica sesión por sesión en el grupo D.*

AS3-SS3	Correlación de Pearson	0,151
	Sig. bilateral	0,537
	N	19
AS4-SS4	Correlación de Pearson	0,035
	Sig. bilateral	0,859
	N	28
AS8-SS8	Correlación de Pearson	-0,279
	Sig. bilateral	0,278
	N	17
AS12-SS12	Correlación de Pearson	-0,074
	Sig. bilateral	0,811
	N	13

SSn= Síntomas en la Sesión n; ASn= Alianza en la Sesión n.

medida que el tiempo avanzaba), se limitó el cálculo a las cuatro primeras de las que se disponía de datos.

Tal y como se puede comprobar en la tabla 1, en el caso del grupo A la correlación entre Alianza Terapéutica y Síntomas es estadísticamente muy significativa en todas las sesiones desde la 3 a la 12. Sin embargo, en el caso del grupo D la correlación entre Alianza Terapéutica y Síntomas no es estadísticamente significativa en ninguna de las sesiones evaluadas.

En referencia a la Alianza Terapéutica diferencial entre los grupos A y D, se comparó la significación de la diferencia de las medias de las puntuaciones del Working Alliance Inventory en las primeras 12 sesiones (ver tabla 3). Ninguna de estas diferencias resultó ser significativa.

Para comprobar si esta falta de diferencias entre los grupos A y D respecto a la Alianza Terapéutica se cumplía también para cada factor del Working Alliance Inventory (Metas, Tareas y Vínculo), se comparó la significación de la diferencia de las medias de las puntuaciones del WAI para cada uno de estos factores en las primeras 12 sesiones (ver tabla 4). Ninguna de estas diferencias resultó ser significativa.

Se compararon los dos grupos (A y D) respecto a los debilitamientos temporales de la alianza terapéutica (DTAT) y a los empeoramientos sintomáticos temporales (EST) (ver tabla 5). No se encontraron diferencias significativas entre los grupos A y D.

## DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio demuestran en primer lugar que el nivel de gravedad sintomática de los pacientes ansiosos y depresivos no es estadísticamente diferente. Este resultado era de esperar ante la ausencia de estudios que indiquen lo contrario, probablemente debido a que las dos patologías presentan un cierto solapamiento respecto a los síntomas que las caracterizan.

Tabla 3. Significación de la diferencia de las medias de las puntuaciones del *Working Alliance Inventory* en las primeras 12 sesiones

		<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	Grados de libertad	<i>t</i>	<i>p</i> (sig. bilat.)
WAI1	Depresión	35	63,8286	8,12942	88	-0,167	0,868
	Ansiedad/estrés	55	64,1455	9,18013			
WAI2	Depresión	33	65,6061	8,59120	83	-0,365	0,716
	Ansiedad/estrés	52	66,2885	8,27075			
WAI3	Depresión	31	66,6452	8,44807	76	-0,921	0,360
	Ansiedad/estrés	47	68,5106	8,94882			
WAI4	Depresión	28	68,6786	8,31355	74	0,227	0,821
	Ansiedad/estrés	48	68,1875	9,53082			
WAI5	Depresión	26	71,3077	6,53464	67	1,100	0,275
	Ansiedad/estrés	43	69,0930	8,90643			
WAI6	Depresión	23	70,7826	7,52545	61	0,737	0,464
	Ansiedad/estrés	40	69,1250	9,14888			
WAI7	Depresión	20	70,7000	11,93447	55	0,265	0,792
	Ansiedad/estrés	37	69,9459	9,26746			
WAI8	Depresión	18	71,3333	8,21047	49	0,679	0,501
	Ansiedad/estrés	33	69,5152	9,60183			
WAI12	Depresión	13	73,2308	7,35021	29	0,660	0,515
	Ansiedad/estrés	18	71,1111	9,73707			

Igualmente, el nivel de mejora experimentado por los dos grupos como efecto de la psicoterapia no es significativamente diferente, ni en general ni para ninguno de los factores medidos por el cuestionario de síntomas utilizado en este estudio (CORE-OM). Además, el proceso terapéutico en general es indistinguible pues no se encuentra ningún patrón diferencial ni en referencia a los debilitamientos temporales de la Alianza Terapéutica ni a los Empeoramientos Sintomáticos Temporales. Esta falta de eficacia diferencial en función de la demanda vuelve a poner en evidencia un resultado contrastado repetidamente en múltiples estudios internacionales: un porcentaje elevado de las personas que reciben psicoterapia experimentan una mejora significativa no necesariamente diferente en función de los síntomas (ver, por ejemplo, los estudios ya clásicos de Lambert, Shapiro y Bergin, 1986; Luborsky, Singer y Luborsky, 1975; Smith, Glass y Miller, 1980). Concretamente, el metanálisis de Smith, Glass y Miller, (1980) obtuvo como resultado que el 80% de las personas que reciben tratamiento psicológico mejoran más que las personas que no lo reciben y los estudios de Howard *et al.* (1986) y Whiston y Sexton (1993) encontraron que este porcentaje se situaba entre un 65 y un 70%. Estos resultados se han replicado más recientemente en estudios aún más arraigados en la práctica clínica como los que resume Barlow (2004).

Este resultado de falta de eficacia diferencial también se puede explicar desde el primero ya comentado; es decir, la falta de gravedad diferencial hace prever la falta de eficacia diferencial. Posiblemente los resultados de eficacia diferencial hubiesen sido diferentes si se hubiese comparado una muestra de pacientes con un nivel de gravedad muy alto con otra de poca gravedad.

Tabla 4. Significación de la diferencia de las medias de las puntuaciones del *Working Alliance Inventory* factor por factor en las primeras 12 sesiones.

		N	Media	DT	Grados de libertad	t	p (sig. bilat.)
WAI1t	Depresión	35	20,7429	3,33734	88	-0,511	0,611
	Ansiedad/estrés	55	21,1273	3,56970			
WAI1v	Depresión	35	20,6571	2,96988	88	0,409	0,683
	Ansiedad/estrés	55	20,4000	2,86486			
WAI1m	Depresión	35	22,4286	2,84177	88	-0,266	0,791
	Ansiedad/estrés	55	22,6182	3,55638			
WAI2t	Depresión	33	22,6667	3,13265	83	-1,426	0,157
	Ansiedad/estrés	52	23,4423	3,81341			
WAI2v	Depresión	33	21,2121	3,13007	83	0,466	0,642
	Ansiedad/estrés	52	20,9038	2,86466			
WAI2m	Depresión	33	22,6667	3,05846	83	-1,135	0,260
	Ansiedad/estrés	52	23,4423	3,07688			
WAI3t	Depresión	31	22,1935	3,18768	76	-1,062	0,292
	Ansiedad/estrés	47	23,0000	3,34274			
WAI3v	Depresión	31	21,1290	2,96358	76	-0,595	0,554
	Ansiedad/estrés	47	21,5532	3,15408			
WAI3m	Depresión	31	23,3226	3,24948	76	-0,862	0,392
	Ansiedad/estrés	47	23,9574	3,14129			
WAI4t	Depresión	28	22,9643	3,13265	74	0,276	0,783
	Ansiedad/estrés	48	22,7292	3,81341			
WAI4v	Depresión	28	21,4643	2,99978	74	-0,355	0,724
	Ansiedad/estrés	48	21,7292	3,22054			
WAI4m	Depresión	28	24,2500	2,70288	74	0,717	0,476
	Ansiedad/estrés	48	23,7292	3,24030			
WAI5t	Depresión	26	23,6538	2,59141	67	0,915	0,363
	Ansiedad/estrés	43	22,9302	3,48736			
WAI5v	Depresión	26	22,6923	2,79670	67	1,291	0,201
	Ansiedad/estrés	43	21,7209	3,15720			
WAI5m	Depresión	26	24,6538	1,95841	67	0,325	0,746
	Ansiedad/estrés	43	24,4419	2,94636			
WAI6t	Depresión	23	23,6087	3,22968	61	0,617	0,539
	Ansiedad/estrés	40	23,0500	3,58022			
WAI6v	Depresión	23	22,3913	3,01118	61	0,754	0,454
	Ansiedad/estrés	40	21,7500	3,37980			
WAI6m	Depresión	23	24,7826	2,55764	61	0,620	0,537
	Ansiedad/estrés	40	24,3250	2,95598			
WAI7t	Depresión	20	24,1500	4,18361	55	0,598	0,552
	Ansiedad/estrés	37	23,5405	3,37140			
WAI7v	Depresión	20	22,2500	4,76694	55	0,258	0,798
	Ansiedad/estrés	37	21,9730	3,30392			
WAI7m	Depresión	20	24,3000	3,75710	55	0,059	0,953
	Ansiedad/estrés	37	24,2432	3,30324			
WAI8t	Depresión	18	24,1111	2,80522	49	0,876	0,386
	Ansiedad/estrés	33	23,2424	3,65744			
WAI8v	Depresión	18	22,2222	3,09754	49	0,334	0,740
	Ansiedad/estrés	33	21,9091	3,25349			
WAI8m	Depresión	18	25,0000	3,21760	49	0,683	0,498
	Ansiedad/estrés	33	24,3636	3,16048			
WAI12t	Depresión	13	25,0000	2,70801	29	1,169	0,252
	Ansiedad/estrés	18	23,5000	4,00367			
WAI12v	Depresión	13	22,6923	3,63741	29	-0,068	0,946
	Ansiedad/estrés	18	22,7778	3,33529			
WAI12m	Depresión	13	25,5385	2,25889	29	0,688	0,497
	Ansiedad/estrés	18	24,8333	3,14830			

Tabla 5. Significación de la diferencia entre los grupos respecto a los empeoramientos sintomáticos temporales (EST) y debilitamientos de la Alianza Terapéutica (DTAT).

		<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>Grados libertad</i>	<i>t</i>	<i>p</i> (Sig. bilat.)
EST	Depresión	41	1,3659	0,48765	101	1,164	0,247
	Ansiedad/estrés	62	1,2581	0,44114			
DTAT	Depresión	41	1,3659	0,48765	101	0,280	0,780
	Ansiedad/estrés	62	1,3387	0,47713			

Este estudio demuestra también un resultado no tan predecible. La mayor parte de estudios de investigación en psicoterapia coinciden en destacar la importancia de la Alianza Terapéutica para promover la mejora sintomática (ver una revisión exhaustiva en Corbella y Botella, 2003). Sin embargo este estudio demuestra que si bien en el caso del grupo de pacientes ansiosos la correlación entre Alianza Terapéutica y Síntomas es estadísticamente muy significativa en todas las sesiones desde la 3<sup>a</sup> a la 12<sup>a</sup>, en el caso del grupo de pacientes depresivos no lo es en ninguna de las sesiones evaluadas -es más, no hay diferencias significativas entre los dos grupos en la fuerza de la Alianza Terapéutica en ninguno de sus factores ni en ninguna de las sesiones evaluadas.

Este resultado, sin embargo, sí coincide con los de Caspar, Grossmann, Unmüssig, y Schramm (2005) que encontraron que con los pacientes que presentaban dificultades para el desarrollo de una relación de colaboración la mejora sintomática era más sensible a la relación que con los que no. Así se podría explicar porqué con los pacientes depresivos, especialmente difíciles en cuanto al establecimiento de una relación de colaboración motivada y activa, la calidad del vínculo terapéutico es menos predictora de la mejora que con los pacientes ansiosos, mucho más colaborativos y activos debido a que su estado de ánimo no está deprimido.

El paciente depresivo suele tener dificultades para descentrarse de su propia patología y a menudo no es capaz de ver más allá -como indican todos los estudios desde la perspectiva de la Psicología de los Constructos Personales que coinciden en el resultado de que la depresión se caracteriza por un sistema de constructos constreñido -véase Winter (1992). De esta manera evitan invalidar el sistema de constructos por el cual se rigen sus patrones de atribución de significados. La contrapartida negativa a la reducción de su perspectiva de la experiencia vivida es que cierran la puerta a la posibilidad de plantearse la situación desde otras perspectivas.

En contraste, los pacientes ansiosos son mucho más sensibles a los aspectos externos de su problema en la psicoterapia, generalmente su vivencia es que son los otros los que no actúan adecuadamente o como a ellos les gustaría. Su sensibilidad interpersonal, incluso exagerada, les hace mucho más propensos a la dimensión de validación personal que representa la relación terapéutica

## REFERENCIAS

- Arnkoff DB (1995). Two examples of strains in the therapeutic alliance in an integrative cognitive therapy. *In Session-Psychotherapy in Practice*, 1, 33-46.
- Bannan N y Malone KM (2002). Cognitive psychotherapy: what happens when the therapeutic relationship breaks down? *Irish Journal of Psychological Medicine*, 19, 92-95.
- Barber JP, Connolly MB, Crits-Christoph P, Gladis L y Siqueland L (2000). Alliance predicts patient's outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1027-1032.
- Barber JP, Luborsky L, Gallop R, Crits-Christoph P, Frank A, Weiss RD, Thase ME, Connolly MB, Gladis M, Foltz C, & Siqueland L (2001). The therapeutic alliance as a predictor of outcome and retention in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 119-124.
- Barlow DH (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59, 869-878.
- Bond M y Perry JC (2004). Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety and personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1665-1671.
- Bordin ES (1976). The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Botella L, Corbella S, Belles L, Pacheco M, Gómez AM, Herrero O, Ribas E y Pedro N (2008). Predictors of therapeutic outcome and process. *Psychotherapy Research*, 18, 535-542.
- Caspar F, Grossmann C, Unmüßig C y Schramm E (2005). Complementary therapeutic relationship: therapist behavior, interpersonal patterns and therapeutic effects. *Psychotherapy Research*, 15, 91-102.
- Corbella S y Botella L (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19, 205-221.
- Corbella S y Botella L (2004). *Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes*. Madrid: Vision Net.
- Corbella S y Botella L (2004). Psychometric properties of the Spanish version of the Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI). *Psicothema*, 16, 702-705.
- Crits-Christoph P, Connolly MB y Hearon B (2006). Does the alliance cause good outcome? Recommendations for future research on the alliance. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 43, 280-285.
- Crowder DA (1999). Early termination status in adult outpatient psychotherapy: Relationship to interactional variables. *Dissertation Abstracts International*, 60, 4212-B.
- De Rubeis RJ y Feeley M (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 469-482.
- Feeley M, De Rubeis RJ y Gelfand LA (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 578-582.
- Golfried MR y Davison GC (1994). *Clinical behavior therapy*. New York: John Wiley and Sons.
- Hayes SA, Hope DA, VanDyke MM y Heimberg RG (2007). Working alliance for clients with social anxiety disorder: relationship with session helpfulness and within-session habituation. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36, 34-42.
- Howard KI, Kopta SM, Krause MS y Orlinsky DE (1986). The dose- effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159- 164.
- Knaevelsrud C y Maercker A (2006). Does the quality of the working alliance predict treatment outcome in online psychotherapy for traumatized patients? *Journal of Medical Internet Research*, 8.

- Krupnick JL, Stotsky SM, Elkin I, Simmens S, Moyer J, Watkins J y Pilkonis PA (1998). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 532-539.
- Krupnick JL, Stotsky SM, Elkin I, Simmens S, Moyer J, Watkins J y Pilkonis PA (2006). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy outcome. *Findings in the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program, IV*, 269- 277.
- Lambert MJ, Shapiro DA y Bergin AE (1986). The effectiveness of psychotherapy. En SL Garfield y AE Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 157- 212). New York: Wiley.
- Luborsky L, Singer B y Luborsky L (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Lucas CP (2001). *Predicting therapy dropout and its relationship to the working alliance*. Dissertation Abstracts International, 62, 555.
- Moras K y Strupp HH (1982). Pretherapy interpersonal relations, patient's alliance and outcome in brief therapy. *Archives of General Psychiatry*, 39, 405-409.
- Newman CF (1998). The therapeutic relationship and alliance in short term cognitive therapy. En JD Safran y JC Muran (Eds.). *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp. 95- 122), Washington: American Psychiatric Association.
- Rogers CR (1951). *Client-centered therapy*. Cambridge, MA: Riverside Press.
- Rogers CR (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Safran JD y Muran JC (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 233-243.
- Safran JD y Muran JC (2005). La alianza terapéutica. *Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Santiago NJ, Klein DN, Vivian D, Arnow BA, Blalock JA, Markowitz JC, Manber R, Riso LP, Rothbaum BO, Rush AJ, Thase ME, McCulloch JP y Keller MB (2002). Pretreatment Correlates of the Therapeutic Alliance in the Chronically Depressed. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32, 281-290.
- Santiago NJ, Klein DN, Vivian D, Arnow BA, Blalock JA, Markowitz JC, Manber R, Riso LP, Rothbaum BO, Rush AJ, Thase ME, McCulloch JP y Keller MB (2005). The therapeutic alliance and CBASP-Specific Skill Acquisition in the Treatment of Chronic Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 803- 817.
- Smith ML, Glass GV y Miller T (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Whiston SC y Sexton TL (1993). An overview of psychotherapy outcome research: Implications for practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 43-51.
- Winter D (1992). *Personal construct psychology in clinical practice*. London: Routledge.

Recibido, 3 Mayo, 2010  
Aceptación final, 7 Junio, 2011