



**Pontificia Universidad Católica de Chile**

**Universidad de Chile**

**Doctorado Internacional de Investigación en Psicoterapia**

**Tesis doctoral**

**Alianza Terapéutica, Acciones Comunicacionales e Indicadores de  
Cambio Genéricos en la Fase Inicial de la Psicoterapia con Adolescentes,  
y su Relación con Resultados y Adherencia al Tratamiento.**

Tesis presentada a la Pontificia Universidad Católica de Chile como parte de los  
Requisitos para optar al grado de Doctor en Investigación en Psicoterapia

Alumna : Olga María Fernández G.  
Tutor : Mariane Krause, Pontificia Universidad Católica de Chile  
Co-tutor : Barbara Brautigam, Hochschule Neu-Brandenburg Alemania  
Comité tesis : Graciela Rojas, Universidad de Chile  
: Neva Milicic, Pontificia Universidad Católica de Chile

**Enero, 2013**

## TABLA DE CONTENIDOS

<b>RESUMEN</b>	9
<b>INTRODUCCION</b>	10
<b>ANTECEDENTES TEORICOS Y EMPIRICOS</b>	15
Adolescencia, Salud Mental y Psicoterapia	15
Investigación en Psicoterapia.	18
Fases en Psicoterapia: fase inicial.	20
Alianza Terapéutica.	22
Indicadores de Cambio Genéricos.	28
Acciones Comunicacionales.	29
<b>OBJETIVOS</b>	34
Objetivo General.	34
Objetivos Específicos	34
<b>HIPÓTESIS.</b>	35
<b>MÉTODO</b>	37
Diseño general de la investigación.	37
Participantes.	37
Procedimientos.	40
Instrumentos y/o Sistemas para Evaluar las Variables	42
Cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia OQ-45.2 (Lambert et al, 1996; versión chilena De la Parra & Von Bergen, 2001)	42
Inventario de Alianza de Trabajo (IAT Horvath & Greenberg, 1986).	44
Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (Krause, Valdés, & Tomicic, 2009).	45
Indicadores Genéricos de Cambio.	46
Análisis de datos.	48
<b>RESULTADOS</b>	52
<i>Alianza Terapéutica en Fase Inicial de Psicoterapia con Adolescentes</i>	52
Alianza terapéutica según actores del proceso	54

Alianza terapéutica de los padres	54
<i>Indicadores de Cambio Genéricos en Fase Inicial de Psicoterapia con Adolescentes</i>	56
Patrón de Presentación.	56
Evolución de los Cambios	60
Descripción de la trayectoria del cambio por terapia.	61
Indicadores de Cambio Observados en los Padres.	63
<i>Acciones Comunicacionales en Fase Inicial de Psicoterapia con Adolescentes</i>	66
<i>Formas Básicas.</i>	66
Forma básica según actor.	66
Formas básicas según diferentes momentos de la sesión.	68
Formas básicas en diferentes momentos y actores de la sesión.	68
<i>Intenciones Comunicacionales.</i>	69
Intenciones comunicacionales según actor.	70
Intenciones Comunicacionales (IC) en diferentes momentos de la sesión.	71
Intenciones Comunicacionales según momento de la sesión y actor del discurso	72
<i>Técnicas Comunicacionales</i>	74
Técnicas comunicacionales según actor.	76
Técnicas comunicacionales según el momento de la sesión.	77
Técnicas comunicacionales según el momento de la sesión y el actor del discurso.	78
<i>Ámbito de las Acciones Comunicacionales</i>	79
Ámbito de las acciones comunicacionales según actor.	79
Ámbito de las acciones comunicacionales según el momento de la sesión.	81
Ámbito de las acciones comunicacionales según el momento de la sesión y el actor	82
<i>Referencias de las Acciones Comunicacionales</i>	84
Referencia de las Acciones Comunicacionales según el actor	84
Referencia de las Acciones Comunicacionales según el momento de la sesión.	86
Referencias de las acciones comunicacionales según el momento de la sesión y el actor.	88

<i>Nivel de Bienestar Psicológico Alcanzado</i>	93
Terapias con Índice de Cambio Confiable	97
<i>Alianza Terapéutica y Resultados (Nivel de Bienestar Psicológico Alcanzado)</i>	98
Alianza Terapéutica (AT) y su relación con resultados de intermedios y finales.	98
<i>Alianza terapéutica y Nivel de Adherencia.</i>	106
Alianza Terapéutica (AT) y Terapias que Finalizan el proceso.	107
Alianza Terapéutica (AT) y Número de sesiones asistidas.	111
<i>Indicadores de Cambio Genéricos y Resultados (Nivel de Bienestar Psicológico Alcanzado)</i>	115
<i>Indicadores de Cambio Genéricos (ICG) y Adherencia.</i>	117
<i>Acciones Comunicacionales y Resultados (Bienestar Psicológico Alcanzado)</i>	121
Formas Básicas y Terapias Exitosas.	122
Intenciones Comunicacionales y Terapias Exitosas.	122
Técnicas Comunicacionales y Terapias Exitosas.	123
Ámbito de las Acciones Comunicacionales y Terapias Exitosas.	124
Referencias de las Acciones Comunicacionales y Terapias Exitosas.	125
<i>Acciones Comunicacionales y Adherencia</i>	127
Formas Básicas (FB) y Adherencia	127
Intenciones Comunicacionales y Adherencia	128
Técnicas Comunicacionales y Adherencia.	130
Ámbitos de las Acciones Comunicacionales y Adherencia	131
Referencias de las Acciones Comunicacionales y Adherencia	133
<i>Acciones Comunicacionales e Indicadores de Cambio Genéricos</i>	136
Formas Básicas e Indicadores de Cambio Genéricos.	136
Intenciones Comunicacionales e Indicadores de Cambio Genéricos.	137
Técnicas Comunicacionales e Indicadores de Cambio Genéricos	138
Ámbitos de las Acciones Comunicacionales e Indicadores de Cambio Genéricos	138
Referencias de las Acciones Comunicacionales e Indicadores de Cambio Genéricos	139

<b>CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN</b>	143
Caracterización de los Adolescentes que asisten a Psicoterapia, según la muestra de este estudio	143
Caracterización de la Fase Inicial de la Psicoterapia con Adolescentes	144
Alianza Terapéutica, Acciones Comunicacionales e Indicadores de Cambio Genéricos – Resultados y Adherencia: Implicancias para la Práctica Clínica	149
Limitaciones del Estudio y Proyecciones Futuras	153
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	156
<b>ANEXOS</b>	168
Nº1 Listado de Indicadores de Cambio Genéricos	168
Nº2 Dimensiones, Categorías y Códigos del SCAT-1.0	169
Nº3 Consentimientos y Asentimientos	170
Nº4 Ficha de Antecedentes Generales de cada terapia	174
Nº5 Outcome Questionnaire (OQ-45.2)	175
Nº6 Inventario de alianza Terapéutica	177

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Descripción de la muestra	39
Tabla 2	Descripción de los Terapeutas participantes en el estudio	40
Tabla 3	Mediciones y procedimientos realizados en cada terapia estudiada	42
Tabla 4	Hipótesis del estudio y técnicas estadísticas utilizadas para su comprobación	50
Tabla 5	Promedios y desviaciones estándar de las evaluaciones de AT de Adolescentes y Terapeutas Sesión 1, Sesión 2 y Sesión 3.	53
Tabla 6	Comparaciones de promedios de AT de adolescentes y terapeutas en las tres sesiones iniciales	54
Tabla 7	Comparaciones de promedios de AT padres – adolescentes y padres-terapeutas	55
Tabla 8	Indicadores de Cambio Genéricos presentados en la Sesión 1	57
Tabla 9	Indicadores de Cambio Genéricos presentados en la Sesión 2	58
Tabla 10	Indicadores de Cambio Genéricos presentados en la Sesión 3	59
Tabla 11	Distribución de los Indicadores de Cambio Genérico por sesión y por Niveles de Cambio.	60
Tabla 12	Distribución de IGC máximo alcanzado por Terapia y Sesión	62
Tabla 13	Indicadores de Cambio Genéricos presentados por los padres en las sesiones que asistieron	64
Tabla 14	Frecuencia y Porcentaje de Formas Básicas según actor	67
Tabla 15	Frecuencia y Porcentaje de Formas Básicas según momento de la sesión.	68
Tabla 16	Modelo de Regresión Logística en Formas Básicas según Actor y Momento de la Sesión	69
Tabla 17	Porcentaje de Intenciones Comunicacionales por actores del proceso	70
Tabla 18	Porcentaje de Intenciones Comunicacionales según momento de la sesión	72
Tabla 19	Porcentaje de Intenciones Comunicacionales según actores del proceso y momento de la sesión.	73
Tabla 20	Modelo de Regresión Logística Intenciones según Actor y Momento de la Terapia	73
Tabla 21	Porcentaje de uso de las técnicas comunicacionales según actor.	76
Tabla 22	Porcentaje de uso de las técnicas comunicacionales según momento de la sesión.	77
Tabla 23	Modelo de Regresión Logística Técnicas según Actor y Momento de la sesión	78
Tabla 24	Porcentaje de los ámbitos del discurso según actor.	805

Tabla 25	Porcentaje de los ámbitos del discurso según momento de la sesión (inicio- medio)	81
Tabla 26	Modelo de Regresión Logística ámbito según actor y momento de la terapia	83
Tabla 27	Porcentaje de las referencias de las acciones comunicacionales según el actor del discurso	85
Tabla 28	Porcentaje de las referencias de las acciones terapéuticas según el momento de la sesión	87
Tabla 29	Modelo de Regresión Logística Contenidos según Actor y Momento de la Terapia	89
Tabla 30	Resumen descriptivo de las acciones Comunicacionales Adolescentes –Terapeutas en la Fase Inicial de la Psicoterapia.	92
Tabla 31	Puntajes OQ-45.2 en las sesiones inicial, Sesión N°6 y final de las terapias.	94
Tabla 32	Promedios y desviaciones estándar de puntajes OQ-45.2 inicial, intermedio y final (total y subescalas), de los 11 pacientes que terminaron el tratamiento	96
Tabla 33	Correlaciones Bivariadas de Pearson entre Puntajes Inventario AT y Puntajes OQ-45.2	99
Tabla 34	Diferencias de promedios de AT Adolescentes (totales y subescalas) entre terapias con y sin Cambio Confiable	100
Tabla 35	Diferencias de promedios de AT Terapeutas (totales y subescalas) entre terapias con y sin Cambio Confiable.	101
Tabla 36	Parámetros del modelo de regresión logística que predice éxito/no éxito según Alianza Terapéutica (total y subescalas) percibida por los Adolescentes	103
Tabla 37	Parámetros del modelo de regresión logística que predice éxito/no éxito según Alianza Terapéutica (total y subescalas) percibida por los Terapeutas.	105
Tabla 38	Diferencias de promedio de AT adolescentes (totales y subescalas) entre terapias que Finalizan /Interrumpen el proceso	108
Tabla 39	Parámetros del modelo de regresión logística que predice Finaliza/Interrumpe Terapia según Alianza Terapéutica (total y subescalas) percibida por los Adolescentes.	110
Tabla 40	Diferencias de promedio de AT adolescentes (totales y subescalas) entre Terapias menor – mayor adherencia.	112
Tabla 41	Diferencias de promedios de ICG máximos entre terapias con y sin Cambio Confiable.	116
Tabla 42	Diferencias de promedio y desviación estándar de los ICG máximos alcanzados en la fase inicial, entre terapias que finalizan v/s interrumpen el proceso	118
Tabla 43	Parámetros del modelo de regresión logística que predice finalizar v/s interrumpir terapia y adherencia ( $\leq 3$ sesiones / $\geq 6$ sesiones) según ICG máximo alcanzado.	119
Tabla 44	Frecuencia y porcentaje de Formas Básicas en terapias exitosas y no exitosas.	122
Tabla 45	Frecuencia y porcentaje de Intenciones Comunicacionales en terapias exitosas y no	123

exitosas.

Tabla 46	Frecuencia y porcentaje de Técnicas Comunicacionales en terapias exitosas y no exitosas.	124
Tabla 47	Frecuencia y porcentaje de Referencias de las Acciones Comunicacionales en terapias exitosas y no exitosas.	125
Tabla 48	Acciones Comunicacionales en terapias con y sin Cambio Confiable (CC).	126
Tabla 49	Frecuencia y Porcentaje de Formas Básicas por terapia según criterios de adherencia	128
Tabla 50	Frecuencia y porcentajes de Intenciones Comunicacionales según Terapias que finalizan v/s interrumpen y Terapias que asisten 3 o más sesiones v/s Terapias que asisten 6 o más sesiones.	129
Tabla 51	Frecuencia y porcentaje de las Técnicas Comunicacionales según terapias que finalizan v/s interrumpen y terapias con menor y mayor asistencia.	131
Tabla 52	Frecuencia y porcentaje del Ámbito de las Acciones Comunicacionales según Terapias que finalizan v/s interrumpen y Terapias con menor y mayor asistencia	132
Tabla 53	Frecuencia y porcentaje de las Referencias de las Acciones Comunicacionales según Terapias que finalizan v/s interrumpen y Terapias con menor y mayor asistencia	134
Tabla 54	Acciones Comunicacionales y adherencia (Terapias finalizan / interrumpen y Terapias que asisten a 6 o más / 3 o menos.	135
Tabla 55	Coeficientes de Correlación de Spearman entre Formas Básicas e ICG máximos de la fase inicial	137
Tabla 56	Coeficientes de Correlación de Spearman entre Intenciones Comunicacionales e ICG máximos de la fase inicial.	137
Tabla 57	Coeficientes de Correlación de Spearman entre Técnicas Comunicacionales e ICG máximos de la fase inicial	138
Tabla 58	Coeficientes de Correlación de Spearman entre Ámbito de las Acciones Comunicacionales e ICG máximos de la fase inicial.	139
Tabla 59	Coeficientes de Correlación de Spearman entre Referencias de las Acciones Comunicacionales e ICG máximos de la fase inicial.	140
Tabla 60	Relación entre Acciones Comunicacionales en la fase inicial e ICG máximos alcanzados en la fase inicial	141



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1:	Evolución de la Alianza Terapéutica según Adolescentes y Terapeutas en las tres sesiones iniciales	53
Figura 2:	Evolución de Nivel de Indicadores de Cambio Genérico por sesión.	61
Figura 3:	Promedio de IGC por sesión	63
Figura 4:	Patrón de Evolución de los ICG en la fase inicial de la psicoterapia en Adolescentes	65
Figura 5:	Porcentaje de uso de las diferentes Formas Básicas según actor	67
Figura 6:	Porcentaje de Intenciones Comunicacionales por actores del proceso.	71
Figura 7:	Porcentaje de Intención Comunicacional resignificar por actor y momento de la sesión.	74
Figura 8:	Porcentaje de Técnicas Comunicacionales presentadas en la fase inicial	75
Figura 9:	Porcentaje de ámbitos de las acciones comunicacionales	79
Fig. 10:	Porcentaje de ámbitos del discurso por actores	80
Fig. 11:	Porcentaje de ámbitos del discurso por momento de la sesión	82
Fig 12:	Porcentaje de los ámbitos del discurso afectos y acciones por momento de la sesión y actor.	83
Fig. 13:	Porcentaje de Referencias de las acciones comunicacionales	84
Fig. 14:	Porcentaje de referencias de las acciones comunicacionales según actor del proceso	86
Fig. 15:	Porcentaje de referencias de las acciones comunicacionales según momento de la sesión	88
Fig. 16:	Porcentaje de referencias de las acciones comunicacionales según momento de la sesión y actor del discurso.	89
Fig.17:	Gráfico Puntaje Promedio OQ-45.2 (Sesión inicial, Sesión 6 y Sesión final).	96

## RESUMEN

El objetivo de este estudio fue caracterizar el comportamiento de la Alianza Terapéutica, las Acciones Comunicacionales y los Indicadores de Cambio Genéricos (ICG) en la fase inicial de la psicoterapia con adolescentes, y relacionar estas variables con resultados y adherencia al tratamiento. La muestra estuvo conformada por 20 procesos terapéuticos individuales en la fase inicial (1° a 3° sesión), de adolescentes (13 a 17 años). Las sesiones fueron videadas y transcritas para identificar los ICG y codificar las acciones comunicacionales. Los terapeutas y adolescentes completaron el Inventario de Alianza de Trabajo (IAT, Horvath & Greenberg, 1986; versión chilena Santibañez, 2000), después de cada una de las tres sesiones iniciales; y antes de la primera, sexta y última sesión de tratamiento los pacientes completaron el Cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia OQ-45.2 (Lambert et al, 1996; versión chilena De la Parra & Von Bergen, 2001).

Los resultados indican que la Alianza Terapéutica (AT) evoluciona positiva y significativamente de la 1° a la 3° sesión, tanto en pacientes como en terapeutas. Desde la perspectiva de los terapeutas, la AT, especialmente en la 3° sesión, se relaciona consistentemente con resultados. La AT, en la fase inicial, desde la perspectiva de los pacientes, se relaciona consistentemente con adherencia al tratamiento. Los ICG en la fase inicial de la psicoterapia con adolescentes, muestran una evolución ascendente de los ICG (desde Nivel I al Nivel II) y de aumento de los ICG «Intra» y «Extra» sesión. Los ICG muestran relación significativa con la adherencia al tratamiento. Las acciones comunicacionales en la fase inicial, en pacientes y en terapeutas, muestran un patrón de presentación diferente según si las terapias son “exitosas” y si presentan mayor adherencia v/s “no exitosas” y menor adherencia.

## INTRODUCCIÓN

La incorporación del sector joven a las preocupaciones de la vida pública aparece como parte de la dinámica natural del crecimiento y la complejización de nuestras sociedades a partir de la segunda mitad del siglo XX (Krauskopf, 2005). En Chile, hay 1.468.190 jóvenes cuyas edades fluctúan entre 15 y 19 años (Instituto Nacional de estadística [INE], 2006); esto es un 8,9% de la población chilena. Los problemas de salud de este grupo etario, se encuentran especialmente en el área de la salud mental y los estilos de vida, predominando los trastornos adaptativos, problemas de conducta, trastornos depresivos, abuso de alcohol y drogas, conductas de riesgo sexual, intentos de suicidio, entre otros (Almonte, 2003; Almonte & García, 2003). Estudios chilenos han mostrado un aumento en la prevalencia de enfermedades mentales y aumento de consultas en salud mental a nivel público y privado (Almonte & García, 2003; Recart, Castro, Álvarez, & Bedregal, 2002). Este aumento en la consulta también se ha observado en la atención de urgencia psiquiátrica y en la hospitalización psiquiátrica infanto- juvenil, en Chile y en otros países (Pacheco, Lizana, Celhay, & Pereira, 2007).

Pese a la presencia de complejos problemas en salud mental y a la necesidad de atención, existe evidencia que indica que los adolescentes presentan dificultad en la etapa de establecimiento de la relación de ayuda, y desisten de sus tratamientos en las sesiones iniciales (Baruch, Gerber, & Fearon, 1998; Bronstein & Flanders, 1998; Kazdin, 1990; Manríquez, Molina & Zubarew, 2003; Martínez, Martínez, Poblete, Chang, Brand, & Soto, 2009; Ministerio de Salud [MINSAL], 1999; Scheffler, 2002; Vaile-Val, Rosenthal, Curtis, & Marohn, 1984). Al respecto, se ha planteado que los adolescentes que asisten a tratamiento lo hacen en su mayoría por motivación de otros (padres, familia y/o escuela), ya

que con frecuencia los adolescentes no perciben la disfuncionalidad de su conducta, lo que dificulta la asistencia y permanencia en el tratamiento (Kazdin, 2004). También se ha relacionado la reticencia inicial con las características propias de la edad: necesidad de autonomía, autodeterminación, auto confirmación y desconfianza de la autoridad adulta (Levisky, 1999; Russell, Shirk, & Jungbluth, 2008) y el nivel de desarrollo cognitivo operatorio formal (Coll, Palacios, & Marchesi, 2004), que lleva a relativizar la opinión de los adultos, desidealizando y/o desvalorizando su aporte.

La adolescencia, como momento de crisis del desarrollo ha sido identificada como oportunidad de reparar funcionamientos o conflictos (Carvajal, 1994; Levisky, 1999; Quiroga, 2002). Entonces, muchos adolescentes podrían beneficiarse de diferentes intervenciones o procedimientos terapéuticos, si se pudiera entender cómo operan ciertos mecanismos básicos o condicionantes esenciales para el inicio y el desarrollo de un proceso terapéutico exitoso (Coleman & Hendry, 2003; Kazdin, 2004).

La investigación en psicoterapia, ya sea cualitativa o cuantitativa, de proceso - resultado o de resultados, ha estado predominantemente focalizada en adultos, esto con un costo no sólo para los niños, adolescentes y sus familias, sino para la sociedad como un todo, pues éstos serán los adultos del futuro. La trayectoria de los desórdenes de adultos indica que en su mayoría comienzan en la infancia, y posteriormente se cronifican, persisten o reaparecen en nuevos problemas en la adultez (Russell, 2008). Siendo aún insuficiente, en las últimas dos décadas la investigación en psicoterapia en niños y adolescentes ha avanzado considerablemente, y las revisiones concluyen consistentemente que los tratamientos son efectivos (Weisz, Weiss, Han, Granger, & Morton, 1995; Weisz, Sandler, Durlak & Anton, 2005). El enfoque que ha prevalecido para los estudios es el

centrado en la evidencia, en contextos artificiales, en sólo algunos “tipos” de psicoterapias - principalmente terapias conductuales y cognitivo conductuales -, en desmedro de investigaciones en contextos naturales, de terapias relacionales y de estudios de fenómenos internos (Kazdin, 2004; Russell, 2008). En un intento por avanzar en relación con estos vacíos, esta investigación tiene como objeto de estudio la psicoterapia en adolescentes que se realiza en sus contextos naturales, y específicamente la fase inicial dentro del proceso. ¿Por qué la fase Inicial? Autores tales como Howard, Lueger, Maling y Martinovich (1993), Hill (2005) y Krause (2005), han identificado la fase inicial de la terapia como fundamental para que la instalación de la relación terapéutica y para el desarrollo y curso del proceso. En psicoterapia en adolescentes hay menos investigación al respecto, pero hay evidencia que la alianza establecida en las primeras sesiones predice la alianza durante el restante proceso terapéutico y se relaciona con sus resultados (Diamond, Liddle, Hogue, & Dakof, 1999; Diamond, Siqueland & Diamond, 2003; Hawley & Weisz, 2005; Kazdin, Marciano, & Whitley, 2005).

Las variables a estudiar fueron elegidas considerando la evidencia empírica que avala su importancia en el proceso y en los resultados de la psicoterapia. La Alianza Terapéutica ha mostrado evidencia consistente que muestra una relación positiva con resultados de tratamientos tanto en adultos como en niños y adolescentes (Martin, Garske & Davies, 2000; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Shirk & Karver, 2003; Russell, et al., 2008). Las Acciones Comunicacionales, que son las herramientas verbales a través del cual se realiza el diálogo terapéutico, han sido estudiadas en psicoterapia de adultos en terapias exitosas y no exitosas y en episodios de cambio y de estancamiento, aportando interesante evidencia acerca del proceso comunicativo facilitador y obstaculizador del cambio

terapéutico (Fernández, Herrera, Krause, Pérez, Valdés, Vilches, & Tomicic, 2012; Krause, De la Parra, Aristegui & Strasser, 2007; Krause, De la Parra & Vilches, 2008; Valdés, et al., 2005). Si se considera que el cambio terapéutico es un cambio representacional del sí mismo (Krause, 2005), los Indicadores de Cambio Genéricos son producto del estudio de los momentos de cambio en terapias de distinta orientación teórica, y dan cuenta de la construcción progresiva y jerárquica de este cambio representacional (Krause & Dagnino, 2005; Krause, et al, 2007). Los Indicadores de Cambio Genérico, son marcadores del proceso interno de cambio y se relacionan con los resultados de la terapia. Se ha llegado a establecer el curso y la trayectoria de los cambios y su relación con procesos exitosos en psicoterapia en adultos (Krause & Dagnino, 2005). Los Indicadores de Cambio Genéricos no han sido estudiados en psicoterapia en adolescentes, pudiéndose constituir en un valioso instrumento para evaluar el curso y evolución de la terapia, así como constituirse en una evaluación de resultados.

Entonces, el objetivo de esta investigación es caracterizar la Alianza Terapéutica, las Acciones Comunicacionales y los Indicadores de Cambio Genéricos, en la fase inicial de la psicoterapia con adolescentes, y relacionar estas variables con resultados (intermedios y finales) y adherencia al tratamiento, con el propósito que los hallazgos encontrados aporten elementos a la práctica clínica en sus distintas orientaciones y al desarrollo de programas de formación de terapeutas especializados en la psicoterapia en adolescentes.

Esta investigación es en factores genéricos o comunes, en cuanto estudia variables comunes a todos los procesos terapéuticos - Alianza Terapéutica, Acciones Comunicacionales e Indicadores de Cambio Genéricos - y está orientada a establecer relaciones de proceso - resultados, con datos obtenidos en los contextos naturales donde se

realiza la psicoterapia, y donde las variables se evaluaron cuantitativamente, con procesos e instrumentos que se basan en la observación y el autoreporte. El análisis de los datos se realizó a través de procedimientos estadísticos, utilizando el software SPSS versión 15.0, aplicando estadística descriptiva, análisis de frecuencia, significancia de proporciones, correlaciones bivariadas, análisis de varianza univariada y regresiones logísticas bivariadas.

A continuación se presentan antecedentes teóricos y empíricos que fundamentan este estudio, los objetivos generales, específicos e hipótesis, los aspectos metodológicos, procedimientos y resultados de la investigación, para finalmente exponer una síntesis y discusión de ellos.

## **ANTECEDENTES TEORICOS Y EMPIRICOS**

### **Adolescencia, Salud Mental y Psicoterapia.**

La adolescencia ha sido descrita como un período crítico dentro del desarrollo (Blos, 1980; Muss, 1982), que implica una reorganización del sí mismo y cambios en las formas de relacionarse con los otros: padres, pares y sociedad. Por esto, puede darse una intensificación de varias formas de trastornos emocionales y conductuales (Steinberg, 2002), así como también puede constituirse en oportunidad de reparar y reformular funcionamientos desadaptativos adquiridos en etapas anteriores.

La epidemiología indica que los principales problemas en salud de los adolescentes son el área de la salud mental y los estilos de vida (Manríquez, et al., 2003). En América Latina y el Caribe se calcula que 17 millones de adolescentes de 14 a 16 años sufren de algún trastorno psiquiátrico que amerita atención (Programa Nacional de Salud 2001-2006, citado en Residencia en Psicoterapia con Adolescentes, 2003). En Chile se ha reportado un aumento de consultas en salud mental en los centros públicos y privados de atención, a partir de los 10-12 años (Almonte, 2003; Almonte, & García, 2003; Recart, et al., 2002), y también un aumento en la atención de urgencia y hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil (Pacheco, et al, 2007).

Los problemas de salud mental que se presentan con más frecuencia en los adolescentes son: trastornos adaptativos, conducta suicida, trastornos del desarrollo de la personalidad, problemas de aprendizaje y de rendimiento, trastornos depresivos y ansiosos, trastornos de déficit atencional, trastornos de conducta, abuso de alcohol y drogas,



conductas de riesgo sexual, entre otros (Almonte & García, 2003; Kazdin, 2004; Recart, et al, 2002)

Pese a estos abundantes antecedentes sobre su necesidad de tratamiento, existe evidencia que indica que los adolescentes presentan dificultad en la etapa de establecimiento de la relación de ayuda, y que con frecuencia desisten de sus tratamientos en las sesiones iniciales (Baruch, et al.,1998; Bronstein, et al., 1998; Kazdin, 1990; Martínez, et al., 2009; Scheffler, 2002; Vaile-Val, et al., 1984); se muestran reacios a la atención, manifiestan oposición activa a consultar, son evitativos de recibir ayuda, su motivación es inconsistente, y/o simplemente desertan de sus tratamientos (Castañeda, 1997; Manríquez, et al, 2003; Minsal, 1999), especialmente en las primeras 3 sesiones (Diamond, Liddle, Hogue, & Dakof, 1999; Tourigny, Hébert, Daigneault, & Simoneau, 2005). De este modo el problema de la adherencia al tratamiento (asistencia y permanencia), se ha transformado en un desafío para la atención de este grupo etario, ya que existe evidencia que indica que cuando se logra permanencia, la psicoterapia es efectiva en cuanto a disminuir síntomas y que permite al adolescente retomar el curso normal de su desarrollo (Kazdin, 2004).

La reticencia a consultar se ha intentado explicar por distintas vías. Una de ellas dice relación con que generalmente los adolescentes no reportan necesidad de consultar y no consideran que existan razones para una intervención (Kazdin, 2004); que consultan por indicación de sus padres, escuelas u otras instituciones (Castañeda, 1997; Recart, et al., 2002), por lo que llegan al proceso sin motivación propia. Además, en terapias con adolescentes existe participación directa o indirecta de los padres y/o el grupo familiar en el proceso, lo que hace la psicoterapia con este grupo etario diferente a la que se ejerce con los

adultos (Kazdin, 2004). Por otra parte, también se ha planteado que existen características del desarrollo que podrían dar cuenta de la dificultad para establecer vínculos de ayuda con adultos. La necesidad de autonomía y autoconfiguración del joven, en su búsqueda de identidad, es una de ellas, generando desconfianza en la autoridad adulta (Russell, et al. 2008). Otro aspecto de la dificultad para aceptar la ayuda, es la percepción del adolescente acerca de su capacidad de generar cambios. Weisz (1986) plantea que si el joven no cree en su habilidad para generar los cambios, sino que piensa que los cambios los generará el otro-terapeuta, su motivación para participar en el tratamiento disminuirá. Entre los primeros estudios empíricos sobre la relación terapéutica con adolescentes, se encuentran los de Gerber y Fearon (1998) quienes observaron diferencias significativas entre los adolescentes que deciden abandonar la psicoterapia y los que deciden seguir en ella. Los primeros por lo general son más jóvenes y con problemas de conducta, mientras que los segundos son más adultos, tienen pocos problemas de conducta, son pacientes que han buscado ayuda por sí mismos y se encuentran a gusto en un tratamiento que les permita recibir apoyo de un profesional. Finalmente, también se ha aludido a que los aspectos narcisísticos acentuados en el adolescente pueden impedir el vínculo inicial del tratamiento, ya que el adolescente se experimenta a sí mismo como único, y está convencido de que nadie puede acercarse, comprenderlo y contenerlo, lo que puede provocar resistencia e interrupción de la terapia (Levisky, 1999). Esta problemática propia del adolescente muchas veces impide su compromiso con una psicoterapia a largo plazo y el establecimiento de una relación terapéutica con un adulto.

Entonces, considerando que los jóvenes con frecuencia requieren de atención psicológica, y que sus características de desarrollo no facilitan la consulta y permanencia en

terapia, el desafío central para clínicos e investigadores es lograr generar conocimientos que permitan transformar la reticencia inicial hacia la psicoterapia en colaboración e interés por el proceso, ya que estos son requisitos esenciales para el éxito de éste.

### **Investigación en Psicoterapia.**

La investigación en psicoterapia se ha orientado en tres grandes líneas:

- Estudios que relacionan tipos de tratamientos con tipos de problemas, cuyo objetivo es encontrar apoyo empírico para establecer el tipo de tratamiento específico para cada problema (Barret, Duffy, Dadds, & Rappe, 2001; Sheldrick, Kendall, & Heimberg, 2001).
- Estudios de los factores de cambio inespecíficos o “comunes” (Krause, Aristegui, & de la Parra., 2002; Krause, 2005; Orlinsky & Howard, 1987), que se interesan por descubrir qué factores de la terapia o extra-terapéuticos, transversales a diferentes tipos de terapia, resultan responsables del cambio.
- Estudios de proceso terapéutico, que se centran en la interacción terapéutica y en los procesos de cambio que ocurren durante la relación de ayuda (Hill, 1990; Orlinsky & Howard, 1986).

Los estudios en factores comunes han dado especial atención a investigar la Alianza Terapéutica, y ellos han demostrado consistentemente, que la Alianza Terapéutica, evaluada tempranamente en la terapia, es un predictor de los resultados en distintos tipos de modalidades terapéuticas y en distintos tipos de desórdenes. (Assay & Lambert, 1999; Horvath, 1994; Orlinsky & Howard, 1986; Martin, Gorske, & Davis, 2000; Horvath &

Bedi, 2002), razón por la cual se considera una variable relevante a evaluar en la psicoterapia en adolescentes en la fase inicial. Otro tipo de factor común estudiado es el lenguaje verbal en la psicoterapia (Elliot, Slatick & Urman, 2001; Martínez, 2011; Mergenthaler, 1996; Valdés, 2010), que se ha estudiado integrando la mirada de proceso, profundizando en como las interacciones verbales se relacionan con el cambio terapéutico. Las investigaciones en Acciones Comunicacionales corresponden a este tipo de investigación (Krause, et al., 2007; Valdés, Tomicic, Pérez, & Krause, 2010). Krause, Aristegui, De la Parra, & Strasser (2006), han estudiado las Acciones Comunicacionales presentes en la interacción terapéutica en distintas modalidades de terapias en adultos, tanto en el paciente como en el terapeuta, aportando resultados que permiten comprender mejor el diálogo en el proceso. También se han estudiado las Acciones Comunicacionales en episodios relevantes de la psicoterapia, pudiendo identificar características de la interacción verbal diferentes en momentos que facilitan y obstaculizan el cambio (Fernández, et al., 2012; Valdés, Krause & Álamo, 2011). Las acciones comunicacionales en terapias con adolescentes no se han estudiado. En psicoterapia con adolescentes, se han estudiado las intervenciones terapéuticas que favorecen la construcción de la alianza (Diamond, et al., 1999) y la involucración del paciente adolescente durante la sesión, como moderador de la alianza terapéutica (Karver, Shirk, Handelsman, Fields, Crisp, Gudmundsen, & McMakin, 2008).

### **Fases en Psicoterapia: fase inicial.**

Las investigaciones en psicoterapia han identificado que el proceso terapéutico se desarrolla en diferentes fases que se presentan en sucesión jerárquica, donde la primera es requisito de la siguiente (Hill, 2005; Krause & Dagnino, 2005; Krause, et al., 2007; Mergenthaler, 1996; Prochaska & DiClemente, 1983). Autores tales como Howard, Lueger, Maling & Martinovich (1993), Hill (2005) y Krause (2005), han identificado la fase inicial de la terapia como fundamental para la instalación de la relación terapéutica y para el desarrollo y curso del proceso. Este período genera un interés especial por el impacto en la adherencia y en la evolución del proceso. Howard, et al., (1993) se refieren a esta fase como etapa de “remoralización”, fase de surgimiento de la esperanza del cambio y de la alianza con el terapeuta. Desde otra perspectiva, también ha sido llamada etapa de construcción de un sentimiento de competencia (Berg & De- Jong, 1996) o de capacidad de manejar los propios problemas (Shilkret & Shilkret, 1993).

Por su parte, Hill (2005) distingue 4 estados o fases dentro de la terapia: formación de la impresión inicial (I), comienzo de la terapia (II), trabajo terapéutico central (III) y terminación (IV). Para efectos de esta investigación se considerarán las 2 primeras como parte de la fase inicial. En la fase I, la meta es que terapeuta y cliente sientan que pueden trabajar juntos; el paciente debe sentir que el terapeuta es creíble, y que es seguro proceder; el terapeuta debe sentir ganas de trabajar con este cliente, y creer que el cambio es posible. Esta fase generalmente es corta, primer contacto, primeros minutos en la sesión, pero puede tener implicaciones para el curso de la terapia, si el cliente no sintió confianza o no le dio credibilidad el terapeuta. La fase II, que se inicia después de la “conexión” entre cliente y terapeuta, puede tener duración variable según las distintas orientaciones teóricas, pero en

todas tiene esencialmente dos propósitos: facilitar la exploración del cliente de su motivo de consulta y de su historia, y la conceptualización /comprensión del caso por parte del terapeuta. Si estos objetivos se cumplen pueden trabajar juntos y continuar con las dos fases siguientes del proceso terapéutico (Hill, 2005).

Por su parte, Krause (2005), conceptualiza la fase inicial de la psicoterapia como la fase de Consolidación de la relación terapéutica (Krause et al, 2006). En esta fase lo central es la construcción de la relación terapéutica y la construcción de un contexto de significado psicológico compartido. Para la construcción de la relación y para los cambios terapéuticos se requiere la aceptación de la necesidad de ayuda, la definición del terapeuta como experto y la autoevaluación crítica. La aceptación del contexto psicológico es un signo de confianza del consultante hacia su terapeuta, pero al mismo tiempo es un producto de la primera fase de la relación, y un proceso de reinterpretación; se resignifica o se reclasifica el problema, en un nuevo contexto de significado psicológico. Cuando el paciente no acepta el contexto de significado psicológico o cuando no se desarrolla la consolidación de la relación, se rompe dicha relación o bien resulta insatisfactoria e ineficaz desde el punto de vista de los involucrados (Krause, 2005). Este análisis enfatiza la importancia otorgada por la investigación en psicoterapia a las primeras sesiones en su relación con el éxito terapéutico. En los apartados siguientes, se presentan antecedentes teóricos y empíricos de las variables Alianza Terapéutica, Acciones Comunicacionales e Indicadores de Cambio Genéricos, que son las variables a estudiar en la fase inicial de la Psicoterapia en Adolescentes en esta investigación.

## **Alianza Terapéutica.**

Existen diferentes definiciones sobre alianza terapéutica, pero se puede llegar a un consenso general en que la alianza captura el elemento colaborador de la relación paciente-terapeuta y que toma en cuenta la capacidad de paciente y terapeuta de negociar un contrato apropiado a la amplitud y profundidad de la terapia (Horvath & Symonds, 1991; Santibáñez, 2002). Es Bordin (1979) quien organiza conceptualmente la noción de alianza terapéutica incluyendo tres aspectos: a) establecimiento y desarrollo de vínculo, b) acuerdo sobre metas u objetivos del proceso terapéutico, y c) acuerdos sobre tareas y responsabilidades para alcanzar esas metas. Estos tres niveles se han estudiado en cuanto a su aporte al concepto de alianza terapéutica e inclusive han sido operacionalizados en escalas (Horvath & Greenberg, 1986).

Las investigaciones en psicoterapia han identificado a la alianza terapéutica como un factor central y genérico del cambio (Lambert, 1992; Orlinsky & Howard, 1986). Existe consistente evidencia que relaciona alianza terapéutica y resultados del tratamiento, tanto en adultos como en niños y adolescentes (Martin, Garske & Davies, 2000; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Shirk & Karver, 2003; Russell, et al., 2008). Sin embargo, no se ha entendido completamente como afecta la alianza terapéutica los resultados de la psicoterapia. Hoffat, Borge, Sexton, Clark, & Wampold (2012), desde una perspectiva cognitiva, plantean dos mecanismos de acción de la alianza terapéutica para provocar el cambio: Un mecanismo de acción directo, que se basa en que la relación terapéutica es en sí misma terapéutica y que el acuerdo en las tareas y metas de la terapia hace que el paciente acepte las explicaciones de su problema, aumente su motivación por tareas y logros, aumente sus expectativas de autoeficacia y remoralización, y su voluntad de mejorarse,

cumpliendo tareas y recomendaciones, disminuyendo su problema, por ende obteniendo mejores resultados. El mecanismo indirecto - planteado por los autores- , es que la alianza actúa como un facilitador de los cambios, en la medida que “combate” o “cuestiona” los factores sostenedores de la enfermedad o del problema. Al seguir las indicaciones del tratamiento, van perdiendo fuerza las cogniciones erradas sostenedoras del problema, lo que promueve la aparición de nuevas cogniciones y comportamientos.

Por su parte, Shirk & Karver (2003), se refieren a variables moderadoras en la relación alianza terapéutica – resultados de tratamiento. Ellos realizaron un meta análisis con 23 investigaciones que relacionaban alianza terapéutica y resultados del tratamiento en niños y adolescentes, con el objeto de evaluar la presencia de moderadores de la asociación. Sus resultados indican que los moderadores significativos en la asociación alianza- resultados son el tipo de problema del paciente, el momento de la evaluación de la alianza, el informante de la alianza y el tipo de medición de los resultados. En relación al tipo de problema, los pacientes con problemas “externalizados”<sup>1</sup> mostraban una relación más fuerte entre alianza - resultados, que los pacientes con problemas “internalizados”<sup>2</sup>. En cuanto a el momento de la evaluación de la alianza - temprana, tardía, o seguimiento post terapia – el estudio indica que las evaluaciones más tardías tienden a mostrar asociaciones más altas entre alianza y resultados. Cuando se considera el informante de la alianza (paciente, padres, terapeuta u observador), las evaluaciones realizadas por el terapeuta mostraban una asociación más alta que las evaluaciones de los pacientes, ya que estas últimas, presentaban menor variabilidad y tendencia a ser muy positivas. El tipo de medición de los resultados

---

<sup>1</sup> Nomenclatura usada para agrupar a los trastornos que generan gran malestar al entorno del niño o adolescente. Puede ser homologable a trastornos de conducta.

<sup>2</sup> Nomenclatura utilizada para agrupar a los trastornos que generan gran malestar (interno) al niño o adolescente. Incluye trastornos ansiosos y depresivos, entre otros.



(síntomas, funcionamiento global, u otro), es otro moderador significativo: las evaluaciones de resultados que evaluaban un funcionamiento global, presentan asociaciones más altas que las que evaluaban dimensiones específicas. Otros criterios que fueron evaluados y no mostraron ser moderadores significativos en la asociación alianza- resultados fueron la edad del paciente, el tipo de terapia (conductuales: CBT, entrenamiento en habilidades, entrenamiento a padres; no conductuales: psicodinámicas, centradas en el cliente y eclécticas), la modalidad de terapia (individual, familiar o sólo a padres), la estructuración de la terapia (manualizada v/s no manualizada) y el contexto de la terapia (servicio de atención en salud y contexto de investigación).

El tema de la perspectiva de la alianza (paciente o terapeuta) y el momento en que ésta se evalúa (inicio, mediados o término) es un problema al que se le ha dado especial atención las investigaciones de alianza terapéutica en adultos y es punto de debate. En relación a la perspectiva con que se evalúa la calidad de la alianza en psicoterapia adultos, existe evidencia que indica que la calidad de la alianza evaluada por el paciente presenta mayor relación con los resultados terapéuticos que la calidad de la alianza evaluada por el terapeuta (Orlinsky, Ronnestad, & Willutzky, 2004). En relación al momento de evaluación, los estudios (Horvath, 1994; Horvath & Symonds, 1991) indican que buenos niveles de alianza inicial son cruciales para el desarrollo exitoso del tratamiento, aumentan la retención, la satisfacción con el proceso y los resultados. En estudios con adolescentes no hay acuerdo acerca de qué perspectiva de la alianza se relaciona más fuertemente con resultados, si la alianza evaluada por adolescente, terapeuta, los padres u observador. Sin embargo hay alguna evidencia que señala que en adolescentes y en pacientes abusadores de sustancias la calidad de la alianza evaluada por observadores se relacionaría más con

resultados finales, que la alianza evaluada por los pacientes (Fenton, Cecero, Nich, Frankforter, & Carroll, 2001; Shelef, Diamond, Diamond, & Liddle, 2005). Por su parte Karver, et al., (2008), plantean que es la alianza evaluada desde la perspectiva del adolescente la que más se relacionaría con los resultados de la terapia, pero esta relación sería moderada por la involucración del adolescente en su tratamiento. También se ha aludido a que la participación de otros miembros de la familia en el proceso terapéutico- como es común en terapia con niños y adolescentes- complejiza el tema de la alianza. ¿Con quién se establece la alianza, y cuál alianza se evalúa y/o cuál se relaciona más con los resultados? Existen estudios (Diamond, Diamond, & Liddle, 2000) que plantean que la alianza del terapeuta con los padres también se relaciona con los resultados de la terapia. En relación a quién evalúa la alianza, Karver, et al., (2008), plantean que es fundamental tomar en cuenta ambas perspectivas (paciente - terapeuta) y un observador de la interacción terapéutica, y que esto se realice en estudios que las consideren simultáneamente, para poder compararlas.

En cuanto al momento de la terapia que se evalúa la alianza, estudios en psicoterapia infanto juvenil (Bickman, et al., 2004; Meier, Barrowclough, & Donmall, 2005) indican que la alianza terapéutica evaluada tempranamente en terapia, predice los resultados del tratamiento en un amplio rango de modelos terapéuticos y poblaciones clínicas, mejor que la alianza evaluada en la mitad de la terapia o que su promedio a lo largo del tratamiento. Consecuente con lo anterior, se ha observado que en adolescentes adictos las intervenciones tempranas realizadas por el terapeuta (en primeras dos sesiones), especialmente las dirigidas a dar significado a las metas del tratamiento, contribuyen significativamente al incremento de la calidad de la alianza, especialmente cuando se inicia

el proceso con un vínculo débil (Diamond, et al, 1999; Diamond, Siqueland & Diamond, 2003). Incluso, se ha reportado que el nivel de alianza terapéutica en la sesión tres, es el predictor más potente de los resultados del tratamiento en psicoterapia con adolescentes (Karver, et al, 2008; O'Malley, Suh, & Strupp, 1983).

Es por esto que el diseño de esta investigación considera la evaluación de la alianza terapéutica desde la perspectiva de terapeuta, del adolescente y de los padres, para responder a las preguntas ¿Existen diferencias entre las percepciones de la Alianza entre ellos? ¿La Alianza Terapéutica evoluciona en forma similar o diferente en la fase inicial, según sea quien la percibe? ¿Cómo es la evolución de la calidad de la alianza entre la primera y la tercera sesión en pacientes y terapeutas? ¿Cuál perspectiva de la alianza y evaluada en qué sesión, se relaciona más con la permanencia en terapia y los resultados finales en adolescentes?

Finalmente, se mencionarán estudios que han examinado la contribución de la conducta del terapeuta a la formación de la alianza, durante la sesión, debido a que se consideran importantes para la integración de los resultados con la práctica clínica.

Existe evidencia que algunas conductas de los terapeutas pueden facilitar el desarrollo de la alianza. Los autores Diamond, Liddle, Hogue, & Dakof (1999), reportaron que ciertas conductas, tales como: prestar atención a la experiencia del adolescente y a la presentación que hace de sí mismo, junto con la formulación de metas terapéuticas significativas para él (ella), facilitan el establecimiento de la alianza terapéutica. También las acciones para promover en la terapia el sentido de competencia y autoeficacia puede aumentar la fuerza de la alianza terapéutica, ya que el adolescente necesita sentirse competente (Diamond, et al., 1999). En este sentido, se plantea que las intervenciones

terapéuticas que hacen sentir al adolescente autónomo y capaz de definir sus propias soluciones, facilitan la formación de la alianza terapéutica y aumentan la satisfacción con el tratamiento y la adherencia a éste (Church, 1994; Diamond, et. 1999; Taylor, Adelman, & Kaser-Boyd, 1986).

En esta misma línea, Karver et al. (2008) analizaron las conductas de terapeutas en sesión, y reportan que los terapeutas que atendían a las experiencias emocionales de los adolescentes, se presentaban como aliados y acordaban con ellos las metas, favorecían una alianza positiva; en contraposición, las características de los terapeutas que no favorecían la alianza positiva eran: “empujar” a los pacientes a hablar, ser demasiado formales y enfatizar la similitud de sus vivencias con las de los pacientes. Otros autores, como Green (2006) y Karver, Handelsman, Campos & Bickman (2006) destacan las técnicas terapéuticas utilizadas, la empatía y las habilidades interpersonales, como factores asociados al desarrollo de una alianza de trabajo con los pacientes adolescentes con trastornos psiquiátricos. Según Karver et al. (2008), es posible que las conductas que comprometen a los adolescentes con sus terapias sean comunes a todos los tipos de terapias, pero no hay suficiente evidencia empírica que guíe a los terapeutas en el proceso de motivación y formación de la alianza en la terapia individual, por lo que es necesario seguir investigando.

## **Indicadores de Cambio Genéricos.**

La investigación en procesos de cambio en psicoterapia ha utilizado ampliamente la aproximación a eventos o momentos significativos durante la terapia. Los segmentos significativos han recibido diferentes denominaciones, tales como Eventos de Empoderamiento (Timulak & Elliott, 2003), Momentos Innovativos (Gonçalves et al., 2009; Matos, Santos, Gonçalves & Martins, 2009), Insight (Elliott, 1984) y Momentos de Cambio (Krause et al., 2006), entre otros.

Desde la perspectiva de la Teoría del Cambio Subjetivo, Krause (2005) sostiene que el cambio psicoterapéutico evoluciona en etapas, que son construidas unas sobre otras, en las cuales el nivel de complejidad de los patrones de explicación e interpretación aumenta progresivamente. Entonces, los Momentos de Cambio (MC) se pueden entender, como los segmentos de la terapia donde ocurre el cambio en los patrones subjetivos de interpretación y explicación, cuyo contenido es de una complejidad creciente. Los MC pueden ser observados durante las sesiones terapéuticas, siguiendo criterios definidos para identificarlos (“correspondencia teórica”, “verificabilidad”, “novedad” y “consistencia”<sup>3</sup>). Krause et al., (2006, 2007) han descrito un modelo de evolución del cambio psicoterapéutico genérico, que describe 19 Indicadores de Cambios Genéricos (véase Anexo 1). La evidencia indica que “es posible determinar el indicador a través de una verbalización de la o el paciente. Esta verbalización es indicativa del contenido del momento de cambio, es decir, permite ser asociada a un indicador de cambio específico (teniéndose en consideración el contexto de la interacción terapéutica y del proceso de terapia)” (Krause et al., 2006, p. p. 311). El ICG permite rotular en momento de cambio, y

---

<sup>3</sup> Criterios que se explicaran en sección procedimientos.

da cuenta del nivel o estado en el proceso de cambio psicoterapéutico que se encuentra el paciente.

La investigación en ICG ha permitido establecer que los procesos terapéuticos exitosos presentan una mayor cantidad de episodios de cambio, que los procesos no exitosos; también se ha podido establecer que los indicadores de cambio se presentan en un orden jerárquico sucesivo, desde cambios iniciales hacia cambios en períodos más avanzados en la terapia (Echávarri, O., et al., 2009; Krause & Dagnino, 2005), y que se encuentran asociados positivamente a mejoría en el discomfort psicológico de los pacientes, aportando apoyo empírico a la noción de cambio subjetivo (Echávarri, O., et al., 2009)

Los indicadores genéricos de cambio surgen de la observación de psicoterapias con adultos, y no se han estudiado en forma específica en psicoterapia con adolescentes. Sin embargo se puede inferir que son aplicables a diversas situaciones de cambio, por su naturaleza genérica.

### **Acciones Comunicacionales.**

El lenguaje, verbal y no verbal, es por excelencia la herramienta psicoterapéutica. En la mayoría de las modalidades terapéuticas, el proceso de cambio se construye a través de la comunicación entre terapeutas y consultantes (Elliot, et al., 2001; Krause et al, 2007). Se entenderá por Acciones Comunicacionales, las verbalizaciones que se presentan en la conversación terapéutica, a través de las cuales los actores involucrados se influyen mutuamente y, eventualmente, construyen el cambio psicológico (Valdés, et al, 2005). En el plano teórico subyace a este concepto, “una noción de lenguaje performativo, es decir,

aquella que entiende al lenguaje no como mero reflejo de la realidad, sino como constituyente de ésta. Desde esta perspectiva se asume que decir algo es hacer algo. De acuerdo con este planteamiento conceptual, la acción verbal se denomina “acción comunicacional”, ya que cumple con el doble propósito de transportar información (comunicación) y ejercer influencia sobre el otro y la realidad construida por los hablantes (acción)” (Krause, Valdés, & Tomicic, 2009, p. 2).

Las acciones comunicacionales se pueden analizar distinguiendo su tipo y su contenido (Anexo N° 2) Dentro de los tipos se pueden distinguir tres dimensiones: *forma básica*, dimensión de análisis que hace referencia a la estructura formal de la verbalización, distinguiendo entre: asentir, aseverar, negar preguntar y dirigir; *intención comunicacional*, dimensión de análisis que hace referencia al propósito comunicacional que expresa la verbalización del hablante; se distinguen: explorar, sintonizar y resignificar; y *técnica*, dimensión de análisis que hace referencia a los recursos metodológicos comunicacionales presentes en la acción comunicacional, tales como: reflejo, interpretación, confrontación, información, entre otros. El contenido de las acciones comunicacionales corresponde al objeto del trabajo terapéutico e incluye dos dimensiones: el *ámbito o contenido*, si el objeto del trabajo terapéutico se circunscribe al mundo de las ideas (cognitivo), al mundo de las acciones (comportamiento), o al mundo de los afectos (emoción) y la *referencia*, distinguiendo si la referencia se dirige a sí mismo, a otro presente en la sesión, a un tercero fuera de la sesión, a la relación terapéutica, a la relación con un tercero fuera de la sesión, o si es una referencia a un sujeto neutral.

Estudios en relación a las acciones comunicaciones en psicoterapia con adultos han evaluado su evolución a lo largo del proceso terapéutico y a lo largo de los episodios de

cambio, comparando la comunicación de paciente y terapeuta en diferentes modalidades y determinando su relación con el éxito terapéutico. Los resultados realizados por Krause, De la Parra, & Vilches, 2008, muestran que las formas básicas más frecuentes son aseverar y asentir, tanto en pacientes como en terapeutas, aunque en una frecuencia mayor en pacientes. Luego está la forma básica preguntar, pero ésta se presenta en mayor frecuencia en los terapeutas. Los resultados de Valdés, et al., 2011, permiten identificar que en los terapeutas la presencia de la forma básica asentir se encuentra más frecuentemente asociada a los episodios de cambio con indicadores de nivel más alto en la jerarquía del cambio, y en terapias exitosas. También, se observa que en los terapeutas la intención comunicacional preguntar, presenta mayor probabilidad de aparición en episodios de cambio de nivel más bajo en la jerarquía de los cambios (Krause, Aristegui, De la Parra, & Strasser, 2006) En las terapias exitosas se observa mayor probabilidad de asentir y aseverar, en terapeuta y paciente; en cambio, en las terapias no exitosas, en el terapeuta aumenta la probabilidad de preguntar y disminuye la probabilidad de aseverar (Krause, et al, 2007b). En un estudio publicado recientemente (Fernández, et. al, 2012) donde se compara la comunicación verbal entre pacientes y terapeutas en Episodios de Cambio y Estancamiento, se plantea que en los Episodios de Cambio (EC) el terapeuta tiene un discurso más propositivo (asevera y niega más y asiente menos); el paciente tiene un lenguaje más receptivo, asintiendo más. En cambio en los Episodios de Estancamiento (EE), el paciente niega más, y asiente menos, con un discurso más cerrado, poco receptivo. El terapeuta asiente más y niega y asevera menos. En cuanto a las Intenciones Comunicacionales, en ambos episodios y en ambos hablantes predomina la intención explorar, sin embargo en los EE el paciente explora más que el terapeuta, y resignifica menos que el terapeuta. El terapeuta resignifica más que el



paciente en EE, y mantiene la intención sintonizar constante en ambos episodios. En las Técnicas comunicacionales utilizadas en los EC son más variadas en los terapeutas que en los pacientes, los que utilizan principalmente la argumentación. En los EE los terapeutas usan más la confrontación y la interpretación que en los EC. Los pacientes utilizan principalmente la argumentación. El ámbito o contenido del discurso en los EC se centra en las ideas en ambos emisores, aunque el paciente se enfoca más en los afectos que el terapeuta. En los EE, predominan las ideas en ambos actores y no se diferencian en cuanto al foco de los afectos. Finalmente las referencias del habla, en los EC predomina hablar del otro presente (el terapeuta del paciente) y de sí mismo, en el caso del paciente. En los EE se habla más de terceras personas y de la relación terapéutica, en comparación con los EC.

No se han reportado estudios en acciones comunicacionales en psicoterapia con adolescentes. Estos antecedentes son importantes de considerar, para analizar las acciones comunicacionales que se presentarán en terapias con mejores resultados y con mayor adherencia v/s las terapias con menores resultados y menos adherencia.

En un estudio en terapias con niños con trastorno de ansiedad, acerca de conductas de los terapeutas en la construcción de Alianza, se reportó que el uso de un *lenguaje colaborativo* (we, us, let's) era predictor de una alianza positiva. Fueron relacionadas negativamente con la alianza, las conversaciones dirigidas a buscar intereses comunes y los intentos de empujar a hablar al niño (Creed & Kendall, 2005).

Entonces, surge la interrogante sobre cuáles son aquellas Acciones Comunicacionales, en la fase inicial del tratamiento con adolescentes, que se asocian con Indicadores de Cambio de nivel más alto, con éxito terapéutico y con mayor adherencia al proceso. Esto podría orientar a los terapeutas acerca del tipo de interacción terapéutica que

sería favorable fomentar, estableciendo “puentes” entre la investigación y la práctica clínica.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General.**

Caracterizar el comportamiento de la alianza terapéutica, las acciones comunicacionales y los indicadores de cambio genéricos en la fase inicial de la psicoterapia con adolescentes, realizada en sus contextos naturales y con distintos enfoques teóricos, y relacionar estas variables con resultados (intermedios y finales) y adherencia al tratamiento.

### **Objetivos Específicos**

1. Determinar la calidad y evolución de la alianza terapéutica, desde la perspectiva del paciente y del terapeuta, en la fase inicial de la psicoterapia en adolescentes.
2. Determinar qué perspectiva de la alianza en la fase inicial, la del paciente, la del terapeuta y/o la alianza padres-terapeuta, se relaciona más con los resultados (de proceso y finales) y la adherencia al tratamiento.
3. Identificar qué momento de la evaluación de la alianza terapéutica, sesión uno, sesión dos o sesión tres, se relaciona más con los resultados de proceso, resultados finales y la adherencia al tratamiento.
4. Determinar los Indicadores de Cambio Genéricos presentes en la fase inicial de la psicoterapia con adolescentes, y relacionarlos con las acciones comunicacionales de pacientes y terapeutas.

5. Establecer la relación de los Indicadores de Cambio Genéricos de la fase inicial con los resultados (de proceso y finales) y la adherencia al tratamiento.
6. Describir las acciones comunicacionales en la fase inicial de la psicoterapia con adolescentes, comparando acciones de paciente y de terapeuta.
7. Relacionar el predominio de determinados tipos de Acciones Comunicacionales en la fase inicial del tratamiento, en adolescentes y/o terapeutas, con el logro Indicadores de Cambio Genéricos, resultados (de proceso y finales) y adherencia al tratamiento.

### **HIPÓTESIS.**

H<sub>1.1</sub> La calidad de la alianza terapéutica se modificará entre la 1º y 3º sesión, tanto en el paciente como el terapeuta.

H<sub>1.2</sub> Los niveles de calidad de la alianza evaluados en la sesión nº3, tanto en pacientes como en terapeutas, serán significativamente mayores en las terapias exitosas en comparación con las no exitosas y en las terapias con mayor adherencia en comparación con terapias con menor adherencia.

H<sub>1.3</sub> La evaluación de la alianza desde la perspectiva del paciente presentará mayor relación con los resultados (intermedios y finales) y la adherencia, que la evaluación de la alianza desde la perspectiva del terapeuta y que la evaluación de la alianza de los padres con el terapeuta.

H<sub>2.1</sub> Indicadores de Cambio Genéricos de nivel más altos en la jerarquía, observados en la etapa inicial de la terapia, se relacionarán con mejores resultados (intermedios y finales) y

con mayor adherencia (asistencia a un mayor número de sesiones y término del tratamiento).

H<sub>2.2</sub> El nivel jerárquico de los Indicadores de Cambio Genéricos en la fase inicial se relacionará positivamente con la forma básica “aseverar”, la intención comunicacional “sintonizar” y la “referencia a sí mismo”.

H<sub>2.3</sub> La ausencia de Indicadores de Cambio Genéricos en la etapa inicial de la terapia, se relacionará con terapias no exitosas y menor adherencia.

H<sub>3.1</sub> Las formas básicas “asentir” y “aseverar” presentarán mayor frecuencia en los pacientes que en los terapeutas, a diferencia de la forma básica “preguntar” que será más frecuente en terapeutas, en la fase inicial de la psicoterapia con adolescentes.

H<sub>3.2</sub> La intención comunicacional “explorar” presentará mayor frecuencia en los pacientes que en los terapeutas, y la intención “sintonizar” será más frecuente en terapeutas, en la fase inicial de la psicoterapia con adolescentes.

H<sub>3.3</sub> Existirá una mayor frecuencia de formas básicas “asentir” y “preguntar”, de la intención comunicacional “sintonizar” y del contenido “referido a sí mismo”, en al fase inicial del proceso, tanto en pacientes como en terapeutas, en las terapias exitosas comparadas con las no exitosas.

H<sub>3.4</sub> Existirá mayor presencia de las formas básicas “negar”, la intención “explorar”, la técnica argumentar y referencia “a terceros”, en las terapias que se interrumpen, tanto en pacientes como en terapeutas.

## **MÉTODO**

### **Diseño general de la investigación.**

Esta investigación es de tipo no experimental, con datos obtenidos en los contextos naturales donde se realiza habitualmente psicoterapia con adolescentes. Se estudiaron procesos psicoterapéuticos y se establecieron relaciones entre estos procesos y los resultados. Las variables se evaluaron cuantitativamente, con procesos e instrumentos que se basan en la observación y en el autoreporte. Para relacionar las variables se utilizó metodología cuantitativa, estadística descriptiva e inferencial, análisis de tipo correlacional.

### **Participantes.**

La muestra estuvo formada por 20 procesos psicoterapéuticos de adolescentes, de modalidad individual, que cumplieran los criterios de inclusión. Los criterios de inclusión son edad (entre 14 y 18 años), no presentar diagnóstico de Retardo Mental y/o Psicosis, e iniciar un proceso de psicoterapia al momento de aceptar la participación del estudio.

La media de edad de los adolescentes fue de 15,8 años (DS= 1,03 años), con un rango de 13<sup>4</sup> a 17 años, y una distribución por sexo de 75% mujeres y 25% hombres. Estos adolescentes fueron derivados a atención psicológica ambulatoria desde psiquiatría (55%), desde el sistema escolar (20%), desde su familia (15%) o consultaron en forma espontánea (10%). Los adolescentes presentaban los siguientes diagnósticos: Trastorno Depresivo (40%), Trastorno Conductual (15%), Trastornos Ansiosos (15%), Trastorno Adaptativos (15%), Crisis de desarrollo (10%) y Trastorno Bipolar en estudio (5%).

---

<sup>4</sup> Por error se integró a la muestra una adolescente que presentaba 13 años, 11 meses, que informó previamente que tenía 14 años.

Las terapias presentaron una duración promedio de 15,15 sesiones (DS = 10,9 sesiones), con un rango de dispersión entre 1 y 34 sesiones. Un 20 % (n = 4) asiste a tres o menos sesiones, el 50% (n = 10) asiste entre 6 y 16 sesiones, y un 30 % (n = 6) asiste a 20 o más sesiones (2 terapias en tratamiento aún a Sept 2012). La orientación teórica de las terapias fue de 40% sistémica, 25% constructivista, 25% psicodinámica y 10% cognitivo – conductual.

Las instituciones para recolectar la muestra fueron elegidas intencionalmente, por accesibilidad, y ajustadas al criterio de prestar el servicio de terapia psicológica individual. El 85% de la muestra (n=17) pertenecía a pacientes atendidos en Psicomédica, centro de atención en Salud Mental privado, con convenio con Fonasa e Isapres, y atención particular. Este centro atiende a una población corresponde a una población de NSE medio. El 10% de la muestra (n=2) fueron pacientes atendidos en el Consultorio de Salud Familiar de Pudahuel, cuya atención es gratuita, y corresponden a una población de NSE bajo, con alta vulnerabilidad social. Un 5% de la muestra (n=1) correspondió a un paciente atendido en el Centro de Formación en Psicoterapia Constructivista Anairova, que presta atención por Fonasa e Isapres, y corresponde a población de ingresos nivel medio. Los datos se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1

*Descripción de la muestra*

Nº	Sexo	Edad	Diagnóstico	Derivación	Nº sesiones	Orientación Terapia	Institución
1	F	17	Crisis de Adolescencia; Disfunción Familiar	Familia	7	Constructivista Social	Anairova
2	F	17	Trastorno Conductual	Escuela y Consultorio	3	Sistémica	Cefam Pudahuel
3	M	15	Trastorno Conductual	Escuela y Consultorio	3	Sistémica	Cefam Pudahuel
4	F	15	Crisis de Adolescencia; Trastorno Pd límite	Psiquiatra	26	Constructivista Social	Psicomédica
5	F	16	Trastorno Depresivo Moderado	Psiquiatra	20	Psicodinámica	Psicomédica
6	F	17	Trastorno de Ansiedad	Psiquiatra	14	Sistémica	Psicomédica
7	F	17	Trastorno Somatomorfo	Psiquiatra	30	Constructivista social	Psicomédica
8	F	13	trastorno de Ansiedad Generalizada	profesora	1	Sistémica	Psicomédica
9	F	16	Trast.Depresivo Severo Trast.Desarrollo Pd Limite	Psiquiatra	8	Constructivista social	Psicomédica
10	F	16	Trastorno adaptativo Disfunción familiar	Espontánea	34	Psicodinámica	Psicomédica
11	F	16	Trastorno Depresivo mayor severo	Psiquiatra	10	Psicodinámica	Psicomédica
12	F	17	Trastorno depresivo mayor moderado	Psiquiatra	16	Psicodinámica	Psicomédica
13	M	15	Trastorno depresivo Mayor	Psiquiatra	16	Sistémica	Psicomédica
14	F	16	Trastorno adaptativo	Espontánea	15	Psicodinámica	Psicomédica
15	F	15	Trastorno depresivo mayor moderado	Psiquiatra	31	Sistémica	Psicomédica
16	M	15	Trastorno Conductual	Colegio	12	Sistémica	Psicomédica
17	M	16	Trastorno depresivo moderado	Psiquiatra	6	Cognitivo-conductual	Psicomédica
18	F	17	Trastorno depresivo grave	Psiquiatra	34	Cognitivo-conductual	Psicomédica
19	M	17	Trastorno adaptativo	Familia	1	Sistémica	Psicomédica
20	F	15	Trastorno del Animo	Familia	16	Constructivista social	Psicomédica



Los terapeutas que participaron en la muestra fueron 8, con una edad promedio de 34,62 años (DS = 7,38 años), y una distribución por sexo de 87,5 % mujeres (n=7), y 12,5% hombres (n=1). La experiencia en el ejercicio de la psicoterapia fue de 9,4 años promedio, con un rango de 3 a 18 años (ver Tabla 2)

Tabla 2  
*Descripción de los Terapeutas participantes en el estudio*

<i>Terapeuta</i>	<i>Sexo</i>	<i>Edad</i>	<i>Modalidad Terapéutica</i>	<i>Años Ejercicio Psicoterapia</i>	<i>Terapias en este estudio</i>
1	F	29	Constructivista Social	3	1
2	F	32	Sistémica	9	2
3	F	31	Constructivista Social	7	4
4	F	36	Psicodinámica	10	5
5	F	31	Sistémica	8	1
6	F	31	Sistémica	8	4
7	F	52	Conductual Cognitivo	18	2
8	M	35	Sistémica	12	1

### **Procedimientos.**

Se contactaron 3 instituciones que brindan atención psicológica individual a adolescentes, en la Región Metropolitana, en forma intencional y por criterio de accesibilidad. Se estableció contacto formal con los Directores de estas instituciones para presentar el estudio y solicitar su colaboración para realizar los procedimientos requeridos. Luego, con la autorización de la institución, se estableció contacto con los psicólogos que

realizaban atención individual a adolescentes, para presentar el estudio y solicitar su colaboración. En las tres instituciones los psicólogos accedieron a participar, cuando los pacientes adolescentes cumplieran los criterios de inclusión, y los pacientes y sus padres dieran su asentimiento y consentimiento por escrito.

El proceso de toma de muestra tomó desde diciembre de 2009 a junio de 2012. La principal dificultad encontrada en la recolección de la muestra, fue que muchos pacientes adolescentes pese a tener hora de ingreso no asistían a su primera sesión y no iniciaban el proceso. Además, hubo un 25,9 % adolescentes ( n = 7) que no accedieron a participar, 4 de ellos personalmente no quisieron y 3 de ellos los padres no dieron su autorización.

El procedimiento específico consistía en semanalmente revisar las horas de ingreso a psicoterapia en las instituciones, y pesquisar si había adolescentes con los criterios de inclusión. Antes de ingresar a la primera sesión, la investigadora presentaba el estudio al joven y sus padres, y se solicitaba colaboración. Si aceptaban, se invitaba al adolescente, al padre/madre y al terapeuta a leer y a firmar en caso de acuerdo, el documento de asentimiento y consentimiento informado (Anexo N° 3), para grabar en video las sesiones terapéuticas, y completar los cuestionarios requeridos; junto con autorizar el uso de este material para fines de investigación. Además se solicitaba llenar una ficha con antecedentes generales (Anexo N°4). Los datos de diagnóstico, fuente de derivación y número de sesiones asistidas fueron solicitados al psicólogo tratante.

En la Tabla 3 se especifican las mediciones y procedimientos realizados en cada terapia para la obtención de los datos.

Tabla 3

*Mediciones y procedimientos realizados en cada terapia estudiada*

Sesión N°1	Sesión N°2	Sesión N°3	Sesión N°6	Sesión Final**
Pre-sesión: auto-reporte de Bienestar Psicológico (OQ-45.2)	Sesión: filmación para analizar las Acciones Comunicacionales y los Indicadores de Cambio	Sesión: filmación para analizar las Acciones Comunicacionales y los Indicadores de Cambio	Pre-sesión: auto-reporte de Bienestar Psicológico (OQ-45.2)	Pre-sesión: auto-reporte de Bienestar Psicológico (OQ-45.2)
Sesión: filmación para analizar las Acciones Comunicacionales y los Indicadores de Cambio	Post-sesión: auto-reporte de Alianza Terapéutica adolescente y terapeuta (IAT-P, IAT-T)	Post-sesión: auto-reporte de Alianza Terapéutica adolescente y terapeuta (IAT-P, IAT-T)		
Post-sesión: auto-reporte de Alianza Terapéutica adolescente, terapeuta y padre/madre*(IAT-P, IAT-T)				

\*Si uno o los dos padres asistían a una de las 3 primeras sesiones, deben auto-reportar su percepción de la AT. Solo se registra una medición de los padres.

\*\* En 2 de las 11 terapias que tuvieron, esta evaluación se realizó en la sesión 12 y 13, debido que se debía terminar con el tiempo de recolección de datos. Estas terapias, se mantenían en proceso hasta Septiembre de 2012.

**Instrumentos y/o Sistemas para Evaluar las Variables**

*Cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia OQ-45.2 (Lambert et al, 1996; versión chilena De la Parra & Von Bergen, 2001)*

Este cuestionario se caracteriza por registrar diferencias entre población general y muestras de personas con psicopatología y entre diferentes niveles de psicopatología, y fue desarrollado, validado y utilizado ampliamente en los Estados Unidos. Su sensibilidad al cambio ha sido demostrada en muchos países. El OQ-45.2 fue adaptado y validado en el

contexto chileno (de la Parra & von Bergen, 2001; de la Parra, von Bergen & del Río, 2002; von Bergen, 2000) en una población de nivel socio-económico medio-bajo y bajo, entre quince y sesenta años; demostrando una confiabilidad de 0,9, test-retest y una consistencia interna de 0,91. Asimismo, mostró tener validez concurrente (correlación producto momento de Pearson 0,60 y 0,76) con un instrumento que mide sintomatología.

El instrumento (Anexo N°5) tiene 45 ítems que evalúan tres dimensiones: malestar subjetivo (SD), relaciones interpersonales (RI) y ejecución del rol social (SR), y entrega un puntaje total y uno para cada dimensión. Cada ítem se puntúa en una escala Likert de nivel ordinal de 0 a 4 puntos. El puntaje se obtiene sumando el valor obtenido en cada ítem. El resultado obtenido indica el nivel de “bienestar psicológico”, pero en un sentido inverso, es decir a mayor puntaje mayor, menor bienestar psicológico, y a menor puntaje mayor “bienestar psicológico”. En el proceso de validación y estandarización se obtuvo un puntaje de corte (PC), que es el puntaje que diferencia a una población funcional de una disfuncional. En la muestra chilena éste corresponde a 73 puntos. El índice de cambio confiable (ICC) es la diferencia de puntaje entre el inicio y final del tratamiento que indica que el cambio es estadísticamente significativo, esto es, que excede el error muestral de medición. El ICC chileno es de 17 puntos, y el cambio para un sujeto se considera clínicamente significativo cuando el puntaje final está bajo el PC y la diferencia entre el puntaje inicial y final es mayor a 17 puntos.

En esta investigación se registró el puntaje OQ-45.2 total previo al inicio de la primera sesión, previo a la 6ª sesión y al término de la terapia. Se consideró como medida de resultados del tratamiento el nivel de bienestar general alcanzado por el paciente en la sesión seis y al final del tratamiento. De este modo cada terapia tiene un puntaje de

resultados medios y otro de resultados finales. Para algunos análisis se agruparon las terapias en las categorías exitosas v/s no exitosas. Terapia exitosa es aquella terapia que obtiene un índice de cambio confiable (diferencia entre puntaje OQ-45.2 inicial y final) igual o superior a 17 puntos (índice de cambio confiable, establecido en la estandarización del OQ-45.2 en Chile). Terapia no exitosa, es aquella que presentó un índice de cambio confiable menor a 17 puntos. En esta clasificación de las terapias no se utilizó el criterio de puntaje de corte, debido a que la población adolescente presenta como características de desarrollo niveles distress que podrían ser considerados “normales” (Aberastury & Knobel, 1999).

*Inventario de Alianza de Trabajo (IAT Horvath & Greenberg, 1986).*

El cuestionario consta de dos versiones: una para terapeutas (IAT-T) y otra para pacientes (IAT-P). El instrumento comprende 36 items divididos en tres subescalas de 12 items cada una, vínculo, metas y tareas, puntuadas en una escala tipo Likert de 7 puntos. Las tres subescalas, están basadas en la teoría de la alianza terapéutica de Bordin (1976). Ambas versiones del cuestionario han sido traducidas, adaptadas y validadas en Chile por Santibáñez (2001), con coeficientes de confiabilidad para la versión del terapeuta de 0.67, 0.80, 0.78 y 0.93 para las sub-escalas vínculo, tareas, metas y el total respectivamente, y para la versión del paciente con coeficientes de 0.70, 0.85, 0.88 y 0.90 para las sub-escalas vínculo, tareas, metas y el total respectivamente (Anexo N°6). El puntaje máximo posible en cada escala es de 84, mientras que el puntaje mínimo es de 12. El puntaje máximo para el inventario total es de 252 y el mínimo es de 36.

En esta investigación se evaluó la calidad de la alianza adolescente - terapeuta y padre(s) terapeuta, a través del Inventario de Alianza Terapéutica (IAT-P; IAT-T, Horvath & Greenberg, 1986), considerando ambas perspectivas. El cuestionario se aplicó inmediatamente después de la sesión uno, dos y tres en todos los casos.

*Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (Krause, Valdés, & Tomicic, 2009).*

El Sistema Clasificador de las Acciones Terapéuticas – (SCAT), es un procedimiento que permite “codificar las acciones comunicacionales presentes en la interacción psicoterapéutica, tanto del terapeuta como del paciente” (Krause, et al, 2009, p. 2). Este sistema de clasificación ha sido desarrollado por el grupo de investigación chileno, Psychotherapy and Change. “El objeto de análisis del SCAT-1.0 es la acción comunicacional de terapeutas y pacientes, contenida en “turnos de palabras” o subunidades de éstos. Los límites del turno de palabra están definidos por el inicio de la verbalización de uno de los participantes, la que finaliza con el inicio de la verbalización del otro. El SCAT-1.0 permite codificar de cada acción comunicacional el tipo (forma básica, intención comunicacional y técnica) y su contenido (ámbito y referencia)” (Krause, et al., 2009, p. 2).

Para realizar la codificación de las acciones comunicacionales con el SCAT-1.0 se requiere de mínimo dos codificadores entrenados, según Manual de Procedimientos (disponible en [www.psychotherapyandchange.org](http://www.psychotherapyandchange.org)). Cada uno realiza una codificación individual de los episodios transcritos y luego se acuerda una codificación única de las acciones comunicacionales del episodio. El nivel de confiabilidad observado entre codificadores, en episodios de cambio y estancamiento, es de Kappa 0.92, Kappa ES 0,02

para formas básicas; para intenciones comunicacionales es Kappa 0.74, Kappa ES 0,03; para técnicas Kappa 0,53, Kappa ES 0,04; para ámbito Kappa 0,73, Kappa ES 0,03; y para referencia Kappa 0,79, Kappa ES 0,03 (Valdés, Tomicic, Pérez, & Krause, 2010). En este estudio se utilizó un solo codificador, pero a modo de control de la consistencia y confiabilidad de las codificaciones, un 20% de los episodios fue codificado y consensuado por 2 codificadores expertos.

Se analizaron las acciones comunicacionales de las tres sesiones iniciales, tomando dos episodios de la conversación terapéutica de cada sesión. Los episodios fueron definidos como los primeros siete minutos al inicio de la sesión, y los primeros siete minutos de la segunda parte de la sesión. Cuando los siete minutos se completaban en medio de un turno de palabra, se consideraba el turno completo; el mismo criterio se utilizó para iniciar el episodio medio, en el siguiente turno de palabra. Este criterio fue una forma de muestrear segmentos de la sesión en forma intencional, pero a la vez uniforme en todas las sesiones. Esta forma de elección de episodios se ha utilizado en otras investigaciones similares (Karver, et al., 2008).

#### *Indicadores Genéricos de Cambio.*

Krause (2005) y Krause et al. (2006, 2007), a través del estudio de Momentos de Cambio en terapias de distinta orientación, han podido identificar distintos Indicadores de Cambios Genéricos (ICG) que pueden ser empíricamente observados durante sesiones terapéuticas. Cada Indicador de Cambio tiene un número que lo identifica y lo ubica dentro del nivel jerarquía de los cambios. Los ICG descritos son 19, y se pueden agrupar en tres niveles jerárquicos de complejidad creciente: Nivel I "Consolidación inicial de la estructura

de la relación terapéutica” (Indicadores de Cambio Genéricos del 1 al 7), Nivel II: "Aumento de la permeabilidad hacia nuevos entendimientos” (Indicadores de Cambio Genéricos del 8 al 13), y Nivel III: “Construcción y consolidación de nuevos entendimientos” Indicadores de Cambio Genéricos del 14 al 19). Se espera que ciertos indicadores sean observados más frecuentemente en etapas iniciales del proceso y otros serían característicos de etapas medias o finales de la psicoterapia.

La identificación de los ICG requiere de observadores expertos entrenados al respecto, según el Manual de Identificación de Indicadores de Cambio (Krause, Arístegui, & de la Parra, 2002). Los criterios para identificar un momento de cambio en la terapia son “correspondencia teórica, verificabilidad, novedad y consistencia. La correspondencia teórica se refiere a que los contenidos del momento de cambio deben corresponder a algunos de los indicadores genéricos (Anexo N°1). La verificabilidad indica que el cambio debe ser observable en la sesión o, en caso de los cambios extrasesión, deberá ser mencionado en sesión y poder ser referido a la terapia. La novedad significa que el fenómeno debe manifestarse por primera vez. Y, la consistencia se refiere a la concordancia del cambio expresado verbalmente con las claves no-verbales, tanto generales como idiosincráticas de cada paciente y, al hecho que los momentos posteriores de la sesión no deben contradecirlo” (Krause, et al, 2006 p. 311).

Los resultados sobre la evolución del cambio muestran que éste es un proceso que comienza antes de la terapia y continúa después del término de ésta, y que combina factores intra- y extra-terapéuticos (Krause, et al.2006). En esta investigación se consideraron los Indicadores de Cambio Genéricos clasificándolos en tres tipos. Los ICG de entrada, que corresponden a los cambios logrados antes del inicio de la terapia y no atribuibles a ella



pero manifestados en sesión (ejemplo: “aceptación de la existencia de un problema” o “aceptación de los propios límites, y reconocimiento de la necesidad de ayuda”, manifestados en sesión como cambios ocurridos antes de la primera sesión). Los ICG “intra” sesión, son los cambios que cumplen los criterios de identificación, y ocurren durante la sesión. Los ICG “extra” sesión, son los cambios ocurridos fuera de la sesión, manifestados en la sesión, que cumplan con los criterios de identificación y son atribuibles a la terapia. Los ICG de entrada fueron considerados como nivel de cambio de entrada a terapia, y los ICG intra y extra sesión, se consideraron como marcadores de la evolución del cambio durante la fase inicial, no como indicadores de cambio de todo el proceso.

En esta investigación dos observadores entrenados analizaron las tres primeras sesiones videadas y transcritas, para identificar los momentos de cambio y sus respectivos ICG. Se consignaron sólo los momentos y los indicadores donde hubo acuerdo entre los observadores.

### **Análisis de datos.**

En primera instancia se realizó el análisis descriptivo del comportamiento de las tres variables estudiadas: Alianza Terapéutica (AT), Indicadores de Cambio Genéricos (ICG) y Acciones Comunicacionales (AC), en las tres sesiones iniciales y según los actores del proceso terapéutico, a fin de caracterizar la Fase Inicial de la Psicoterapia con Adolescentes en función de estas variables.

Para la AT se obtuvieron estadígrafos descriptivos (promedio, desviación estándar) de las evaluaciones por sesión y por actores del proceso (adolescentes, terapeutas y padres).

Se realizaron las comparaciones entre sesiones, y entre actores (T de Student, Anova de mediciones repetidas y Regresión Logística Bivariada).

Para los Indicadores de Cambio Genéricos, se realizó un análisis de frecuencia por sesión y un análisis de frecuencia por niveles de cambio (Nivel I, Nivel II y Nivel III), a modo de describir el patrón de presentación, la evolución y trayectoria de los IGC en la fase inicial. (Diferencias de frecuencia  $\chi^2$ , Anova de mediciones repetidas).

En el caso de las Acciones Comunicacionales, se describieron las cinco dimensiones (Formas Básicas, Intenciones Comunicacionales, Técnicas, Contenidos y Referencias), con sus categorías respectivas, según su frecuencia de presentación por actor y momento de la sesión. Se realizaron diferencias de frecuencias ( $\chi^2$ ), Diferencias de proporciones y Regresiones Logísticas Binarias, para evaluar efectos de interacción entre actor y momento.

Antes de establecer las relaciones entre las variables estudiadas en las terapias y los resultados y la adherencia, se analizaron los resultados del OQ-45-2 inicial, medio y final (media y desviación estándar) y se realizaron las comparaciones entre ellas (Anova mediciones repetidas).

Posteriormente se realizaron los análisis que permitieron establecer las relaciones entre las variables de la fase inicial y las variables Resultados y Adherencia.

A continuación, en la Tabla 4 se presentan las hipótesis del estudio y las técnicas estadísticas utilizadas para procesar la información recolectada.

Tabla 4

*Hipótesis del estudio y técnicas estadísticas utilizadas para su comprobación*

<b>Hipótesis</b>	<b>Técnicas de análisis</b>
<b>Alianza Terapéutica</b>	
H <sub>1,1</sub> La calidad de la alianza terapéutica se modificará entre la 1º y 3º sesión, tanto en el paciente como el terapeuta.	Estadística descriptiva (promedio, desviación estándar), Anova de mediciones repetidas, T Student para muestras relacionadas.
H <sub>1,2</sub> Los niveles de calidad de la alianza evaluados en la sesión n°3, tanto en pacientes como en terapeutas, serán significativamente mayores en las terapias exitosas en comparación con las no exitosas y en las terapias con mayor adherencia en comparación con terapias con menor adherencia.	Anova Simple entre promedios de AT de Adolescentes, Terapeutas y /o padres entre las terapias exitosas/no exitosas y entre las terapias de menor y mayor adherencia.
H <sub>1,3</sub> La evaluación de la alianza desde la perspectiva del paciente presentará mayor relación con los resultados (intermedios y finales) y la adherencia, que la evaluación de la alianza desde la perspectiva del terapeuta y que la evaluación de la alianza de los padres con el terapeuta.	Correlación de Pearson (analizar las diferencias de correlaciones, utilizando la transformación de Fisher) Regresión Logística Bivariada (predecir el Resultado y la Adherencia, con el puntaje de AT)
<b>Indicadores de Cambio</b>	
H <sub>2,2</sub> Indicadores de Cambio Genéricos de nivel más altos en la jerarquía, observados en la etapa inicial de la terapia, se relacionarán con mejores resultados (intermedios y finales) y con mayor adherencia (asistencia a un mayor número de sesiones y término del tratamiento).	Correlación de Spearman Regresión Logística Bivariada entre IGC y resultado dicotomizado. Anova Simple entre promedios de IGC máximo alcanzado en terapias con menor y mayor adherencia
H <sub>2,3</sub> : El nivel jerárquico de los Indicadores de Cambio Genéricos en la fase inicial se relacionará positivamente con la forma básica aseverar, la intención comunicacional sintonizar y la referencia “a sí mismo”.	Correlación de Spearman
H <sub>2,4</sub> La ausencia de Indicadores de Cambio Genéricos en la etapa inicial de la terapia, se relacionará con terapias no exitosas y menor adherencia.	Diferencias de frecuencia Chi <sup>2</sup> Correlación de Phi
<b>Acciones Comunicacionales</b>	
H <sub>3,1</sub> La forma básica asentir y aseverar presentará mayor frecuencia en los pacientes que en los terapeutas, a diferencia de la forma básica preguntar que será más frecuente en terapeutas, en la fase inicial de la psicoterapia con adolescentes.	Análisis de frecuencias Diferencias de frecuencia Chi <sup>2</sup>

H<sub>3.2</sub> La intención comunicacional explorar presentará mayor frecuencia en los pacientes que en los terapeutas, y la intención sintonizar será más frecuente en terapeutas, en la fase inicial de la psicoterapia con adolescentes. Análisis de frecuencias Diferencias de frecuencia Chi<sup>2</sup>

H<sub>3.3</sub> Existirá mayor frecuencia de las formas básicas asentir y preguntar, la intención comunicacional sintonizar y referencias a sí mismo, en la fase inicial del proceso, tanto en pacientes como en terapeutas, en las terapias exitosas. Análisis de frecuencias, Chi<sup>2</sup>  
Diferencias de proporciones.

H<sub>3.4</sub>: Existirá mayor presencia de la formas básicas negar, la intención comunicacional explorar, la técnica argumentar y la referencia a terceros, en la fase inicial del proceso, tanto en pacientes como en terapeutas, en las terapias que se interrumpen y las terapias que los pacientes asisten a menos sesiones. Análisis de frecuencias, Chi<sup>2</sup>  
Diferencias de proporciones

---

## RESULTADOS

Se exponen en primer lugar los resultados descriptivos de cada variable estudiada, a modo de caracterizar el comportamiento de cada una ellas en la fase inicial de la psicoterapia en adolescentes. Y luego se presentan las relaciones entre ellas y su relación con los resultados del proceso y adherencia.

### **Alianza Terapéutica en Fase Inicial de Psicoterapia con Adolescentes.**

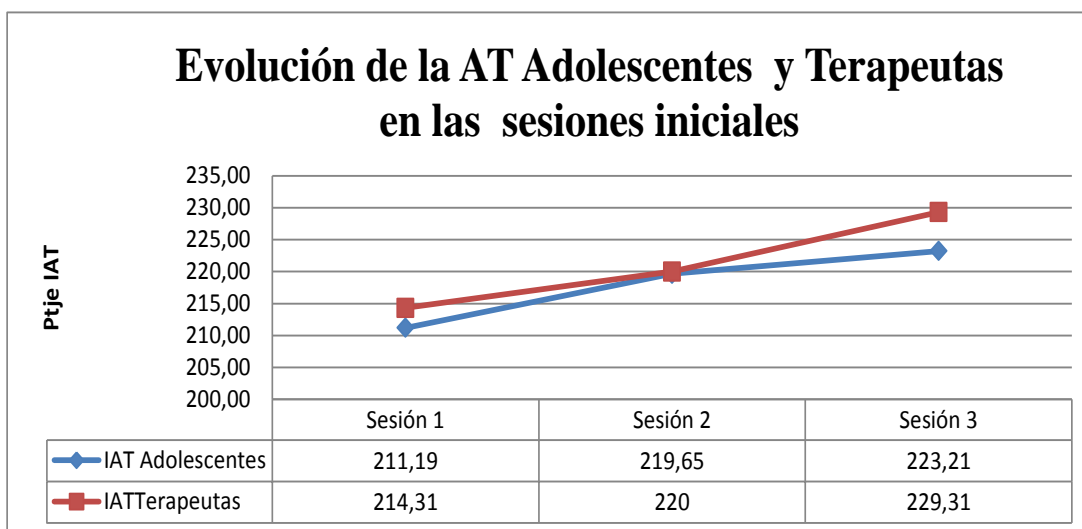
La evaluación de la Alianza Terapéutica (AT) en las tres sesiones iniciales, tanto en pacientes como en terapeutas, muestra diferencias significativas entre los promedios de cada sesión, aumentando positivamente, tanto en adolescentes ( $F= 3,666$ ,  $p \leq ,040$ ,  $g.l= 2$ ) como en Terapeutas ( $F= 6,877$ ,  $p \leq ,004$ ,  $g.l= 2$ ). Específicamente, existe diferencia significativa entre el promedio de la Alianza Terapéutica de la sesión 1 y la sesión 3, en pacientes ( $F= 5,723$ ,  $p \leq ,033$ ,  $g.l = 1$ ), y terapeutas ( $F= 10,682$ ,  $p \leq ,007$ ,  $g.l = 1$ ). No son significativas las diferencias en las evaluaciones de la Alianza entre la sesión 2 y la sesión 3, tanto en pacientes como en terapeutas.

Si se realiza una comparación de promedios de las subescalas que evalúan alianza terapéutica (vínculos, tareas y metas), se aprecia que esta diferencia significativa entre la sesión 1 y sesión 3 se presenta en todas las subescalas en el caso de los terapeutas; y en el caso de los Adolescentes en las subescalas de vínculos y tareas (ver Tabla 5)

Tabla 5

*Promedios y desviaciones estándar de las evaluaciones de AT de Adolescentes y Terapeutas Sesión 1, Sesión 2 y Sesión 3.*

	Vínculo		Metas		Tareas		Total	
	x	D.S	x	D.S	x	D.S	x	D.S
Adolescentes*								
Sesión 1	70,11*	14,025	68,93	11,074	72,93**	6,401	211,19*	33,289
Sesión 2	71,94	10,877	72,65	7,185	75,06	7,587	219,65	23,714
Sesión 3	75,47*	8,839	71,6	8,458	77,07**	8,491	223,21*	24,696
Terapeutas*								
Sesión 1	73,93*	6,379	69,29**	7,64	70,79**	6,577	214,31*	20,147
Sesión 2	75,71	5,181	71,29	5,599	73	5,734	220	15,399
Sesión 3	78,07*	3,852	74,36**	5,401	76,07**	5,771	229,31*	12,85



*Figura 1: Evolución de la Alianza Terapéutica según Adolescentes y Terapeutas en las tres sesiones iniciales*

### *Alianza terapéutica según actores del proceso*

Como se observa en la Tabla 6, la evaluación de la alianza terapéutica en las tres sesiones iniciales no presenta diferencias significativas entre los actores del proceso terapéutico (adolescentes y terapeutas) al comparar los promedios.

Tabla 6

*Comparaciones de promedios de AT de adolescentes y terapeutas en las tres sesiones iniciales*

	N	Media	T	g.l	Sig.(bilateral)
AT Sesión1_ Ado	19	213,14	0,27	18	0,79
AT Sesión1_ Terap	19	211,74			
AT Sesión2_ Ado	17	219,65	-0,054	16	0,957
AT Sesión2_ Terap	17	220			
AT Sesión3_ Ado	15	224,13	-0,439	14	0,667
AT Sesión3_ Terap	15	227			

### *Alianza terapéutica de los padres*

De los 20 procesos terapéuticos estudiados, en 15 los padres (madre, padre o ambos) asistieron a alguna de las sesiones con sus hijos. Ellos evaluaron su alianza con el terapeuta en esta ocasión, y su medición no presentó diferencias significativas con la evaluación de la alianza de sus hijos adolescentes y de los terapeutas, realizadas en la misma sesión (ver Tabla 7)

Tabla 7

*Comparaciones de promedios de AT de padres – adolescentes y padres-terapeutas*

	N	Media	T	g.l	Sig.(bilateral)
Alianza Padres Total	15	218,47	0,485	14	0,635
Alianza Terapeutas Total	15	215,67			
Alianza Padres Total	15	218,47	0,308	14	0,762
Alianza Adolescentes Total	15	216,8			

En síntesis, la Alianza Terapéutica en la fase inicial de la psicoterapia en adolescentes se caracteriza por ser evaluada en forma similar por pacientes, terapeutas y padres. No se observan diferencias significativas en sus evaluaciones. A su vez, tanto en pacientes como en terapeutas, la alianza presenta una evolución positiva desde la sesión uno a la sesión tres, observándose una diferencia significativa entre los promedios de la sesión uno y tres.

Estos resultados permitieron contestar a la  $H_1$  de Alianza Terapéutica (AT) que dice:

*$H_{1.1}$ : “La calidad de la alianza terapéutica se modificará entre la 1° y 3° sesión, tanto en el paciente como el terapeuta”.*

Efectivamente, la AT se modificó positiva y significativamente entre la sesión uno y la sesión tres, tanto en pacientes, como en terapeutas. No fueron significativas las



diferencias en las evaluaciones de la Alianza entre la sesión 2 y la sesión 3, tanto en pacientes como en terapeutas.

### **Indicadores de Cambio Genéricos en Fase Inicial de Psicoterapia con Adolescentes.**

#### *Patrón de Presentación.*

En 19 de los 20 procesos<sup>5</sup> terapéuticos se analizó la presencia de Indicadores de Cambio Genérico (ICG). En la sesión 1, se observó que en tres terapias no se presentaron Indicadores de Cambio Genéricos (ICG). En las 16 terapias restantes, los pacientes adolescentes, presentaron 39 Indicadores de Cambio, de los cuales 35 corresponden a ICG del Nivel I (Consolidación Inicial de la Estructura de la Relación Terapéutica), y 4 al Nivel II (Aumento de la Permeabilidad hacia nuevos entendimientos) y ninguno del Nivel III.

La mayoría de los ICG observados en esta primera sesión (N=22) correspondieron a ICG de entrada (“aceptación de la existencia de un problema”, “aceptación de los propios límites y el reconocimiento de la necesidad de ayuda” y “reconocimiento de la propia participación en los problemas”), es decir se habían logrado previamente al inicio del proceso terapéutico. Además en esta primera sesión, se observan diecisiete ICG “intra sesión”.

---

<sup>5</sup> Problemas técnicos impidieron grabar sesión, y la terapia se interrumpió a la segunda sesión.

Tabla 8:

*Indicadores de Cambio Genéricos presentados en la Sesión 1*

Indicador de Cambio	Intra	Extra	Conducta de		Total ICG/ Nivel
			Entrada	Total	
<b>Sesión 1</b>					
1. Aceptación de la existencia de un problema.	5	0	12	17	
2. Aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda.	1	0	5	6	
3. Aceptación del terapeuta como un profesional competente.	1	0	0	1	
4. Expresión de esperanza.	3	0	1	4	
5. Descongelamiento (o cuestionamiento) de formas habituales de entendimiento, comportamiento y/o emoción.	0	0	0	0	
6. Expresión de la necesidad de cambio.	3	0	0	3	
7. Reconocimiento de la propia participación en los problemas.	1	0	3	4	35
8. Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo.	0	0	0	0	
9. Manifestación de un comportamiento o emoción nuevos.	1	0	1	2	
10. Aparición de sentimientos de competencia.	0	0	0	0	
11. Establecimiento de nuevas asociaciones entre aspectos propios, entre aspectos propios y del entorno, o entre aspectos propios y elementos biográficos	2	0	0	2	4
<b>Total</b>	<b>17</b>		<b>22</b>	<b>39</b>	<b>39</b>

En la sesión dos, se observó que en 2 terapias no se presentaron Indicadores de Cambio Genéricos, de un total de 14 terapias que fueron analizadas<sup>6</sup>. En las 12 terapias restantes se presentaron 24 Indicadores de Cambio (ver Tabla 9), de los cuales 17 corresponden al Nivel I (Consolidación Inicial de la Estructura de la Relación Terapéutica), y 7 al Nivel II (Aumento de la Permeabilidad hacia Nuevos Entendimientos). No se presentaron ICG del Nivel III.

<sup>6</sup> Dos terapias interrumpieron definitivamente su proceso después de la sesión 1; Una paciente no se presentó a la sesión 2, pero retomó su proceso; tres terapias presentaron problemas de filmación en la sesión 2

La mayoría de los ICG observados en esta segunda sesión (n=18) son logrados ICG “intra” sesión (durante la sesión), e incluso se observan 3 ICG “extra sesión”, y sólo 3 ICG de entrada (logrados antes de iniciar la terapia), pero que se observaron por primera vez en esta segunda sesión.

Tabla 9:

*Indicadores de Cambio Genéricos presentados en la Sesión 2*

Indicador de Cambio	Intra	Extra	Conducta de		Total ICG/ Nivel
			Entrada	Total	
<b>Sesión 2</b>					
1. Aceptación de la existencia de un problema.	1	0	2	3	
2. Aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda.	0	0	1	1	
3. Aceptación del terapeuta como un profesional competente.	0	0	0	0	
4. Expresión de esperanza.	1	0	0	1	
5. Descongelamiento (o cuestionamiento) de formas habituales de entendimiento, comportamiento y/o emoción.	7	1	0	8	
6. Expresión de la necesidad de cambio.	1	0	0	1	
7. Reconocimiento de la propia participación en los problemas.	3	0	0	3	17
8. Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo.	0	0	0	0	
9. Manifestación de un comportamiento o emoción nuevos.	4	2	0	6	
10. Aparición de sentimientos de competencia.	0	0	0	0	
11. Establecimiento de nuevas asociaciones entre aspectos propios, entre aspectos propios y del entorno, o entre aspectos propios y elementos biográficos.	1	0	0	1	7
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>24</b>	<b>24</b>

En la sesión tres, sólo en una terapia no se presentan Indicadores de Cambio, de un total de 14 terapias analizadas<sup>7</sup>. En las 13 terapias restantes se presentaron 27 Indicadores de Cambio (ver Tabla 10), de los cuales 11 corresponden al Nivel I (Consolidación Inicial de la Estructura de la Relación Terapéutica), y 16 al Nivel II (Aumento de la Permeabilidad hacia Nuevos Entendimientos), y ninguno a Nivel III. Además se puede observar que la mayoría de los ICG (n= 19) corresponden a cambios del tipo “intra” sesión, y 8 ICG son cambios “extra” sesión. No se observan ICG de entrada.

Tabla 10:

*Indicadores de Cambio Genéricos presentados en la Sesión 3*

Indicador de Cambio	Intra	Extra	Conducta de		Total ICG/ Nivel
			Entrada	Total	
<b>Sesión 3</b>					
1. Aceptación de la existencia de un problema.	1	0	0	1	
2. Aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda.	1	0	0	1	
3. Aceptación del terapeuta como un profesional competente.	0	0	0	0	
4. Expresión de esperanza.	0	0	0	0	
5. Descongelamiento (o cuestionamiento) de formas habituales de entendimiento, comportamiento y/o emoción.	4	0	0	4	
6. Expresión de la necesidad de cambio.	3	0	0	3	
7. Reconocimiento de la propia participación en los problemas.	1	1	0	2	11
8. Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo.	0	0	0	0	
9. Manifestación de un comportamiento o emoción nuevos.	3	7	0	10	
10. Aparición de sentimientos de competencia.	1	0	0	1	
11. Establecimiento de nuevas asociaciones entre aspectos propios, entre aspectos propios y del entorno, o entre aspectos propios y elementos biográficos.	4	0	0	4	
12. Reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas.	1	0	0	1	16
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>27</b>	<b>27</b>

<sup>7</sup> Dos terapias interrumpieron en la sesión 1; dos pacientes no se presentaron a la sesión 3, pero retomaron la terapia; y en dos terapias uno problemas con la filmación.

### *Evolución de los Cambios*

Al analizar el conjunto de Indicadores de Cambio Genéricos presentados en la sesión 1, se observa que es más frecuente que lo esperado por azar observar ICG del Nivel I que del Nivel II, en cambio en la sesión 3 es más frecuente que lo esperado por el azar encontrar ICG del Nivel II que del Nivel I ( $\chi^2 = 18,14$ ,  $gl = 2$ ,  $p \leq 0,001$ ). Entre la sesión uno y la sesión dos, la probabilidad de observar cambios de nivel I y /o II, es similar a lo esperado por el azar.

Tabla 11

*Distribución de los Indicadores de Cambio Genérico por sesión y por Niveles de Cambio.*

Nivel de Cambio de los ICG	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Total
I. Consolidación Inicial de la Estructura de la Relación Terapéutica	35	17	11	63
II. Aumento de la Permeabilidad hacia Nuevos Entendimientos)	4	7	16	27
Total	39	24	27	90

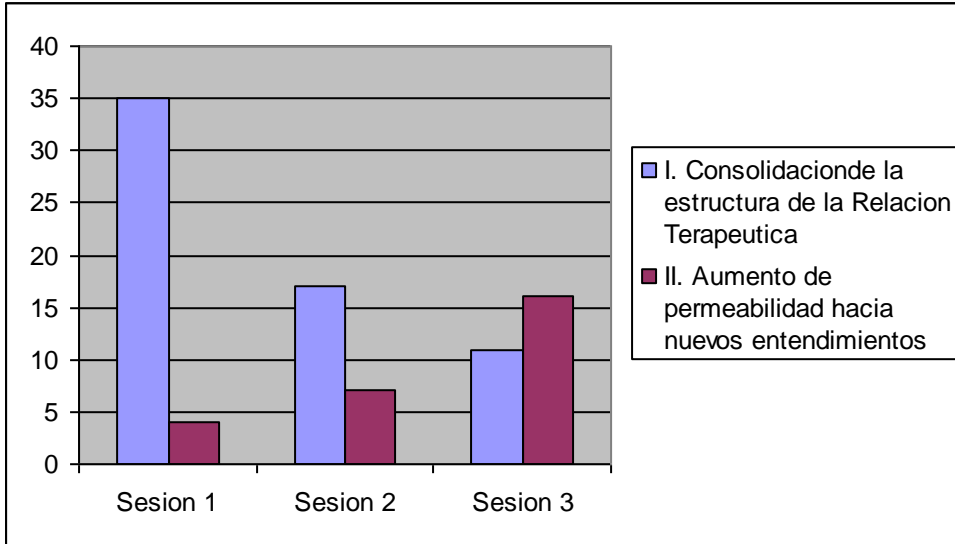


Figura 2: Evolución de Nivel de Indicadores de Cambio Genérico por sesión.

*Descripción de la Trayectoria del cambio por terapia (rango de movimiento del cambio en las 3 primeras sesiones)*

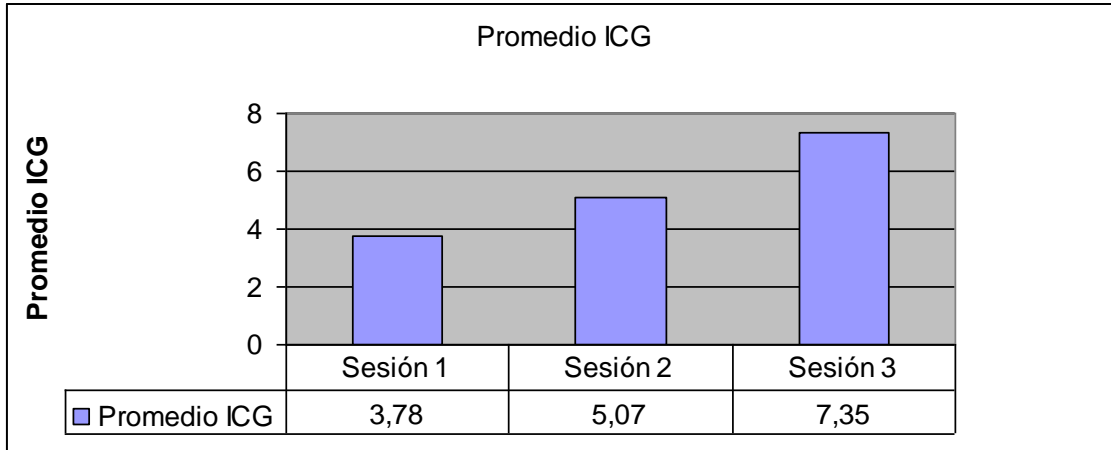
Si se considera el ICG más alto alcanzado por los adolescentes en cada una de las tres primeras sesiones, se observa que el promedio de los ICG va aumentando, marcando una trayectoria positiva (sesión 1= 3,79; sesión 2= 5,07; sesión 3= 7,36). Existe una diferencia significativa entre el promedio de los ICG de la primera y el promedio de la tercera sesión ( $F=10,843$   $gl=1$ ,  $p \leq ,006$ ). No se observa que esta diferencia sea significativa entre el promedio de los ICG de la sesión 1 y 2 ( $F=1,103$   $gl=1$ ,  $p \leq ,313$ ), ni entre el promedio de los ICG de la sesión 2 y 3 ( $F=2,668$   $gl=1$ ,  $p \leq ,133$ ).

Tabla 12

*Distribución de IGC máximo alcanzado por Terapia y Sesión*

Terapia	ICG más alto en Sesion 1	ICG más alto en Sesion 2	ICG más alto en Sesion 3
1	2	0	9
2	1	PF	2
3	0	0	0
4	11	0	9
5	1	9	5
6	6	9	NA
7	7	9	PF
8	PF	TID	TID
9	4	PF	9
10	7	9	5
11	11	11	9
12	0	1	1
13	4	PF	12
14	2	0	11
15	7	NA	PF
16	3	9	11
17	0	2	NA
18	1	7	9
19	0	TID	TID
20	2	5	11
Promedio	3,63*	5,71	7,35*

PF = problema de filmación; TID = terapia interrumpida definitivamente;  
 NA = no asistió a esa sesión, pero continuó la terapia



*Figura 3. Promedio de IGC por sesión*

*Indicadores de Cambio Observados en los Padres.*

De los 20 procesos terapéuticos con adolescentes estudiados en la fase inicial, en 15 los padres (madre, padre o ambos) asistieron a alguna de las sesiones iniciales. En estas sesiones ellos presentaron algunos Indicadores de Cambio en relación al problema vivido por su hijo.

Los indicadores de cambio observados con mayor frecuencia son la “aceptación de la existencia de un problema” y la “aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda”.



Tabla 13:

*Indicadores de Cambio Genéricos presentados por los padres en las sesiones que asistieron*

INDICADORES DE CAMBIO	Intra	Extra	Cdta Entrada	Total
1. Aceptación de la existencia de un problema.			7	7
2. Aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda.			6	6
3. Aceptación del terapeuta como un profesional competente.	2			2
4. Expresión de esperanza.				0
5. Descongelamiento (o cuestionamiento) de formas habituales de entendimiento, comportamiento y/o emoción.	1			1
6. Expresión de la necesidad de cambio.				0
7. Reconocimiento de la propia participación en los problemas.				1
8. Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo.				0
9. Manifestación de un comportamiento o emoción nuevos.		2*		2
<b>Total</b>				<b>19</b>

\*Cambios de conducta o actitud de los padres, en relación al hijo en tratamiento.

**En síntesis**, los Indicadores de Cambio Genéricos (ICG) en la fase inicial presentaron un patrón que evoluciona desde una primacía de cambios de Nivel I (Consolidación inicial de la estructura de la relación terapéutica) a cambios de Nivel II (Aumento de la permeabilidad hacia nuevos entendimientos). En la sesión uno hay 4 terapias con ausencia de ICG, la mayoría de los ICG observados corresponden a estados de cambio logrados previos al inicio de la terapia (ICG de entrada), y prevalecen los ICG de Nivel I por sobre los de Nivel II. En la sesión dos hay 2 terapias con ausencia de ICG, la mayoría de los cambios son intra sesión y se mantiene la prevalencia de los cambios de

Nivel I por sobre los de Nivel II, pero estos últimos aumentan su frecuencia en relación a la sesión uno. En la sesión tres sólo una terapia no presenta ICG, la mayoría de los cambios son intra sesión, y prevalecen los cambios de Nivel II por sobre los de Nivel I (ver Figura 4).



*Figura 4: Patrón de Evolución de los ICG en la fase inicial de la psicoterapia en Adolescentes*

Los ICG observados en los padres durante las sesiones a las que asistieron son Aceptación de la existencia de un problema, aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda.

## **Acciones Comunicacionales en Fase Inicial en Psicoterapia con Adolescentes.**

A continuación se presentan los resultados descriptivos de las acciones comunicacionales (Formas Básicas, Intenciones Comunicacionales, Técnicas, Contenido y Referencia), de las sesiones iniciales de las terapias con adolescentes estudiadas.

### Formas Básicas.

La Forma Básica (FB,  $N = 6790$ ) más frecuentemente usada es la *aseveración* (50,3%), seguida por el *preguntar* en un 31,4% y el *asentir* en un 13,8%. *Negar* (3,4%) y *dirigir* (1,1%), son las FB menos usadas.

### *Forma básica según actor.*

Este patrón es diferente según quien sea el emisor del diálogo terapéutico ( $\chi^2(4, N=6459) = 2735,928, p = ,000$ ). Al realizar una diferencia de proporciones se observa que los pacientes aseveran ( $z=24,971, p=,0002$ ), asienten ( $z=25,03, p=,0002$ ) y niegan ( $z = 13,917, p=,0002$ ) más que los terapeutas, en cambio los terapeutas preguntan ( $z = - 48,913, p = ,0002$ ) con mayor frecuencia. Véase Tabla 14 y Figura 5.

Tabla 14

*Frecuencia y Porcentaje de Formas Básicas según actor*

Formas Básicas	Paciente		Terapeuta		Frecuencia	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Total	% Total
Asentir	763***	25,4	131	3,8	894	13,8
Aseverar	2009***	66,8	1239	35,9	3248	50,3
Negar	203***	6,7	16	0,5	219	3,4
Preguntar	34	1,1	1992***	57,7	2026	31,4
Dirigir	0	0	72	2,1	72	1,1
Total	3009	100	3450	100	6459	100

\*p ≤ .05. \*\*p ≤ .01. \*\*\*p ≤ .0001

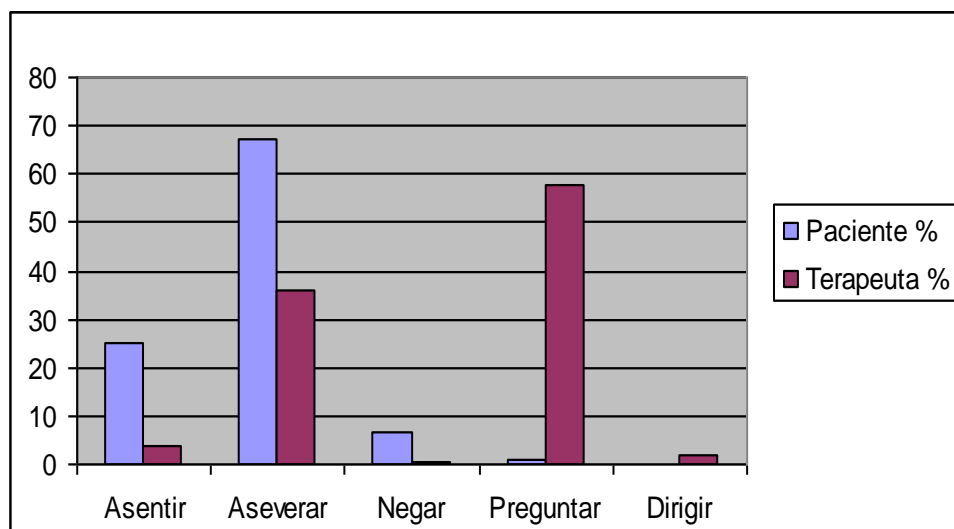


Figura 5: Porcentaje de uso de las diferentes Formas Básicas según actor

*Formas básicas según diferentes momentos de la sesión.*

El análisis de frecuencia realizado entre las diferentes FB en momentos distintos de la sesión, indica que existen diferencias significativas ( $\chi^2(4, N= 6459) = 2735,928, p = ,000$ ). Sin embargo, al realizar el análisis para determinar las FB que se presentan en una proporción significativamente diferente, los resultados indican que no se observan diferencias de presentación según los momentos de la sesión (Tabla 15)

Tabla 15

*Frecuencia y Porcentaje de Formas Básicas según momento de la sesión.*

Formas Básicas	Inicio		Medio		Frecuencia
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Total
Asentir	531	14,36	363	13,14	894
Aseverar	1836	49,66	1412	51,12	3248
Negar	114	3,08	105	3,80	219
Preguntar	1165	31,51	861	31,17	2026
Dirigir	51	1,38	21	0,76	72
Total	100	100	100	100	
N Total	3697		2762		6459

*Formas básicas en diferentes momentos y actores de la sesión.*

Se estimó un modelo de regresión logística, que permitió la determinación de los efectos conjuntos de momentos de la sesión y actor, sobre la probabilidad de ocurrencia de

cada una de las formas básicas (Tabla 16). Los análisis indican que no hay efecto de interacción. La diferencia en las FB se mantiene principalmente por los emisores del discurso.

Tabla 16

*Modelo de Regresión Logística en Formas Básicas según Actor y Momento de la Sesión*

	Asentir		Aseverar		Negar		Preguntar		Dirigir	
	B	Exp(B)	B	Exp(B)	B	Exp(B)	B	Exp(B)	B	Exp(B)
Actor	2,155***	8,627	1,276***	3,584	2,741***	15,505	-4,784***	0,008	-17,341	0
Momento de la sesión	-,135	,874	,050	1,052	,203	1,225	,018	1,018	-,588*	,556
Interracción	-,028	,972	,031	1,032	,155	1,168	-,240	,787	,588	1,800

\*p ≤ .05. \*\*p ≤ .01. \*\*\*p ≤ .0001

Intenciones Comunicacionales.

La intención comunicacional ( $N = 5073$ ) más frecuentemente usada y que predomina en el discurso de los actores del proceso terapéutico con adolescentes es *explorar* (90,3%), luego, y en frecuencia muy inferior, se presentan *sintonizar* (5,9%) y *resignificar* (3,8%).

*Intenciones comunicacionales según actor.*

El patrón de presentación de las Intenciones comunicacionales es diferente según quien sea el emisor del diálogo terapéutico, ( $\chi^2$  (2, N= 5073) = 44.228,  $p = ,000$ ). En comparación los pacientes exploran más ( $z = 5,614$ ,  $p = ,0002$ ) que los terapeutas; en cambio los terapeutas sintonizan ( $z = -1,999$ ,  $p = ,0456$ ) y re-significan ( $z = -6,236$ ,  $p = ,0002$ ) más que los pacientes, aunque para ambos la intención comunicacional más frecuente es explorar (Ver Tabla 17 y Figura 6).

Tabla 17

*Porcentaje de Intenciones Comunicacionales por actores del proceso*

Intencion Comunicacional	Paciente		Terapeuta	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Explorar	1803***	93,6	2778	89,6
Sintonizar	98	4,9	202*	5,7
Resignificar	32	1,5	160***	4,7
Total	1933	100	3140	100

\* $p \leq .05$ . \*\* $p \leq .01$ . \*\*\* $p \leq .0001$

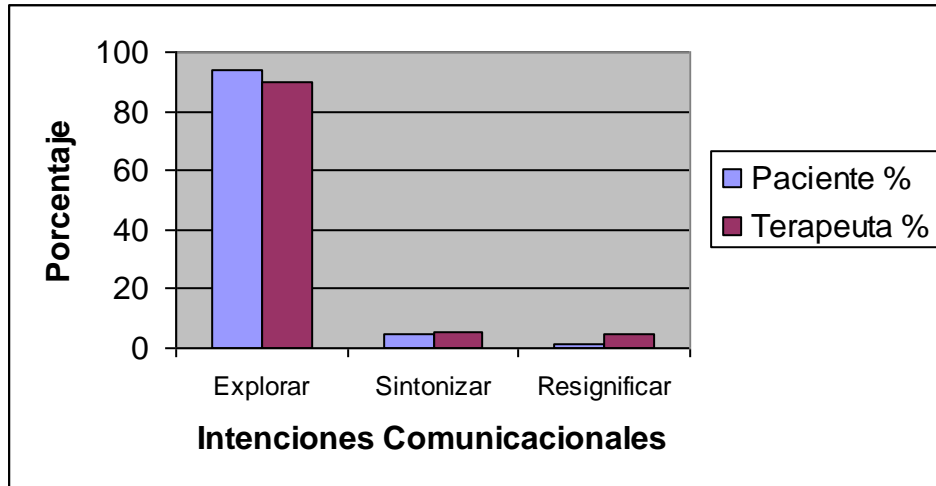


Figura 6: Porcentaje de Intenciones Comunicacionales por actores del proceso.

*Intenciones Comunicacionales (IC) en diferentes momentos de la sesión.*

Al comparar las intenciones comunicacionales en momentos distintos de la sesión (inicio y medio), los resultados indican que se presentan diferencias estadísticamente significativas en el uso de las IC ( $\chi^2 (2, N= 5073) = 73,740, p = ,000$ ). Como se observa en la Tabla 18, en los momentos iniciales es más frecuente explorar ( $z = 8,086, p = ,0002$ ) que en los momentos medios; en cambio en los momentos medios de la sesión es más frecuente sintonizar ( $z = -4,324, p = ,0002$ ) y resignificar ( $z = -7,195, p = ,0002$ ), en comparación con los momentos del inicio de la sesión. Sin embargo, en ambos momentos prima el aseverar.



Tabla 18

*Porcentaje de Intenciones Comunicacionales según momento de la sesión*

Intención Comunicacional	Inicio Sesión		Medio Sesión	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Explorar	2695***	94	1886	87,3
Sintonizar	135	4	165***	7,3
Resignificar	61	2	131***	5,4
Total	2891	100	2182	100

\*p ≤ .05. \*\*p ≤ .01. \*\*\*p ≤ .0001

*Intenciones Comunicacionales según momento de la sesión y actor del discurso.*

Si se considera a la vez el momento de la sesión y el actor del discurso terapéutico, se observa que son los terapeutas los que aumentan su frecuencia de *resignificar* en el medio de la sesión, más que los pacientes (Tabla 19). Se estimó un modelo de regresión logística para evaluar el efecto conjunto de las variables momento de la sesión y emisor del discurso (Tabla 20). Los análisis indican que no hay efecto de interacción en las intenciones *explorar* y *sintonizar*, pero si existe efecto de interacción en *resignificar* donde se observa que los terapeutas en los momentos medios de la sesión aumentan significativamente la probabilidad de *resignifica* (ver Figura 7).

Tabla 19

*Porcentaje de Intenciones Comunicacionales según actores del proceso y momento de la sesión.*

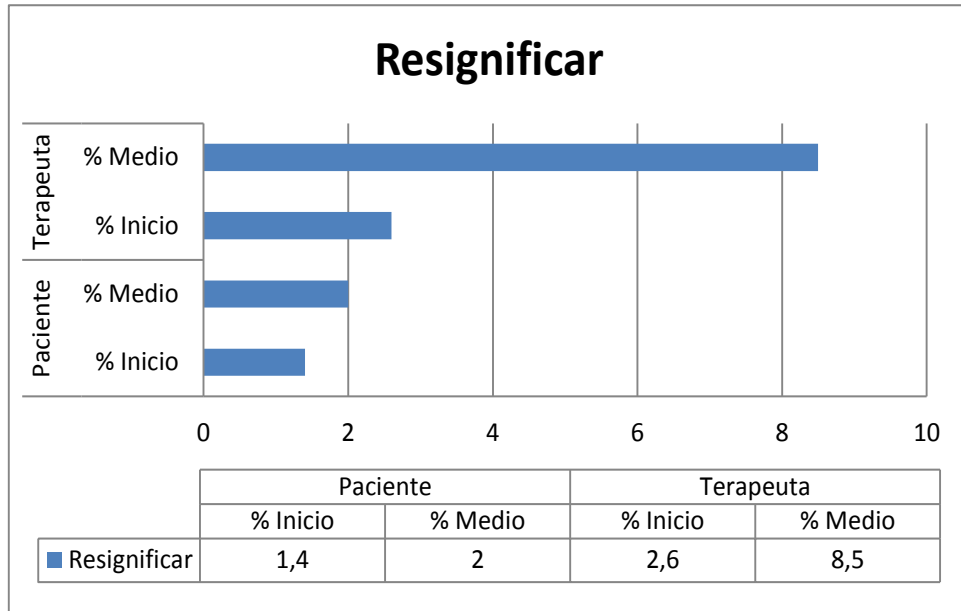
Intención Comunicacional	Paciente		Terapeuta	
	% Inicio	% Medio	% Inicio	% Medio
Explorar	95	91,1	92,2	83,5
Sintonizar	3,7	6,9	5,3	8,0
Resignificar	1,4	2,0	2,6	8,5
Total	100	100	100	100

Tabla 20

*Modelo de Regresión Logística Intenciones según Actor y Momento de la Terapia*

	Explorar		Sintonizar		Resignificar	
	B	Exp(B)	B	Exp(B)	B	Exp(B)
Actor	,607***	1,835	-,259*	,772	-1,180***	,307
Momento de la sesión	-,780***	,459	,516***	1,675	1,104***	3,016
Interracción	,236	1,266	,218	1,244	-,878*	,415

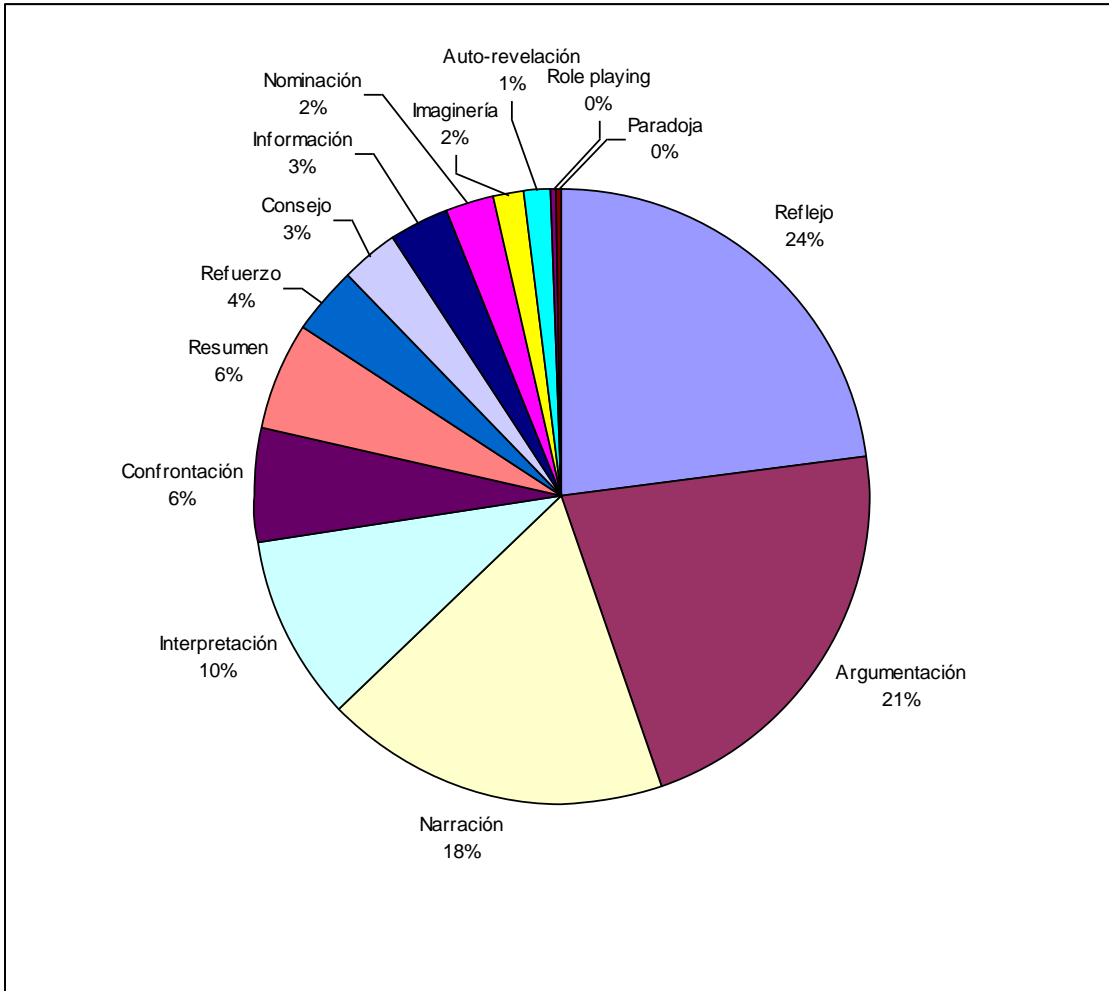
\*p ≤ .05. \*\*p ≤ .01. \*\*\*p ≤ .0001



*Figura 7: Porcentaje de Intención Comunicacional resignificar por actor y momento de la sesión.*

#### Técnicas Comunicacionales

Respecto de las técnicas ( $N = 765$ ), el reflejo es la más frecuentemente usada (23,1%), le siguen en frecuencia la *argumentación* (21,4%), la *narración* (18%), la *interpretación* (9,7%), la *confrontación* (6,1%), y el *resumen* (5,6%). Las otras técnicas son usadas en frecuencia igual o inferiores al 5% (ver Figura 8).



*Figura 8: Porcentaje de Técnicas Comunicacionales presentadas en la fase inicial*

Considerando la baja frecuencia de las técnicas, los siguientes análisis consideran en forma separada aquellas técnicas cuya frecuencia de aparición es mayor al 5%, las técnicas restantes son agrupadas en la categoría otras.

*Técnicas comunicacionales según actor.*

El patrón es diferente según quien sea el emisor del diálogo terapéutico,  $\chi^2(6, N=736) = 596,969, p = ,000$ . Como se observa en la Tabla 21, los pacientes utilizan la técnica comunicacional *argumentación* ( $z = 14,245, p = ,0002$ ) y *narración* en forma significativamente más frecuente que el terapeuta; en cambio el terapeuta utiliza más frecuentemente el *reflejo* (38,3%), la *interpretación* (15,1%), el *resumen* (9,4%), y la *confrontación* (8,7%).<sup>8</sup>

Tabla 21:

*Porcentaje de uso de las técnicas comunicacionales según actor.*

Técnicas	Paciente		Terapeuta	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Reflejo	4	1,4	173	38,3
Argumentación	136***	47,4	16	3,6
Narración	132	46,0	1	0,2
Interpretación	3	1,0	68	15,1
Confrontación	1	0,3	39	8,7
Resumen	0	0,0	42	9,4
otros	11	3,8	111	24,72
Total	287	100,0	450,0	100,0

\* $p \leq .05$ . \*\* $p \leq .01$ . \*\*\* $p \leq .0001$

<sup>8</sup> En el caso de las técnicas narración, reflejo, interpretación, resumen y confrontación no se admite el cálculo de la significancia de proporciones porque el n a comparar es  $\leq 5$ .

*Técnicas comunicacionales según el momento de la sesión.*

Al comparar las frecuencias de las técnicas (agrupadas) entre los momentos de inicio de sesión y los momentos medios (Tabla 22), los resultados indican que se presentan diferencias estadísticamente significativas en el uso de las Técnicas ( $\chi^2(6, N= 736) = 33,523$   $p = ,000$ ). En los momentos de inicio de sesión es significativamente más frecuente el uso del *reflejo* ( $z = 3,333$ ,  $p = ,0009$ ); en contraste, en los momentos medios es más frecuente el uso de la *interpretación* ( $z = -3.943$ ,  $p = ,0002$ ) y la *confrontación* ( $z = -2.655$ ,  $p = ,0079$ ).

Tabla 22:

*Porcentaje de uso de las técnicas comunicacionales según momento de la sesión.*

Técnicas	Inicio		Medio	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Argumentación	81	21,8	71	19,5
Reflejo	108***	29,1	68	18,6
Narración	59	15,9	74	20,3
Interpretación	20	5,4	51***	14,0
Confrontación	12	3,2	28**	7,7
Resumen	22	5,9	20	5,5
Otros	69	18,6	53	14,5
Total	371	100,0	365,0	100,0

\* $p \leq .05$ . \*\* $p \leq .01$ . \*\*\* $p \leq .0001$

*Técnicas comunicacionales según el momento de la sesión y el actor del discurso.*

Si se considera a la vez el momento de la sesión y el actor del discurso terapéutico, se observa que no hay efecto de interacción entre el momento y el emisor del discurso, sobre la probabilidad de presentación de las técnicas. Se estimó un modelo de regresión logística para evaluar el efecto conjunto de las variables momento de la sesión y emisor del discurso (Tabla 23). El emisor del discurso, por sí sólo, permite predecir significativamente el uso de todas técnicas en el discurso. El momento de la sesión por sí solo, permite predecir significativamente el uso de las técnicas *interpretación*, *confrontación*, *reflejo* y *narración* en los momentos iniciales y medios de la sesión.

Tabla 23

*Modelo de Regresión Logística Técnicas según Actor y Momento de la Sesión*

	Reflejo		Argumentación		Narración		Interpretación		Confrontación	
	B	Exp(B)	B	Exp(B)	B	Exp(B)	B	Exp(B)	B	Exp(B)
Actor	-3,625***	1,297	3,187***	24,207	5,939***	379,494	-2,946***	0,053	-3,545***	0,029
Momento de la sesión	-,668**	,808	-,257	,773	,467*	1,595	,955***	2,599	,970**	2,638
Interracción	0,052	1,053	,421	1,523	-15,341	,000	-,240	,787	-2,824	,000

\*p ≤ .05. \*\*p ≤ .01. \*\*\*p ≤ .0001

### Ámbito de las Acciones Comunicacionales

Respecto al ámbito de las acciones comunicacionales ( $N = 5235$ ), el ámbito de las *ideas* es el ámbito más frecuente en el discurso (75,9%), seguido por las *acciones* (16,7%) y, por último, por los *afectos* (7,4%). Véase Figura 9.

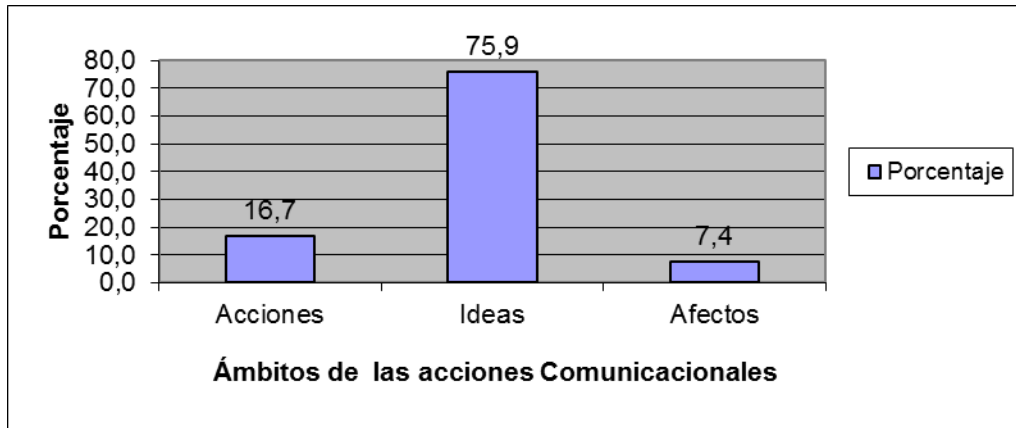


Figura 9: Porcentaje de ámbitos de las acciones comunicacionales

### Ámbito de las acciones comunicacionales según actor.

Como se observa en la Tabla 24, el ámbito de las acciones comunicacionales es diferente según quien sea el emisor del diálogo terapéutico ( $\chi^2 (2, N= 5235) = 19,062, p = ,000$ ). Si bien ambos actores más frecuentemente centran su discurso en el ámbito de las *ideas*, los terapeutas lo hacen significativamente más frecuentemente que los pacientes ( $z = -4.366, p = ,0002$ ); los pacientes, en cambio, con más frecuencia que los terapeutas refieren su discurso al ámbito de las *acciones* ( $z = 3.437, p = ,0006$ ) y *afectos* ( $z = 2.236, p = ,025$ ). Véase Figura 10.



Tabla 24:

*Porcentaje de los ámbitos del discurso según actor.*

	Paciente		Terapeuta		%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Acciones	382**	18,0	494	15,1	18,0
Ideas	1462	75,4	2511***	75,9	75,4
Afectos	169*	6,6	217	8,4	8,4
Total	2013	100	3222	100	100
					5235

\*p ≤ .05. \*\*p ≤ .01. \*\*\*p ≤ .0001

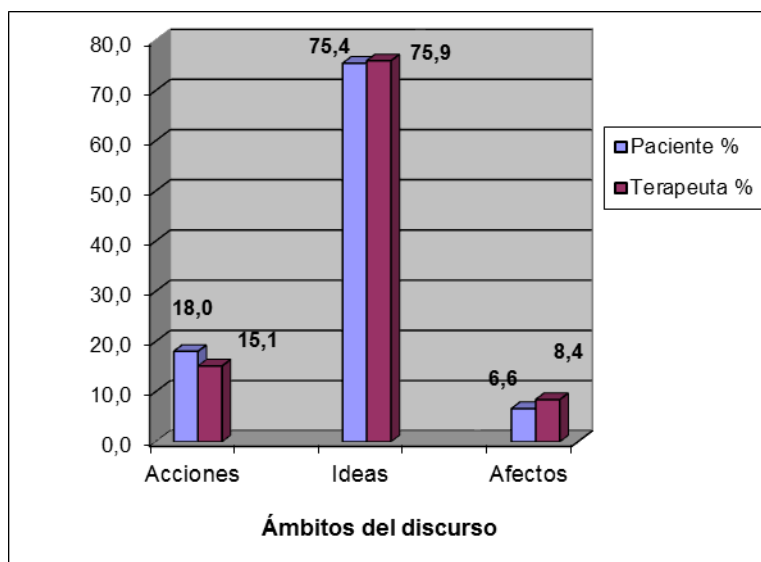


Figura 10: Porcentaje de ámbitos del discurso por actores

*Ámbito de las acciones comunicacionales según el momento de la sesión.*

Al comparar el ámbito de las acciones comunicacionales en momentos distintos de la sesión (inicio y medio), los resultados indican que se presentan diferencias estadísticamente significativas en el ámbito del discurso ( $\chi^2$  (2, N= 5235) = 12,563,  $p = ,002$ ). Como se observa en la Tabla 25, en los momentos iniciales es más frecuente que el discurso se centre en el ámbito de las *acciones* ( $z = 2.781$ ,  $p = ,0054$ ) (comparado con los momentos medios), y en los momentos medios de la sesión es más frecuente que las acciones comunicacionales se encuentren en el ámbito de los *afectos* ( $z = -2.532$ ,  $p = ,0113$ ) (comparado con los momentos iniciales). Sin embargo, en ambos momentos prima el ámbito de las ideas. Véase Figura 11.

Tabla 25:

*Porcentaje de los ámbitos del discurso según momento de la sesión (inicio- medio)*

	Inicio		Medio		%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Acciones	538**	18,0	338	15,1	18,0
Ideas	2258	75,4	1715	75,9	75,4
Afectos	197	6,6	189*	8,4	8,4
% Total	2993	100	2242	100	100
					5235

\* $p \leq .05$ . \*\* $p \leq .01$ . \*\*\* $p \leq .0001$

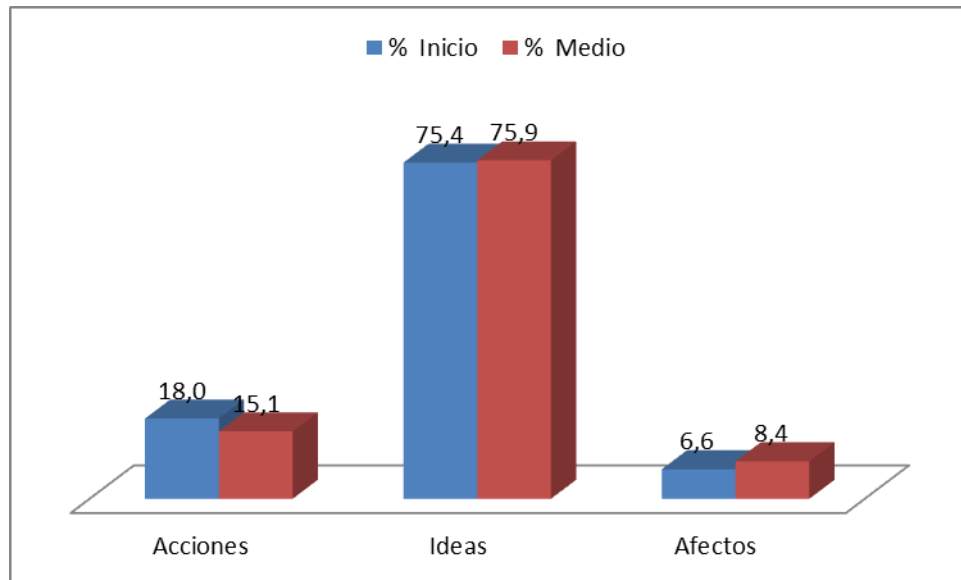


Figura 11: Porcentaje de ámbitos del discurso por momento de la sesión

*Ámbito de las acciones comunicacionales según el momento de la sesión y el actor del discurso*

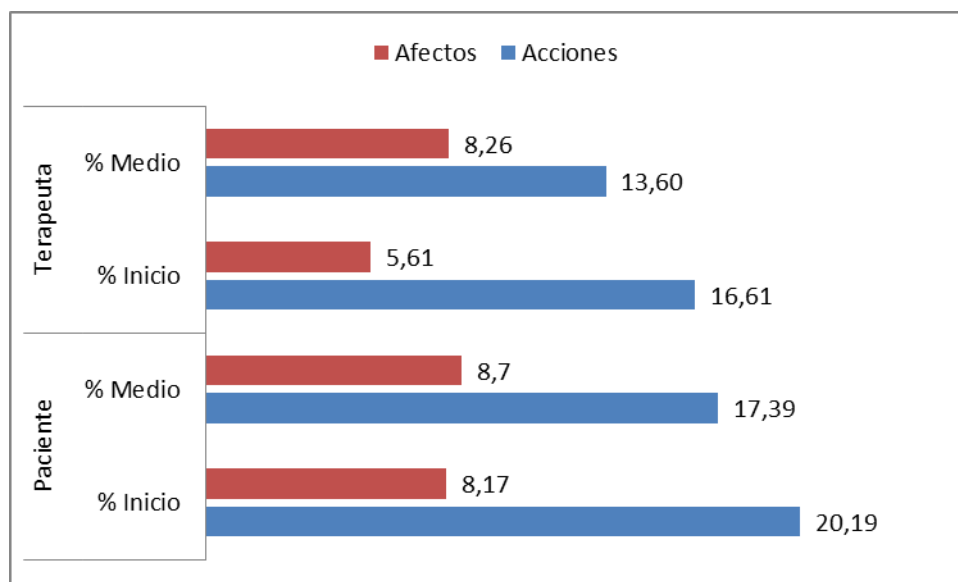
Si se considera a la vez el momento de la sesión y el actor del discurso terapéutico, se observa que no hay un efecto de interacción entre el momento de la sesión y el emisor del discurso, sobre el ámbito del discurso. Se estimó un modelo de regresión logística para evaluar el efecto conjunto de las variables momento de la sesión y emisor del discurso. El emisor del discurso predice significativamente la probabilidad de presentarse un ámbito. El momento de la sesión por sí solo predice la probabilidad de presentar el ámbito *acciones* y *afectos*, no así *ideas*, que se presentan en forma muy similar en ambos momentos. Véase Tabla 26 y Figura 12).

Tabla 26

*Modelo de Regresión Logística ámbito según actor y momento de la terapia*

	Acciones		Ideas		Afectos	
	B	Exp(B)	B	Exp(B)	B	Exp(B)
Actor	,260*	1,297	-,287***	,751	,236*	1,266
Momento de la sesión	-,214*	,808	,061	1,062	,265*	1,304
Interracción	0,052	1,053	,093	1,098	-,347	,707

\*p ≤ .05. \*\*p ≤ .01. \*\*\*p ≤ .0001



*Figura 12: Porcentaje de los ámbitos del discurso afectos y acciones por momento de la sesión y actor. (Se omitió en el gráfico ámbito ideas porque no presentaba diferencias)*

## Referencias de las Acciones Comunicacionales

Respecto de las referencias de las acciones comunicacionales ( $N = 5236$ ), la referencia *al otro presente* es la más frecuentemente usada (27,62%). Le siguen en frecuencia la referencia a la *relación con un tercero* (24,94%), la referencia a *un tercero* (17,78%), la referencia *a sí mismo* (15,58%), la referencia *neutral* (10,35%), y la referencia a la *relación terapéutica* (3,72%). Véase Figura 13.

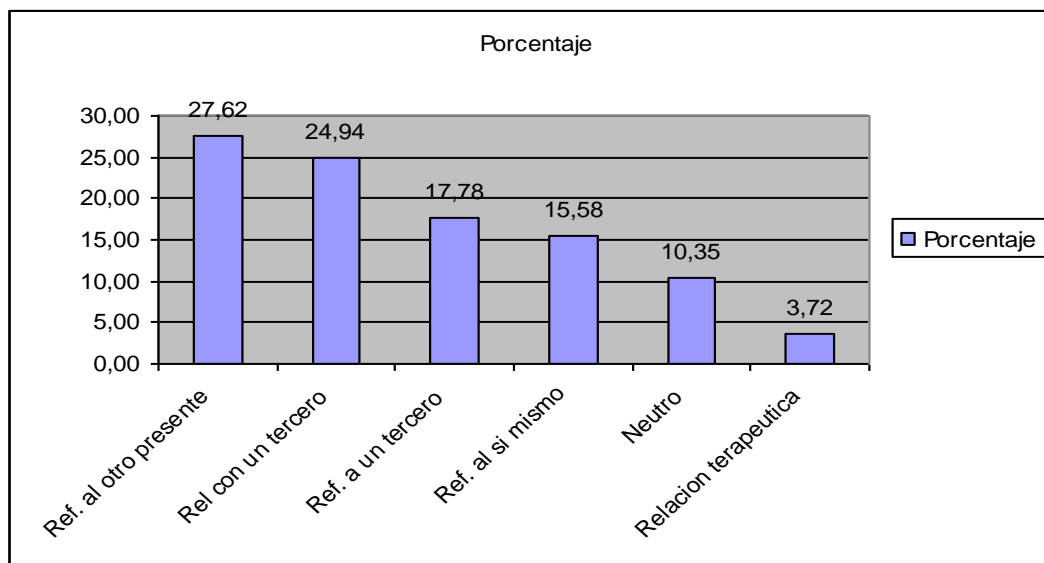


Figura 13: Porcentaje de Referencias de las acciones comunicacionales

### Referencia de las Acciones Com

### unicacionales según el actor

El patrón de presentación de las referencias de las acciones comunicacionales es diferente según quien sea el emisor del diálogo terapéutico ( $\chi^2 (5, N= 5236) = 2050,864, p = ,000$ ). En comparación con los terapeutas, los pacientes hablan significativamente más de

*sí mismos* ( $z = 36.02, p = .0002$ ), significativamente más de *su relación con un tercero* ( $z = 7.792, p = .0002$ ), y luego hacen referencia a *un tercero* ( $z = 2.052, p = .0402$ ). En cambio los terapeutas, en comparación con los pacientes, se refieren significativamente más *al otro presente* ( $z = -34.009, p = .0002$ ), a *la relación del paciente con un tercero* ( $z = 7.792, p = .0002$ ), a *la relación terapéutica* ( $z = -8.382, p = .0402$ ) y a *un tercero* ( $z = 2.052, p = .0402$ ). Véase Tabla 27 y Figura 14.

Tabla 27:

*Porcentaje de las referencias de las acciones comunicacionales según el actor del discurso*

Referencias	% de Rol		% de Rol		%
	F	Paciente	F	Terapeuta	
Ref. al sí mismo	773***	38,46	43	1,33	15,58
Ref. al otro presente	20	1,00	1426***	44,20	27,62
Ref. a un tercero	385*	19,15	546*	16,92	17,78
Relación terapéutica	19	0,95	176*	5,46	3,72
Rel. con un tercero	620***	30,85	686***	21,26	24,94
Neutro	193	9,60	349	10,82	10,35
Total	2010	100	3226	100	100
N Total					5236

\* $p \leq .05$ . \*\* $p \leq .01$ . \*\*\* $p \leq .0001$

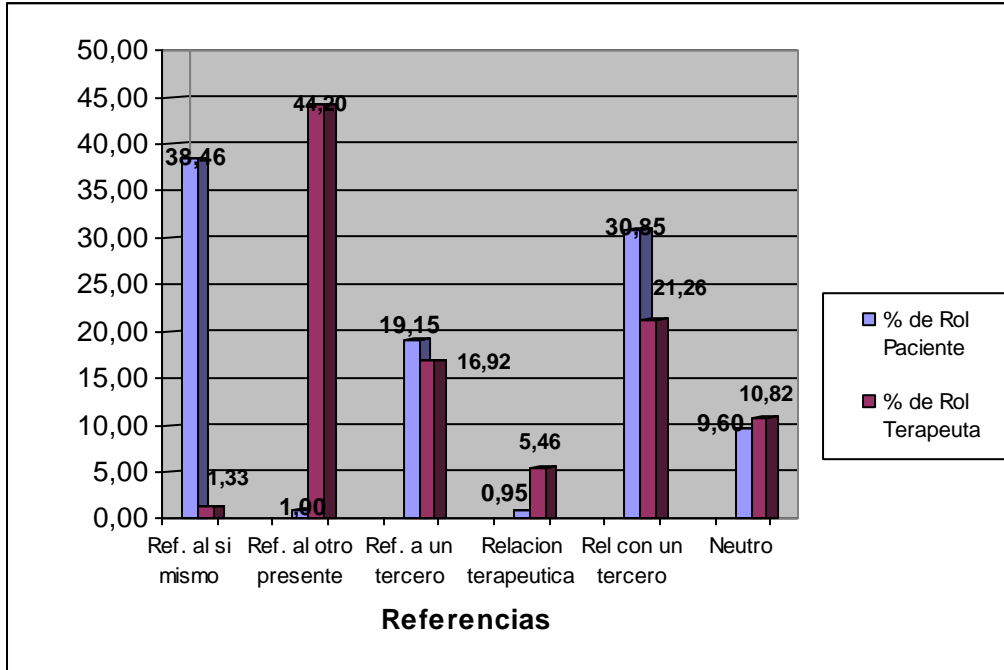


Figura 14: Porcentaje de referencias de las acciones comunicacionales según actor del proceso

*Referencia de las Acciones Comunicacionales según el momento de la sesión.*

Al comparar las referencias de las acciones comunicacionales en momentos distintos de la sesión (inicio y medio), los resultados indican que se presentan diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2 (5, N= 5236) = 138,615, p = ,000$ ). Como se observa en la Tabla 28, en los momentos iniciales, en comparación a los momentos medios, es más frecuente que las referencias del discurso sean *al otro presente* ( $z = 4,559, p = ,0002$ ), *a sí mismo* ( $z = 5,225, p = ,0002$ ), *neutrales* ( $z = 2,969, p = ,003$ ) y referidas a *la relación terapéutica* ( $z = 4,219, p = ,0002$ ). En los momentos medios de la sesión – en comparación con los momentos iniciales - es significativamente más frecuente que las referencias sean a

la relación con un tercero ( $z = -8,392, p = ,0002$ ) y referidas a un tercero ( $z = -5.245, p = ,0002$ ). Véase Figura 15.

Tabla 28:

*Porcentaje de las referencias de las acciones terapéuticas según el momento de la sesión*

Referencias	Inicio		Medio		%
	F	%	F	%	
Ref. al si mismo	534***	17,85	282	12,56	15,58
Ref. al otro presente	899***	30,06	547	24,37	27,62
Ref. a un tercero	460	15,38	471***	20,98	17,78
Relación terapéutica	140***	4,68	55	2,45	3,72
Rel con un tercero	616	20,60	690***	30,73	24,94
Neutro	342***	11,43	200	8,91	10,35
Total	2991	100	2245	100	100
N Total					5236

\* $p \leq .05$ . \*\* $p \leq .01$ . \*\*\* $p \leq .0001$



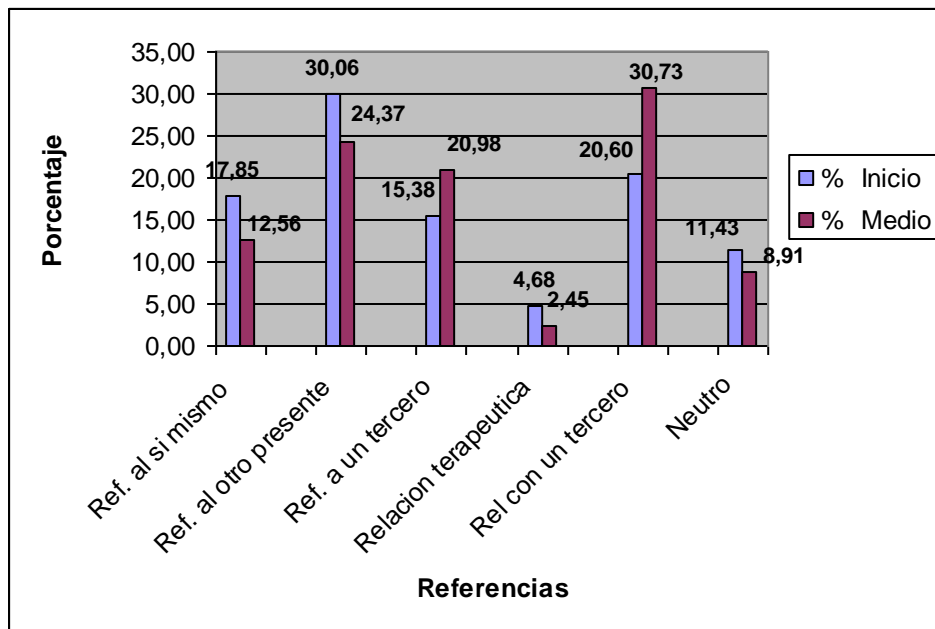


Figura 15: Porcentaje de referencias de las acciones comunicacionales según momento de la sesión

*Referencias de las acciones comunicacionales según el momento de la sesión y el actor del discurso.*

Si se considera a la vez el momento de la sesión y el actor del discurso terapéutico, se observa que no hay un efecto de interacción entre el momento de la sesión y el emisor en cuanto a la referencia del discurso. Se estimó un modelo de regresión logística para evaluar el efecto conjunto de las variables momento de la sesión y emisor del discurso. Es el emisor del discurso y el momento de la sesión, cada uno por sí solo, quienes predicen significativamente la probabilidad de presentar una referencia determinada (Tabla 29 y Figura 16).

Tabla 29

*Modelo de Regresión Logística Contenidos según Actor y Momento de la Terapia*

	Sí mismo		Otro presente		Un tercero		Relación Terapéutica		Relacion con tercero		Neutral	
	B	Exp(B)	B	Exp(B)	B	Exp(B)	B	Exp(B)	B	Exp(B)	B	Exp(B)
Actor	3,868***	47,833	-4,376***	0,013	,148*	1,16	-1,798***	0,166	,504***	1,655	,429***	1,536
Momento de la sesión	-,578***	,561	-,344***	,709	,378***	1,459	-,668***	,513	,539***	1,714	-,377***	,686
Interracción	0,495	1,640	,419	1,519	,035	1,036	,691	1,996	-,209	,811	-,294	,745

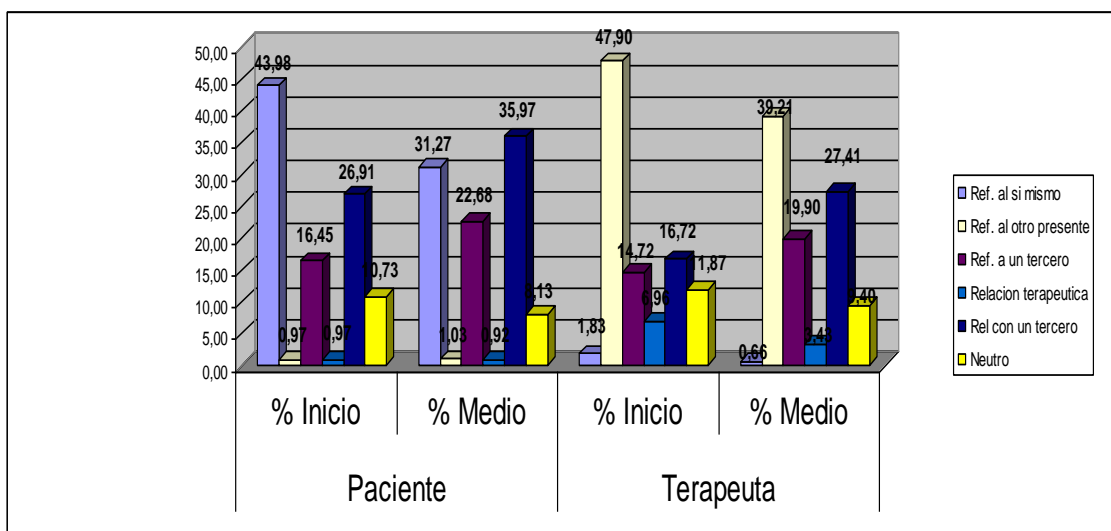


Figura 16: Porcentaje de referencias de las acciones comunicacionales según momento de la sesión y actor del discurso.

**En síntesis**, las Acciones Comunicacionales de la fase inicial de la psicoterapia en adolescentes estudiadas presentaron las siguientes características. Las Formas Básicas que prevalecen en la fase inicial son *aseverar* y *preguntar*. Sin embargo, si se diferencia por el emisor del discurso son los pacientes los que *aseveran*, *asienten* y *niegan* más, en

comparación con los terapeutas; en cambio los terapeutas preguntan con mayor frecuencia en comparación con los pacientes.

Estos resultados permiten aceptar la  $H_{3.1}$  de las Acciones Comunicacionales que dice:

*H<sub>3.1</sub>: “La forma básica asentir y aseverar presentará mayor frecuencia en los pacientes que en los terapeutas, a diferencia de la forma básica preguntar que será más frecuente en terapeutas, en la fase inicial de la psicoterapia con adolescentes”.*

Las Intenciones de las acciones comunicacionales muestran una prevalencia absoluta del *explorar*, tanto en pacientes como en terapeutas; sin embargo, en la comparación entre actores, los pacientes *exploran* más que los terapeutas, y éstos *sintonizan* y *resignifican* más que los pacientes. A la vez, en los momentos iniciales de la sesión se explora más en comparación a los momentos medios, donde es más frecuente sintonizar y resignificar. Además, se observó un efecto de interacción entre el terapeuta y el momento medio de la sesión, con la intención *resignificar*, ya que la condición de terapeuta en los momentos medios de la sesión aumenta significativamente la probabilidad de aparición de la intención *resignificar*, por sobre las otras intenciones comunicacionales.

Estos resultados permiten aceptar la  $H_{3.2}$  de las Acciones Comunicacionales que dice:

*H<sub>3.2</sub>: “La intención comunicacional explorar presentará mayor frecuencia en los pacientes que en los terapeutas, y la intención sintonizar será más frecuente en terapeutas, en la fase inicial de la psicoterapia con adolescente”.*

Las Técnicas comunicacionales más frecuentemente utilizadas fueron el *reflejo*, la *argumentación*, la *narración*, la *interpretación*, la *confrontación* y el *resumen*. Son los pacientes los que usaban preferentemente la *argumentación* y la *narración*, en cambio los terapeutas utilizaban con mayor frecuencia las otras técnicas mencionadas. En los

momentos iniciales, en comparación a los momentos medios de la sesión, se presentó con mayor probabilidad el *reflejo*, por sobre las otras técnicas; en los momentos medios, en comparación a los momentos iniciales, presentó mayor probabilidad de aparición la *interpretación* y la *confrontación*. El *Ámbito* de las acciones comunicacionales que prevaleció fueron las *ideas*, tanto en los pacientes como en los terapeutas, pero al comparar por el emisor del discurso se observó que en los pacientes se presentaron más acciones comunicacionales con *ámbito de acciones y afectos*, que en los terapeutas, donde se presentaban más *ámbito ideas*. En los momentos iniciales, en comparación con los momentos medios de la sesión, el *ámbito acciones* prevalece sobre el *ámbito afectos*, lo que se invierte en los momentos medios de la sesión, sin embargo en ambos momentos prima el *ámbito ideas*. Las Referencias de las acciones comunicacionales observadas en la Fase Inicial, se refieren más frecuentemente *al otro presente, a la relación con un tercero y a un tercero*. Los pacientes, en comparación con los terapeutas fueron los que hacen más *referencia a sí mismos*, los terapeutas, fueron los que hicieron más frecuentemente *referencia al otro presente*. Las referencias *a la relación con terceros y a terceros* fueron comunes al discurso de ambos actores del proceso. Estas referencias mostraron un patrón de presentación diferente según el momento de la sesión. En el momento inicial las referencias *al otro presente, a sí mismo, las neutrales y a la relación terapéutica* presentaron mayor frecuencia de aparición; en cambio en los momentos medios, presentan mayor frecuencia de aparición *la relación con un tercero y las referidas a un tercero*.

A continuación se presenta la Tabla 30 que resume los resultados descriptivos de las acciones comunicacionales en la fase inicial de la Psicoterapia con adolescentes.

Tabla 30:

*Resumen descriptivo de las acciones Comunicacionales Adolescentes –Terapeutas en la Fase Inicial de la Psicoterapia.*

	Adolescentes	Terapeutas
¿Qué están haciendo en términos de forma verbal?	Principalmente presentan un discurso aseverativo, con capacidad de asentir y de negar cuando lo requieren	Principalmente presentan un discurso consultivo, preguntando más.
¿Cuál es la intención del discurso?	Explorar, es decir entregar y solicitar información.	Principalmente solicitar y entregar información, pero con intención de sintonizar, y resignificar, especialmente en los momentos medios de la sesión.
¿Qué técnicas comunicacionales utilizan?	Utilizan preferentemente la Argumentación y la Narración.	Utilizan preferentemente el reflejo en los momentos iniciales de la sesión y la Interpretación y Confrontación en los momentos medios de la sesión.
¿De qué ámbito se habla?	Principalmente hablan de ideas, pero hablan de acciones (especialmente al inicio de la sesión) y afectos ( en los momentos medios de la sesión).	Principalmente de Ideas
¿Acerca de quién están hablando?	Principalmente hablan de sí mismos, pero también de su relación con terceros y de terceros, especialmente en los momentos medios de la sesión	Hablan preferentemente de los pacientes (referencia al otro presente), pero también de la relación de pacientes con terceros y directamente de terceros, especialmente en los momentos medios de la sesión.

## NIVEL DE BIENESTAR PSICOLOGICO ALCANZADO

A continuación se presentan los resultados descriptivos del cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia OQ-45.2 (Lambert et al, 1996; versión chilena De la Parra & Von Bergen, 2001).

El promedio de “bienestar psicológico”<sup>9</sup> presentado por los pacientes antes del inicio del proceso terapéutico fue de 71,03, para las 20 terapias que fueron evaluadas. Este promedio se encuentra por debajo del punto de corte que diferencia a una población funcional de una disfuncional, que en el caso de la muestra chilena es de 73 puntos. Al analizar en nivel de funcionamiento por terapia se observa que diez (50% ) de los pacientes presentan un funcionamiento en el rango funcional y diez (50%)de los pacientes en el rango de disfuncionalidad, al inicio del proceso terapéutico.

En la sesión 6 (resultados intermedios), para los 14 pacientes que se mantenían en terapia, el promedio de “bienestar psicológico” alcanzado fue de 70,93 puntos, levemente inferior al de la evaluación inicial. Al analizar el funcionamiento por paciente, se observa que ocho de ellos (57 %) se encontraban en un rango de funcionamiento disfuncional.

El promedio de “bienestar psicológico” alcanzado al terminar el proceso por los 11 pacientes que finalizaron el proceso fue de 43,55 puntos (resultados finales), marcadamente menor en comparación con el puntaje al inicio del proceso (ver Tabla 31). De estos pacientes sólo uno se encontraba en un rango de funcionamiento disfuncional. No es posible realizar comparaciones entre los puntajes promedios de las tres evaluaciones porque el número de pacientes no es el mismo en los distintos momentos.

---

<sup>9</sup> Como se indicó en sección procedimientos este cuestionario entrega un puntaje de bienestar psicológico, evaluado en sentido inverso. Es decir a mayor puntaje, mayor “malestar psicológico”, y a menor puntaje mayor bienestar psicológico.

Tabla 31:

*Puntajes OQ-45.2 en las sesiones inicial, Sesión N°6 y final de las terapias.*

Terapia	OQ		OQ Final
	inicial	sesión 6	
I	51	32	12
II	84	.	.
III	65	.	.
IV	78	85	46
V	76	71	33
VI	24	32	19
VII	73	74	19
VIII	63	.	.
IX	116	96	.
X	41	55	61
XI	85	40	.
XII	96	99	.
XIII	75	97	65
XIV	65	75	55
XV	90	99	82
XVI	71	.	.
XVII	85	.	.
XVIII	100	95	60
XIX	22	.	.
XX	61	43	27
media	71,03	70,93	43,55
D.S	23,67	25,88	22,88

Ahora bien, si se analizan sólo las 11 terapias que terminaron el proceso, se observa (Tabla 32) que el promedio de las evaluaciones de bienestar psicológico en la segunda evaluación muestra un leve aumento del malestar psicológico (OQ-45.2 sesión 6) que no es significativo, pero la evaluación promedio de bienestar psicológico alcanzado en la sesión final presenta una diferencia significativa con el promedio de la evaluación de bienestar psicológico presentado en la primera sesión ( $F=10,247$ ;  $p=0,001$ ;  $gl= 2$ ).

Si se analizan por separado los puntajes de las tres subescalas – Malestar Subjetivo, Relaciones Interpersonales y Rol Social - que conforman el cuestionario OQ-45.2, se observa que existen diferencias significativas entre la puntuación de Malestar Subjetivo (Síntomas) reportado en la primera sesión y en la última sesión ( $F=9,330$ ;  $p=0,001$ ;  $gl=2$ ), entre la puntuación de Relaciones Interpersonales reportado en la primera sesión y en la última sesión ( $F=4,685$ ;  $p=0,021$ ;  $gl=2$ ), y entre la puntuación de Rol Social reportado en la primera sesión y en la última sesión de terapia ( $F=6,030$ ;  $p=0,009$ ;  $gl=2$ ).

Entonces, en promedio las terapias que terminan el proceso terapéutico alcanzan un nivel de bienestar psicológico significativamente mejor que el que presentaban antes de iniciar el proceso, en las tres áreas evaluadas (Figura 17).



Tabla 32:

*Promedios y desviaciones estándar de puntajes OQ-45.2 inicial, intermedio y final (total y subescalas), de los 11 pacientes que terminaron el tratamiento*

	Sub escala Síntomas		Sub escala Relaciones Interpersonales		Sub escala Rol Social		Total OQ 45-2	
	Media (n=11)	D.S	Media (n=11)	D.S	Media (n=11)	D.S	Media (n=11)	D.S
OQ inicial	40,45***	13,06	12,78*	5,61	13,45*	4,92	66,69***	21,75
OQ sesión 6	41,00	14,07	14,00	6,73	13,00	5,23	68,91	25,08
OQ final	25,36***	13,02	10,09*	6,42	8,09*	4,80	43,55***	22,88

\*  $p \leq ,05$  \*\* $p \leq ,01$  \*\*\* $p \leq ,001$

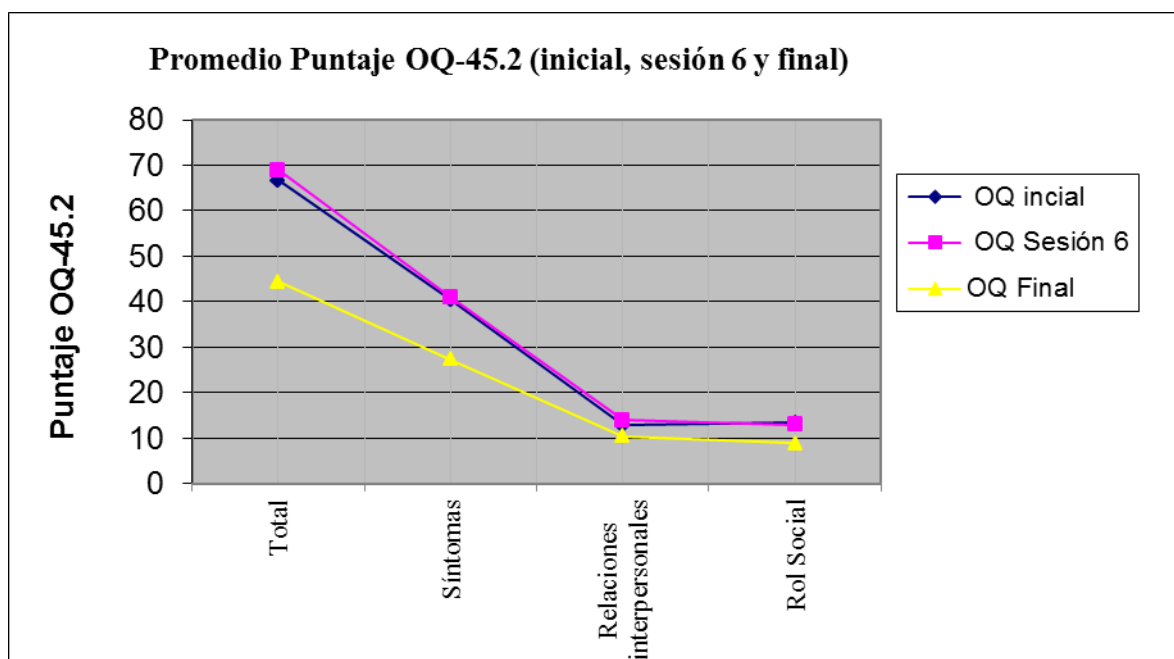


Figura 17: Gráfico Puntaje Promedio OQ-45.2 (Sesión inicial, Sesión 6 y Sesión final).

## Terapias con Índice de Cambio Confiable

Como se indicó anteriormente, la validación y estandarización del OQ-45.2 establece un índice de variación de 17 puntos para considerar que el cambio en el “bienestar psicológico” es significativo o confiable. En relación a este criterio se puede indicar que tuvieron un índice de cambio confiable 8 terapias (57%) de las 14 terapias que tuvieron al menos dos evaluaciones de bienestar psicológico.

De las 6 terapias que no tuvieron cambio confiable, 3 iniciaron su proceso en el rango de funcionalidad, y aunque disminuyeron su malestar psicológico, el cambio no llegó a alcanzar los 17 puntos para considerarse un cambio confiable. Otra terapia inició su proceso en rango de disfuncionalidad, y disminuyó sus niveles a un rango funcional, pero no alcanzó un índice de cambio confiable. Dos procesos terapéuticos no alcanzaron un cambio confiable y se mantuvieron en el rango de disfuncionalidad.

En síntesis, la evaluación inicial de “bienestar psicológico” realizada a los 20 adolescentes de este estudio, indicó que el 50% de los 20 adolescentes se encontraban en un nivel de funcionalidad de su comportamiento, según la estandarización chilena del OQ-45.2. En los promedios de las evaluaciones iniciales, intermedias y finales se observa una disminución progresiva del promedio del malestar psicológico (OQ-45-2), sin embargo estos promedios no son comparables porque el número de terapias disminuyó a 14 en la evaluación intermedia y en 11 en la evaluación final.

Si se comparan las evaluaciones de los 11 adolescentes que terminaron su proceso terapéutico, se observa que existe una disminución significativa entre en el malestar psicológico evaluado por el OQ-45.2 entre la sesión inicial y la sesión final, tanto en el puntaje total y en las tres dimensiones evaluadas por el instrumento (síntomas, rol social y

relaciones interpersonales). No se presenta una disminución significativa del malestar psicológico entre la evaluación inicial (sesión 1) y la evaluación intermedia (sesión N°6).

A continuación se presentarán las relaciones entre las variables evaluadas en la fase inicial y los resultados y adherencia al tratamiento.

### **Alianza Terapéutica y Nivel de Bienestar Psicológico Alcanzado (OQ-45.2)**

Alianza Terapéutica (AT) y su relación con resultados de intermedios y finales.

Se realizaron correlaciones bivariadas de Pearson entre los puntajes de percepción de la AT en las tres sesiones iniciales de pacientes y terapeutas, con los resultados de bienestar psicológico alcanzados a la sexta sesión y al final del proceso, evaluados a través del OQ-45.2.

En el caso de los Adolescentes, los resultados indican que la percepción de la AT en la tercera sesión se correlaciona significativamente e inversamente con el puntaje OQ-45.2 final (en el OQ a menor puntaje mayor bienestar psicológico) ( $coR = -,732^*$ ,  $p = ,025$ ). En el caso de los terapeutas, la evaluación de la AT en la primera y segunda sesión se correlacionan significativamente con los resultados intermedios (OQ-45.2 sesión seis) ( $coR = -,585^*$ ,  $p = ,028$ ;  $coR = -,708^{**}$ ,  $p = ,007$ ). La AT evaluada por los padres no presenta correlación significativa con los resultados terapéuticos evaluados a través del OQ-45.2 tanto en la sesión seis como en la final.

Tabla 33

*Correlaciones Bivariadas de Pearson entre Puntajes Inventario AT y Puntajes OQ-45.2*

		Puntaje IAT	Media Ptje OQ-45.2 sesión 6	CoRR Pearson	Significación	Media Ptje OQ-45.2 sesión final	CoRR Pearson	Significación
Adolescentes	Sesión 1	213,34	70,93	0,136	0,643	43,55	-0,253	0,452
	Sesión 2	219,65	70,93	0,08	0,796	43,55	-0,379	0,28
	Sesión 3	224,13	70,93	-0,111	0,731	43,55	-,732*	0,025
Terapeutas	Sesión 1	211,74	70,93	,585*	0,028	43,55	0,206	0,544
	Sesión 2	220	70,93	,708**	0,007	43,55	0,449	0,193
	Sesión 3	227	70,93	0,031	0,924	43,55	-0,388	0,302
Padres	Sesión asistida	218,47	70,93	0,277	0,471	43,55	0,306	0,504

\*  $p \leq ,05$  \*\* $p \leq ,01$  \*\*\* $p \leq ,001$

Si se utiliza el criterio de Cambio Confiable (CC) que entrega el cuestionario OQ-45.2 se pueden clasificar las terapias como exitosas (más de 17 puntos de diferencia entre sus evaluaciones de OQ-45.2) y no exitosas (menos de 17 puntos de diferencia entre las evaluaciones).

Agrupadas las terapias en las que alcanzaron CC (n=8) y las que no alcanzaron (n=6), se realizaron los análisis de varianza univariada para evaluar si existen diferencias significativas en los promedios de AT percibidos por los adolescentes, terapeutas y padres en las sesiones iniciales entre estos dos grupos.

Como se visualiza en la tabla 34, cuando es evaluada desde la perspectiva de los adolescentes, el promedio de la AT de ambos grupos no se diferencia significativamente, tanto en los puntajes totales como por subescalas, en ninguna de las tres primeras sesiones.

Tabla 34

*Diferencias de promedios de AT Adolescentes (totales y subescalas) entre terapias con y sin Cambio Confiable.*

<b>Estadísticos descriptivos</b>		<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>	<b>N</b>	<b>F</b>	<b>gl</b>	<b>Sig</b>
Terapias sin CC	WAI1_Ad_Total	207,39	33,40	12	1,382	1	0,255
Terapias con CC	WAI1_Ad_Total	222,25	14,77	8			
Terapias sin CC	WAI1_Ad_V	66,06	14,03	12	3,338	1	0,084
Terapias con CC	WAI1_Ad_V	76,00	7,48	8			
Terapias sin CC	WAI1_Ad_m	68,33	10,58	12	0,424	1	0,523
Terapias con CC	WAI1_Ad_m	71,25	8,46	8			
Terapias sin CC	WAI1_Ad_t	73,08	10,79	12	0,199	1	0,661
Terapias con CC	WAI1_Ad_t	75,00	6,70	8			
Terapias sin CC	WAI2_Ado_Total	213,67	26,81	9	1,234	1	0,284
Terapias con CC	WAI2_Ado_Total	226,38	19,13	8			
Terapias sin CC	WAI2_Ado_v	68,89	12,60	9	1,559	1	0,231
Terapias con CC	WAI2_Ado_v	75,38	7,96	8			
Terapias sin CC	WAI2_Ado_m	71,56	7,73	9	0,426	1	0,524
Terapias con CC	WAI2_Ado_m	73,88	6,81	8			
Terapias sin CC	WAI2_Ado_t	73,22	8,45	9	1,13	1	0,305
Terapias con CC	WAI2_Ado_t	77,13	6,38	8			
Terapias sin CC	WAI3_Ado_Total	218,43	27,47	7	0,723	1	0,41
Terapias con CC	WAI3_Ado_Total	229,13	21,22	8			
Terapias sin CC	WAI3_Ado_v	71,71	9,64	7	2,643	1	0,128
Terapias con CC	WAI3_Ado_v	78,75	7,09	8			
Terapias sin CC	WAI3_Ado_m	70,86	8,69	7	0,95	1	0,763
Terapias con CC	WAI3_Ado_m	72,25	8,80	8			
Terapias sin CC	WAI3_Ado_t	75,86	10,53	7	0,253	1	0,624
Terapias con CC	WAI3_Ado_t	78,13	6,79	8			

Como se visualiza en la Tabla 35, en el caso de los terapeutas, sólo el promedio de la AT sub-escala vínculo en la Sesión 3, presentó diferencia significativa ( $F=9,074$ ,  $gl=1$ ,  $p = ,010$ ) entre el grupo de terapias con CC y sin CC (Ver tabla 35). Las terapias con CC presentaron un promedio significativamente mayor.

Tabla 35

*Diferencias de promedios de AT Terapeutas (totales y subescalas) entre terapias con y sin Cambio Confiable.*

Estadísticos descriptivos		Media	Desv. típ.	N	F	gl	Sig
Terapias sin CC	WAI1_Te_Total	206,73	15,26	11	2,311		0,147
Terapias con CC	WAI1_Te_Total	218,63	18,87	8			
Terapias sin CC	WAI1_Te_v	71,18	5,44	11	3,117		0,095
Terapias con CC	WAI1_Te_v	75,75	5,75	8			
Terapias sin CC	WAI1_Te_m	66,55	6,52	11	1,605		0,222
Terapias con CC	WAI1_Te_m	70,63	7,48	8			
Terapias sin CC	WAI1_Te_t	69,00	4,47	11	1,401		0,253
Terapias con CC	WAI1_Te_t	72,25	7,50	8			
Terapias sin CC	WAI2_te_Total	217,22	13,30	9	0,607		0,448
Terapias con CC	WAI2_te_Total	223,13	17,85	8			
Terapias sin CC	WAI2_te_v	74,78	4,02	9	0,598		0,451
Terapias con CC	WAI2_te_v	76,75	6,36	8			
Terapias sin CC	WAI2_te_m	71,00	4,30	9	0,050		0,827
Terapias con CC	WAI2_te_m	71,63	7,09	8			
Terapias sin CC	WAI2_te_t	71,44	5,92	9	1,447		0,248
Terapias con CC	WAI2_te_t	74,75	5,34	8			
Terapias sin CC	WAI3_te_Total	220,14	12,01	7	4,100		0,064
Terapias con CC	WAI3_te_Total	233,00	12,49	8			
<b>Terapias sin CC</b>	<b>WAI3_te_v</b>	<b>74,71</b>	<b>3,64</b>	<b>7</b>	<b>9,074</b>		<b>0,010</b>
<b>Terapias con CC</b>	<b>WAI3_te_v</b>	<b>80,00</b>	<b>3,16</b>	<b>8</b>			
Terapias sin CC	WA3_te_m	71,43	5,65	7	3,199		0,097
Terapias con CC	WA3_te_m	76,13	4,52	8			
Terapias sin CC	WAI3_te_t	74,00	5,20	7	0,867		0,369
Terapias con CC	WAI3_te_t	76,88	6,56	8			

En el caso de los padres, el promedio de la AT de ambos grupos de terapias, no se diferencia significativamente, tanto en los puntajes totales como por subescalas.

Continuando con los análisis de la relación de la AT y los resultados del proceso, se decidió determinar la probabilidad de éxito (CC) utilizando como predictor los puntajes de AT. Para eso se estimó un modelo de regresión logística bivariada, donde cada terapia fue

dicotomizada en presencia/ausencia de CC (1= terapia con cambio confiable, exitosa y 0= terapia sin cambio confiable, no exitosa).

Los resultados del modelo de regresión (Tabla 36) indican que no hay probabilidad significativa de ocurrencia de condición éxito/no éxito de acuerdo a la percepción de la AT de los adolescentes, tanto en su percepción total como por subescalas.

Tabla 36:

*Parámetros del modelo de regresión logística que predice éxito/no éxito según Alianza Terapéutica (total y subescalas) percibida por los Adolescentes.*

Variables en la ecuación	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Alianza1_AdoTotal	0,046	0,043	1,162	1,000	0,281	1,047
Constante	-10,499	9,465	1,230	1,000	0,267	0,000
Alianz1_Ado_vinculo	0,131	0,075	3,033	1,000	0,082	1,140
Constante	-9,872	5,553	3,161	1,000	0,075	0,000
Alianz1_Ado_metas	0,038	0,059	0,427	1,000	0,513	1,039
Constante	-3,090	4,166	0,550	1,000	0,458	0,045
Alianz1_Ado_tareas	0,026	0,056	0,212	1,000	0,645	1,026
Constante	-2,311	4,182	0,305	1,000	0,580	0,099
Alianza2_AdoTotal	0,028	0,026	1,160	1,000	0,281	1,028
Constante	-6,227	5,728	1,182	1,000	0,277	0,002
Alianz2_Ado_vínculo	0,072	0,062	1,374	1,000	0,241	1,075
Constante	-5,380	4,565	1,389	1,000	0,239	0,005
Alianz2_Ado_metas	0,050	0,074	0,455	1,000	0,500	1,051
Constante	-3,727	5,383	0,479	1,000	0,489	0,024
Alianz2_Ado_tareas	0,077	0,072	1,128	1,000	0,288	1,080
Constante	-5,902	5,491	1,155	1,000	0,282	0,003
Alianz3_AdoTotal	0,021	0,025	0,719	1,000	0,396	1,021
Constante	-4,627	5,663	0,668	1,000	0,414	0,010
Alianz3_Ado_vínculo	0,130	0,093	1,955	1,000	0,162	1,139
Constante	-9,710	7,115	1,863	1,000	0,172	0,000
Alianz3_Ado_metas	0,021	0,064	0,108	1,000	0,743	1,021
Constante	-1,361	4,587	0,088	1,000	0,767	0,256
Alianz3_Ado_tareas	0,034	0,065	0,276	1,000	0,599	1,035
Constante	-2,519	5,079	0,246	1,000	0,620	0,081

En el caso de los terapeutas, la percepción de la AT en la tercera sesión, específicamente la escala de vínculo permite determinar la probabilidad de ocurrencia de las terapias exitosas (Tabla 37). Este resultado es concordante con el resultado



anteriormente presentado, que indicaba que el promedio de la AT en subescala de vínculo, sesión 3, difiere significativamente entre las terapias con Cambio Confiable y las terapias sin Cambio Confiable.

Tabla 37:

*Parámetros del modelo de regresión logística que predice éxito/no éxito según Alianza Terapéutica (total y subescalas) percibida por los Terapeutas.*

Variables en la ecuación	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Alianz1_TeTotal	0,050	0,036	1,966	1,000	0,161	1,051
Constante	-10,984	7,660	2,056	1,000	0,152	0,000
Alianz1_Te_vinculo	0,177	0,111	2,516	1,000	0,113	1,193
Constante	-13,321	8,259	2,601	1,000	0,107	0,000
Alianz1_Te_metas	0,098	0,081	1,488	1,000	0,223	1,103
Constante	-7,076	5,593	1,601	1,000	0,206	0,001
Alianz1_Te_tareas	0,106	0,092	1,337	1,000	0,248	1,112
Constante	-7,808	6,525	1,432	1,000	0,231	0,000
Alianz2_Te_Total	0,028	0,035	0,634	1,000	0,426	1,028
Constante	-6,262	7,751	0,653	1,000	0,419	0,002
Alianz2_Te_vinculo	0,083	0,105	0,621	1,000	0,431	1,086
Constante	-6,403	8,008	0,639	1,000	0,424	0,002
Alianz2_Te_metas	0,021	0,090	0,056	1,000	0,813	1,022
Constante	-1,639	6,456	0,064	1,000	0,800	0,194
Alianz2_Te_tareas	0,121	0,104	1,348	1,000	0,246	1,128
Constante	-8,967	7,669	1,367	1,000	0,242	0,000
Alianz3_Te_Total	0,089	0,051	3,025	1,000	0,082	1,093
Constante	-19,927	11,496	3,005	1,000	0,083	0,000
<b>Alianz3_Te_vinculo</b>	<b>0,426</b>	<b>0,201</b>	<b>4,498</b>	<b>1,000</b>	<b>0,034*</b>	<b>1,531</b>
Constante	-32,843	15,557	4,457	1,000	0,035	0,000
Alianz3_Te_metas	0,193	0,120	2,592	1,000	0,107	1,213
Constante	-14,083	8,823	2,548	1,000	0,110	0,000
Alianz3_Te_tareas	0,091	0,095	0,904	1,000	0,342	1,095
Constante	-6,696	7,192	0,867	1,000	0,352	0,001

\*p ≤ .05. \*\*p ≤ .01. \*\*\*p ≤ .0001

**En síntesis**, la evaluación de la AT realizada por los adolescentes en la tercera sesión se correlacionó significativamente con los resultados finales de la terapia, evaluados por el OQ-45.2. La evaluación de la AT en la sesión uno y dos, no presentó correlaciones significativas. La AT evaluada por Adolescentes no presentó diferencias significativas en los promedios de las terapias con y sin Cambio Confiable (CC), así como tampoco permitió predecir la probabilidad de ocurrencia de nivel de CC, si se realiza una regresión logística bivariada. La evaluación de la AT realizada por los terapeutas, tanto en la sesión uno como en la sesión dos (puntajes totales), presentó correlación significativa con los resultados intermedios, no así con los resultados finales. A su vez, la AT evaluada por los terapeutas en la sesión tres, específicamente la evaluación de la subescala vínculo, muestra una diferencia de promedios significativa entre las terapias con y sin CC, y permite predecir significativamente la probabilidad de ocurrencia de nivel de CC en las terapias. La evaluación de la AT realizada por los padres no presenta relación significativa con los resultados evaluados por el OQ-45.2, en ninguno de los análisis realizados.

### **Alianza terapéutica y Nivel de Adherencia.**

Para realizar estos análisis se ha decidido operacionalizar el concepto de adherencia de dos formas: terapias que terminan v/s interrumpen el proceso; y, terapias que asisten tres o menos sesiones v/s terapias que asisten 6 o más sesiones.

## Alianza Terapéutica y Terapias que terminan el proceso.

Se agrupan las terapias de acuerdo al criterio finalizar el proceso (N=11), y otro grupo con las terapias que interrumpen la terapia (N=8), sin considerar los puntajes del OQ-45.2.

El primer análisis que se realiza es un ANOVA univariado, entre los promedios de AT de adolescentes, terapeutas y padres y en los dos grupos de terapias. En el caso de los adolescentes, no existen diferencias significativas en los promedios de AT de sesión 1 entre el grupo de terapias que finalizan el proceso y las que interrumpen. En cambio en la evaluación de la AT en la sesión 2 y 3 si se observan diferencias significativas entre las terapias que finalizan y las que interrumpen, tanto en el puntaje total de AT como en sus sub escalas (Tabla 38). El promedio de la AT de la sesión dos, evaluada por los adolescentes, fue significativamente mayor en el puntaje total ( $F=8,446$ ,  $gl=1$ ,  $p = ,011$ ) y en las subescalas de vínculo ( $F=6,913$ ,  $gl=1$ ,  $p = ,019$ ) y tareas ( $F=9,553$ ,  $gl=1$ ,  $p = ,007$ ), al comparar terapias que finalizan v/s interrumpen el proceso. El promedio de la AT de la sesión tres, evaluada por los adolescentes, fue significativamente mayor en el puntaje total ( $F=12,582$ ,  $gl=1$ ,  $p = ,004$ ) y en las subescalas de vínculo ( $F=7,404$ ,  $gl=1$ ,  $p = ,017$ ), metas ( $F=13,172$ ,  $gl=1$ ,  $p = ,003$ ), y tareas ( $F=9,737$ ,  $gl=1$ ,  $p = ,008$ ), al comparar terapias que finalizan v/s interrumpen el proceso.

Las evaluaciones de AT realizadas por terapeutas y padres no presentan diferencias significativas en los promedio entre los dos grupos de terapias.

Tabla 38

*Diferencias de promedio de AT adolescentes (totales y subescalas) entre terapias que*

*Finalizan /Interrumpen el proceso*

<b>Estadísticos descriptivos</b>		<b>Media</b>	<b>Desv. tip.</b>	<b>N</b>	<b>F</b>	<b>gl</b>	<b>Sig</b>
No termina terapia	WAI1_Ad_Total	203,52	38,31	9	2,135	1	0,161
Finaliza terapia	WAI1_Ad_Total	221,36	12,43	11			
No termina terapia	WAI1_Ad_V	66,19	16,04	9	1,561	1	0,227
Finaliza terapia	WAI1_Ad_V	73,18	8,57	11			
No termina terapia	WAI1_Ad_m	67,22	12,86	9	0,905	1	0,354
Finaliza terapia	WAI1_Ad_m	71,36	6,04	11			
No termina terapia	WAI1_Ad_t	70,22	11,89	9	2,774	1	0,113
Finaliza terapia	WAI1_Ad_t	76,82	5,15	11			
<b>No termina terapia</b>	<b>WAI2_Ado_Total</b>	<b>203,14</b>	<b>25,63</b>	<b>7</b>	<b>8,446</b>	<b>1</b>	<b>0,011*</b>
<b>Finaliza terapia</b>	<b>WAI2_Ado_Total</b>	<b>231,20</b>	<b>14,20</b>	<b>10</b>			
<b>No termina terapia</b>	<b>WAI2_Ado_v</b>	<b>64,86</b>	<b>12,09</b>	<b>7</b>	<b>6,913</b>	<b>1</b>	<b>0,019*</b>
<b>Finaliza terapia</b>	<b>WAI2_Ado_v</b>	<b>76,90</b>	<b>6,82</b>	<b>10</b>			
No termina terapia	WAI2_Ado_m	68,71	8,12	7	4,301	1	0,056
Finaliza terapia	WAI2_Ado_m	75,40	5,23	10			
<b>No termina terapia</b>	<b>WAI2_Ado_t</b>	<b>69,57</b>	<b>7,44</b>	<b>7</b>	<b>9,553</b>	<b>1</b>	<b>0,007**</b>
<b>Finaliza terapia</b>	<b>WAI2_Ado_t</b>	<b>78,90</b>	<b>5,07</b>	<b>10</b>			
<b>No termina terapia</b>	<b>WAI3_Ado_Total</b>	<b>204,17</b>	<b>27,58</b>	<b>6</b>	<b>12,582</b>	<b>1</b>	<b>0,004**</b>
<b>Finaliza terapia</b>	<b>WAI3_Ado_Total</b>	<b>237,44</b>	<b>6,29</b>	<b>9</b>			
<b>No termina terapia</b>	<b>WAI3_Ado_v</b>	<b>69,17</b>	<b>9,81</b>	<b>6</b>	<b>7,404</b>	<b>1</b>	<b>0,017*</b>
<b>Finaliza terapia</b>	<b>WAI3_Ado_v</b>	<b>79,67</b>	<b>5,20</b>	<b>9</b>			
<b>No termina terapia</b>	<b>WAI3_Ado_m</b>	<b>64,50</b>	<b>9,42</b>	<b>6</b>	<b>13,172</b>	<b>1</b>	<b>0,003**</b>
<b>Finaliza terapia</b>	<b>WAI3_Ado_m</b>	<b>76,33</b>	<b>2,60</b>	<b>9</b>			
<b>No termina terapia</b>	<b>WAI3_Ado_t</b>	<b>70,50</b>	<b>10,29</b>	<b>6</b>	<b>9,737</b>	<b>1</b>	<b>0,008**</b>
<b>Finaliza terapia</b>	<b>WAI3_Ado_t</b>	<b>81,44</b>	<b>2,40</b>	<b>9</b>			

\*p ≤ .05. \*\*p ≤ .01. \*\*\*p ≤ .0001

Como segundo análisis de estos datos, se estimó un modelo de regresión logística bivariada, que permitió la determinación de la probabilidad de ocurrencia de la condición terminar la terapia, utilizando los puntajes de la percepción de la AT de los adolescentes, terapeutas y los padres. Para ello cada terapia fue dicotomizada en finaliza/interrumpe (1= terapia que finaliza el proceso y 0= terapia que interrumpe).

Los resultados indican que la evaluación de la AT desde la perspectiva de los adolescentes en la sesión dos predice la probabilidad de finalizar el proceso terapéutico. Si se analiza esta evaluación de la AT por subescalas, es la subescala tareas la que resulta significativa, no así vínculo y metas (Tabla 39).

Los análisis con las evaluaciones de AT de terapeutas y padres, no fueron significativos para indicar la probabilidad de ocurrencia de la finalización de la terapia.

Tabla 39:

*Parámetros del modelo de regresión logística que predice Finaliza/Interrumpe Terapia según Alianza Terapéutica (total y subescalas) percibida por los Adolescentes.*

Variables en la ecuación	B	E.T.	Wald	Gl	Sig.	Exp(B)
Alianza1_AdoTotal	0,047	0,042	1,255	1,000	0,263	1,048
Constante	-10,023	9,218	1,182	1,000	0,277	0,000
Alianz1_Ado_vínculo	0,055	0,049	1,286	1,000	0,257	1,057
Constante	-3,696	3,501	1,115	1,000	0,291	0,025
Alianz1_Ado_metas	0,051	0,056	0,831	1,000	0,362	1,053
Constante	-3,370	3,969	0,721	1,000	0,396	0,034
Alianz1_Ado_tareas	0,119	0,084	1,986	1,000	0,159	1,126
Constante	-8,653	6,350	1,857	1,000	0,173	0,000
<b>Alianza2_AdoTotal</b>	<b>0,094</b>	<b>0,046</b>	<b>4,181</b>	<b>1,000</b>	<b>0,041*</b>	<b>1,098</b>
Constante	-20,267	10,099	4,027	1,000	0,045	0,000
Alianz2_Ado_vínculo	0,194	0,099	3,800	1,000	0,051	1,214
Constante	-13,613	7,186	3,588	1,000	0,058	0,000
Alianz2_Ado_metas	0,172	0,101	2,902	1,000	0,088	1,188
Constante	-12,116	7,343	2,722	1,000	0,099	0,000
<b>Alianz2_Ado_tareas</b>	<b>0,235</b>	<b>0,109</b>	<b>4,671</b>	<b>1,000</b>	<b>0,031*</b>	<b>1,265</b>
Constante	-17,211	8,144	4,466	1,000	0,035	0,000
Alianz3_AdoTotal	0,629	0,481	1,705	1,000	0,192	1,875
Constante	-143,542	110,230	1,696	1,000	0,193	0,000
Alianz3_Ado_vínculo	0,284	0,155	3,349	1,000	0,067	1,328
Constante	-21,030	11,684	3,240	1,000	0,072	0,000
Alianz3_Ado_metas	0,564	0,357	2,505	1,000	0,113	1,758
Constante	-40,819	26,300	2,409	1,000	0,121	0,000
Alianz3_Ado_tareas	0,485	0,284	2,913	1,000	0,088	1,624
Constante	-37,646	22,490	2,802	1,000	0,094	0,000

\*p ≤ .05. \*\*p ≤ .01. \*\*\*p ≤ .0001

## Alianza Terapéutica y Número de sesiones asistidas.

Si se realizan los análisis agrupando las terapias en base al número de sesiones asistidas, están las terapias en que los pacientes sólo asisten a la primera sesión (n= 2 terapias), las terapias en que los pacientes asisten de lo menos 3 sesiones (n= 2 terapias) y las terapias en que los pacientes asisten 6 o más sesiones (n= 16 terapias).

Para realizar los análisis y por su reducido número, se agruparon en una misma categoría las terapias con menor adherencia (asisten de 1 a 3 sesiones) y en el otro grupo las terapias de mayor adherencia (asisten 6 o más sesiones)

Se realiza un Anova univariado para estimar las diferencias de promedios de AT (total y subescalas) de adolescentes y terapeutas, entre las terapias de mayor y menor adherencia. En el caso de la evaluación de la AT realizada por los adolescentes, los resultados indican que el promedio de evaluaciones de la AT en la sesión dos (total y subescalas), es significativamente mayor en el grupo de terapias con mayor adherencia. Esta diferencia también es significativa en la evaluación de la AT en la Sesión tres, donde el puntaje total de AT y la subescala vínculo es significativamente mayor en las terapias que finalizan v/s interrumpen (Tabla 40).

No se observan diferencias significativas en los promedios de AT (Total y subescalas) de las terapias de menor o mayor adherencia, cuando la AT es evaluada por los terapeutas y los padres.



Tabla 40:

*Diferencias de promedio de AT adolescentes (totales y subescalas) entre Terapias menor – mayor adherencia.*

<b>Estadísticos descriptivos</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>	<b>N</b>	<b>F</b>	<b>gl</b>	<b>Sig</b>
Asisten ≥ 3 sesiones WAI1_Ad_Total	194,93	60,32	4	2,317	1	0,145
Asisten ≤ 6 sesiones WAI1_Ad_Total	217,94	12,25	16			
Asisten ≥ 3 sesiones WAI1_Ad_V	62,18	24,33	4	2,041	1	0,170
Asisten ≤ 6 sesiones WAI1_Ad_V	72,00	7,95	16			
Asisten ≥ 3 sesiones WAI1_Ad_m	63,25	18,62	4	2,228	1	0,153
Asisten ≤ 6 sesiones WAI1_Ad_m	71,06	5,99	16			
Asisten ≥ 3 sesiones WAI1_Ad_t	69,50	18,34	4	1,122	1	0,304
Asisten ≤ 6 sesiones WAI1_Ad_t	74,94	5,83	16			
<b>Asisten ≥ 3 sesione: WAI2_Ado_Total</b>	<b>177,00</b>	<b>32,53</b>	<b>2</b>	<b>12,684</b>	<b>1</b>	<b>,003**</b>
<b>Asisten ≤ 6 sesione: WAI2_Ado_Total</b>	<b>225,33</b>	<b>16,51</b>	<b>15</b>			
<b>Asisten ≥ 3 sesione: WAI2_Ado_v</b>	<b>55,00</b>	<b>21,21</b>	<b>2</b>	<b>7,854</b>	<b>1</b>	<b>0,013*</b>
<b>Asisten ≤ 6 sesione: WAI2_Ado_v</b>	<b>74,20</b>	<b>7,52</b>	<b>15</b>			
<b>Asisten ≥ 3 sesione: WAI2_Ado_m</b>	<b>60,50</b>	<b>7,78</b>	<b>2</b>	<b>10,208</b>	<b>1</b>	<b>0,006**</b>
<b>Asisten ≤ 6 sesione: WAI2_Ado_m</b>	<b>74,27</b>	<b>5,55</b>	<b>15</b>			
<b>Asisten ≥ 3 sesione: WAI2_Ado_t</b>	<b>61,50</b>	<b>3,54</b>	<b>2</b>	<b>12,396</b>	<b>1</b>	<b>0,003**</b>
<b>Asisten ≤ 6 sesione: WAI2_Ado_t</b>	<b>76,87</b>	<b>5,93</b>	<b>15</b>			
<b>Asisten ≥ 3 sesione: WAI3_Ado_Total</b>	<b>193,50</b>	<b>51,62</b>	<b>2</b>	<b>4,739</b>	<b>1</b>	<b>0,049*</b>
<b>Asisten ≤ 6 sesione: WAI3_Ado_Total</b>	<b>228,85</b>	<b>16,52</b>	<b>13</b>			
<b>Asisten ≥ 3 sesione: WAI3_Ado_v</b>	<b>61,50</b>	<b>14,85</b>	<b>2</b>	<b>9,093</b>	<b>1</b>	<b>0,010*</b>
<b>Asisten ≤ 6 sesione: WAI3_Ado_v</b>	<b>77,62</b>	<b>5,94</b>	<b>13</b>			
Asisten ≥ 3 sesiones WAI3_Ado_m	64,50	16,26	2	1,708	1	0,214
Asisten ≤ 6 sesiones WAI3_Ado_m	72,69	7,19	13			
Asisten ≥ 3 sesiones WAI3_Ado_t	67,50	10,29	6	3,45	1	0,086
Asisten ≤ 6 sesiones WAI3_Ado_t	78,54	5,59	13			

\*p ≤ .05. \*\*p ≤ .01. \*\*\*p ≤ .0001

Posteriormente se estimó un modelo de regresión logística bivariada, que permitió la determinación de la probabilidad de ocurrencia de la mayor adherencia, en base a los puntajes de la percepción de la AT. Para ello cada terapia fue dicotomizada en mayor adherencia/menor adherencia (1= terapia con 6 o más sesiones y 0= terapia con 1 a 3 sesiones).

Los resultados indican que la evaluación de la AT percibida por adolescentes, terapeutas o padres no permite predecir la probabilidad de ocurrencia de mayor o menor adherencia al proceso terapéutico.

**En síntesis**, la evaluación de la AT realizada por los adolescentes en la sesión dos y tres muestra una diferencia significativa en sus promedios entre las terapias que finalizan v/s interrumpen el proceso, y entre las terapias que asisten a 6 o más sesiones v/s 3 o menos sesiones. Además la AT percibida por los Adolescentes en la sesión dos -puntaje total y subescala tareas- permite predecir en forma significativa la probabilidad de finalizar el proceso terapéutico ( $\beta= 0,094$  , E.T= 0,046, g.l =1,  $p =,041$ ,  $\text{Exp}(B)=1,098$ ;  $\beta= 0,235$  , E.T= 0,109, g.l =1,  $p =,031$ ,  $\text{Exp}(B)=1,265$ , respectivamente) .

La evaluación de la AT evaluada por terapeutas y por padres no presenta relación significativa con la adherencia en los análisis realizados.

Estos resultados permiten contestar a la  $H_{1.3}$  de la AT, que dice:

*H<sub>1.3</sub>: “La evaluación de la alianza desde la perspectiva del paciente presentará mayor relación con los resultados (intermedios y finales) y la adherencia, que la evaluación de la alianza desde la perspectiva del terapeuta y que la evaluación de la alianza de los padres con el terapeuta”.*

La evaluación de la AT desde la perspectiva de los Adolescentes (sesión tres) presenta una relación significativa con los resultados finales, pero no con los resultados intermedios. Por su parte, la AT evaluada por los terapeutas, en la sesión uno y dos, presenta una relación significativa con los resultados intermedios. Y, la evaluación de la AT según los terapeutas, en la sesión tres, subescala vínculo, permite predecir las terapias que alcanzan Cambio Confiable de las que no lo alcanzan, lo que no ocurre con la AT de los adolescentes.

En relación a la adherencia al proceso terapéutico, la AT evaluada por los Adolescentes es la que se relaciona significativamente con la finalización de la terapia, así como con el mayor número de sesiones asistidas. La AT evaluada por padres y adolescentes no muestra relación significativa con adherencia.

Los resultados presentados permiten aceptar parcialmente la  $H_{1,2}$  de AT que dice:

*H<sub>1,2</sub>: “Los niveles de calidad de la alianza evaluados en la sesión n°3, tanto en pacientes como en terapeutas, serán significativamente mayores en las terapias exitosas en comparación con las no exitosas y en las terapias con mayor adherencia en comparación con terapias con menor adherencia”.*

La AT percibida por los terapeutas en la sesión tres, específicamente en la subescala de vínculo, presenta promedios significativamente en las terapias con Cambio Confiable (CC), en comparación a las terapias sin CC. Sin embargo, el promedio de la AT percibida por los adolescentes en la sesión tres no presenta diferencias significativas en las terapias con y sin CC.

En relación a la adherencia se acepta la hipótesis que la evaluación de la AT según los adolescentes en la sesión tres (puntaje total y subescalas) presenta promedios

significativamente mayores en las terapias que finalizan v/s las terapias que interrumpen el proceso, y entre las terapias que asisten a más sesiones. Estas diferencias no se observan en las evaluaciones de AT según los terapeutas.

### **Indicadores de Cambio Genéricos (ICG) y Resultados (Nivel de Bienestar Psicológico Alcanzado)**

Para evaluar la relación entre ICG y Bienestar Psicológico alcanzado (OQ-45.2) se realizaron cuatro tipos de análisis.

En primer lugar se calculó la correlación entre el ICG máximo alcanzado<sup>10</sup> por cada adolescente en la fase inicial de su proceso terapéutico, con su puntaje de bienestar psicológico alcanzado (OQ-45.2) a la sexta sesión y al final del proceso. Los resultados indican que no se observa relación significativa entre ICG máximo alcanzado y bienestar psicológico (total y subescalas) tanto evaluado a la sexta como en la sesión final. (Rho= -,144  $p = ,624$ , N=14; Rho= -,072,  $p = ,833$ , N= 11).

Posteriormente, se agrupan las terapias entre las que presentan Cambio Confiable (CC) y las que no lo alcanzan durante el proceso, y se realiza un Anova univariado entre el promedio de los ICG máximos alcanzados en estos dos grupos de terapias. Como se observa en la Tabla 41, el promedio de los ICG máximos alcanzados por el grupo de terapias que presentan CC es significativamente mayor que el promedio de los ICG máximos alcanzados por las terapias sin CC ( $F=4,508$ ;  $gl=1$ ;  $p \leq 0,048$ ).

---

<sup>10</sup> Cada vez que se mencione ICG máximo de la terapia, se refiere a los ICG máximos alcanzados en la fase inicial, es decir en las tres primeras sesiones de tratamiento. No se evaluaron los ICG en sesiones posteriores.

Tabla 41

*Diferencias de promedios de ICG máximos entre terapias con y sin Cambio Confiable.*

	N	Media ICG máx	Desv. típ.	F	gl	Sig
Terapias sin CC	12	5	4,77	4,508	1	0,048
Terapias con CC	8	8,75*	1,67			
Total	20	6,5	4,21			

\*p ≤ .05. \*\*p ≤ .01. \*\*\*p ≤ .0001

Luego, se estimó un modelo de regresión logística binaria para determinar la probabilidad de ocurrencia del éxito – criterio de cambio confiable (CC) – utilizando como predictor el ICG máximo alcanzado en cada terapia. Los resultados del modelo de regresión indicaron que no hay probabilidad significativa de ocurrencia de condición éxito/no éxito de acuerdo al ICG máximo alcanzado ( $\beta=,276$ ,  $\text{Exp.}(B)= 1,318$ ,  $gl=1$ ,  $p = ,070$ ).

Finalmente, se dicotomizaron las terapias que no presentaron ICG en la sesión 1 (Terapias sin ICG=1; Terapias con ICG en sesión1=0) y se relacionaron con la condición logro de Cambio Confiable (Terapias con CC= 1; terapias sin CC=0). La correlación entre ausencia de ICG en la sesión uno y presencia de CC es negativa pero no significativa ( $\text{Phi}= -,408$ ,  $p$  (aprox) = ,068). La relación entre ausencia de ICG en la sesión dos y tres y el logro de CC tampoco mostró diferencias ni relaciones significativas.

**En síntesis**, los resultados de Indicadores de Cambio Genéricos (ICG) y “bienestar psicológico alcanzado” indican que el promedio de los ICG máximos alcanzados en la fase inicial (hasta la tercera sesión), por el grupo de terapias que presentan Cambio Confiable es significativamente mayor que el promedio de los ICG máximos alcanzados en la fase inicial por las terapias sin CC. Pero los ICG máximos alcanzados por cada terapia en las

tres primeras sesiones, no presentaron una correlación significativa con los puntajes de bienestar psicológico evaluados por el OQ-45.2 (intermedios y finales). Así mismo, los ICG máximos alcanzados por cada terapia hasta la sesión tres, no predicen en forma significativa la probabilidad de presentación de un nivel de Cambio Confiable. La correlación entre ausencia de ICG y resultados es negativa, es significativa.

### **Indicadores De Cambio Genéricos (ICG) y Adherencia.**

Para realizar estos análisis se utilizaron los mismos dos criterios de adherencia empleados en los análisis anteriores: terapias que terminan v/s interrumpen el proceso; y, terapias que asisten 3 o menos sesiones v/s terapias que asisten 6 o más sesiones. Como se mencionó anteriormente las terapias que finalizan el proceso, independiente de sus resultados evaluados por el OQ-45.2, son 11 terapias y 9 terapias interrumpen su proceso.

El primer análisis que se realizó fue un ANOVA univariado, entre los promedios de ICG máximo alcanzado en la fase inicial en los cuatro grupos de terapias (las que finalizan el proceso y las que lo interrumpen; y entre los que asisten a 6 o más sesiones v/s a 3 o menos sesiones. Los resultados que se muestran en la Tabla 42 indican que el promedio de los ICG máximos alcanzados por el grupo de terapias que finalizan el proceso difiere significativamente del promedio de los ICG máximo de las terapias que interrumpen ( $F=10,118$ ,  $gl=1$ ,  $p =,005$ ). Lo mismo sucede en el caso el caso de número de sesiones asistidas, el grupo de terapias que asiste 6 o más sesiones presentan un promedio ICG máximo alcanzado mayor que el otro grupo ( $F=20,637$ ,  $gl=1$ ,  $p =,000$ ).

Tabla 42:

*Diferencias de promedio y desviación estándar de los ICG máximos alcanzados en la fase inicial, entre terapias que finalizan v/s interrumpen el proceso*

	N	Media ICG máx	Desv. típ.	F	gl	Sig
Terapias Interrumpen	9	3,78	4,52	10,118	1	0,005
Terapias Terminan	11	8,73**	2,28			
Asisten $\geq$ 3 sesiones	4	,5	1,00	20,637	1	0,000
Asisten $\leq$ 6 sesiones	16	8***	3,20			

\*p  $\leq$  .05. \*\*p  $\leq$  .01. \*\*\*p  $\leq$  .0001

En segundo lugar se estimó un modelo de regresión logística binaria para determinar la probabilidad de finalizar terapia y la probabilidad de asistir a más sesiones, utilizando como predictor el ICG máximo alcanzado en cada terapia. Para ello cada terapia fue dicotomizada en finaliza /interrumpe (1= terapia que finaliza el proceso y 0= terapia que interrumpe), y mayor/ menor adherencia (1 = asiste a 6 o más sesiones; 0= asiste a 3 o menos sesiones). Como se observa en la Tabla 43, el modelo de estimación de la probabilidad de terminar terapia indica que el ICG máximo alcanzado en la en la fase inicial de la terapia, permite predecir en forma significativa la probabilidad de finalizar la terapia. El modelo de estimación de la probabilidad de asistir a sesiones, no predice en forma significativa la probabilidad de asistir a 6 o más sesiones utilizando como predictor el ICG máximo alcanzado en las tres primeras sesiones.

Tabla 43:

*Parámetros del modelo de regresión logística que predice finalizar v/s interrumpir terapia y adherencia ( $\leq 3$  sesiones /  $\geq 6$  sesiones) según ICG máximo alcanzado.*

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
<b>Finalizar/ Interrumpir</b>						
ICG máximo	0,369*	0,158*	5,43	1	0,02	1,446
Constante	-2,203	1,214	3,291	1	0,07	0,11
<b>Asistir <math>3 \leq</math> sesiones / <math>6 \geq</math> sesiones</b>						
ICG máximo	1,455	1,066	1,861	1	0,173	4,283
Constante	-2,146	1,651	1,689	1	0,194	0,117

Finalmente, se dicotomizaron las terapias que no presentaron ICG en la sesión uno (Terapias sin ICG en sesión uno = 1; Terapias con ICG en sesión uno = 0) y se relacionaron con la condición finalizar (1) v/s interrumpir (0) el proceso terapéutico. La correlación entre ausencia de ICG en la sesión uno y finalizar la terapia es inversa y significativa ( $\Phi = -0,553$ ,  $p$  (aprox) = ,013), es decir la ausencia de ICG en la primera sesión se relaciona con interrumpir terapia. La relación entre ausencia de ICG en la sesión dos y tres con la condición de finalizar v/s interrumpir la terapia y con la condición de asistir a 6 o más sesiones v/s 3 o menos sesiones no presentó relaciones significativas.

**En síntesis**, los análisis realizados para relacionar Indicadores de Cambio Genéricos (ICG) y adherencia indican que el promedio de los ICG máximos alcanzados (en la fase inicial) por los pacientes que finalizan el proceso presentan un promedio significativamente más alto en los ICG máximo (en fase inicial) que los pacientes que interrumpen la terapia.



Lo mismo sucede en el caso del número de sesiones asistidas: el grupo de pacientes que asiste a 6 o más sesiones presentan un promedio ICG máximo alcanzado (en la fase inicial) mayor que el otro grupo ( $F=20,637$ ,  $gl=1$ ,  $p =,000$ ). A su vez el ICG máximo alcanzado en la terapia permite predecir en forma significativa la probabilidad de terminar el proceso terapéutico.

Los resultados presentados permiten aceptar parcialmente la  $H_{2.2}$  de los ICG que dice:

*H<sub>2.2</sub>: “Indicadores genéricos de cambio de nivel más alto en la jerarquía, observados en la etapa inicial de la terapia, se relacionarán con mejores resultados (intermedios y finales) y con mayor adherencia (asistencia a un mayor número de sesiones y término del tratamiento)”.*

Las terapias con Cambio Confiable (CC) presentaron un promedio ICG máximos alcanzados en la fase inicial significativamente mayor que las terapias sin CC. Sin embargo, los ICG máximos alcanzados hasta la tercera sesión, no se correlacionan significativamente con los resultados intermedios y finales. Los ICG máximos alcanzados en la fase inicial se relacionaron significativamente con adherencia. Los promedios de ICG máximos alcanzados hasta la sesión tres, fueron significativamente mayores en las terapias que finalizan el proceso y en las que asisten seis o más sesiones. A su vez, el ICG máximo alcanzado en la fase inicial permite predecir la probabilidad de terminar el proceso terapéutico.

La ausencia de ICG en la sesión uno, se correlacionó inversamente con resultados, pero no significativamente. La ausencia de ICG en la sesión uno se correlaciona negativa y significativamente con la condición de finalizar la terapia ( $Phi = -,553$ ,  $p (aprox) = ,013$ ). La relación entre ausencia de ICG en la sesión dos y tres y adherencia (finalizar v/s

/interrumpir y asistir a 6 o más v/s 3 o menos sesiones), no presentó relaciones significativas.

Estos resultados permiten aceptar parcialmente la H<sub>2.4</sub> sobre los ICG que dice:

*H<sub>4</sub>: “La ausencia de indicadores genéricos de cambio en la etapa inicial de la terapia, se relacionará con terapias no exitosas y menor adherencia”.*

La ausencia de ICG en la sesión uno presentó una relación significativa con la condición de interrumpir la terapia. Sin embargo, como se señaló anteriormente, la correlación entre ausencia de ICG en la sesiones iniciales y presencia de CC si bien fue negativa, no fue significativa.

### **Acciones Comunicacionales y Resultados (Bienestar Psicológico Alcanzado)**

Formas Básicas (FB) y Terapias Exitosas (terapias con Cambio Confiable) <sup>11</sup>

Al comparar las FB en Terapias con v/s sin Cambio Confiable, los resultados indican que se presentan diferencias estadísticamente significativas en el uso de las FB entre las terapias exitosas y las no exitosas ( $\chi^2(4, N= 6459) = 15,141, p = ,004$ ).

En las terapias exitosas (con CC), la FB aseverar se presenta en el discurso terapéutico en una proporción significativamente mayor que en las terapias sin cambio confiable ( $z = -2,773, p = ,005$ ). Las otras FB no presentan una diferencia de proporción significativa entre las terapias con y sin cambio confiable (Tabla 44).

---

<sup>11</sup> La clasificación de terapia exitosa en esa tesis se refiere a la terapia que alcanza el criterio Cambio Confiable en el proceso terapéutico, evaluado por el OQ - 45.2. Se utiliza con este significado en esta tesis.

Tabla 44:

*Frecuencia y porcentaje de Formas Básicas en terapias exitosas y no exitosas.*

	Terapias sin CC		Terapias con C C	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Asentir	568	14,55	379	13,13
Aseverar	1960	50,22	1548	53,62**
Negar	139	3,56	90	3,12
Preguntar	1205	30,87	829	28,71
Dirigir	31	0,79	41	1,42
Total	3903	100,00	2887	100,00

\* $p \leq .05$ . \*\* $p \leq .01$ . \*\*\* $p \leq .0001$

#### Intenciones Comunicacionales y Terapias Exitosas.

Al comparar las Intenciones Comunicacionales en terapias con v/s sin Cambio Confiable los resultados indican que se presentan diferencias estadísticamente significativas en el uso de las Intenciones Comunicacionales entre las terapias exitosas y las no exitosas ( $\chi^2 (2, N= 5334) = 11,412, p = ,003$ ). En las terapias exitosas (con CC), la intención comunicacional *sintonizar* se presenta en el discurso terapéutico en una proporción significativamente mayor que en las terapias sin cambio confiable ( $z = - 3,355, p =,000$ ). En las terapias no exitosas (sin CC), la intención comunicacional *explorar* se presenta en el discurso terapéutico en una proporción significativamente mayor que en las terapias con cambio confiable ( $z = 2,326, p =,02$ ).

Tabla 45:

*Frecuencia y porcentaje de Intenciones Comunicacionales en terapias exitosas y no exitosas.*

	Terapias sin CC		Terapias con C C	
	F	%	F	%
Explorar	2760	91,42*	2073	89,55
Sintonizar	146	4,84	162	7,00***
Resignificar	113	3,74	80	3,46
Total	3019	100,00	2315	100,00

\* $p \leq .05$ . \*\* $p \leq .01$ . \*\*\* $p \leq .0001$

#### Técnicas Comunicacionales y Terapias Exitosas.

Al comparar las Técnicas Comunicacionales en terapias con v/s sin Cambio Confiable los resultados indican que se presentan diferencias estadísticamente significativas en el uso de las técnicas entre las terapias exitosas y las no exitosas ( $\chi^2$  (6, N= 790) =16,192,  $p = ,013$ ). En las terapias no exitosas (sin CC), las técnicas *reflejo* y *resumen* se presentan en el discurso terapéutico en una proporción significativamente mayor que en las terapias con cambio confiable ( $z = 2,819$ ,  $p = ,004$ ;  $z = 2,186$ ,  $p = ,028$ , respectivamente)

Tabla 46:

*Frecuencia y porcentaje de Técnicas Comunicacionales en terapias exitosas y no exitosas.*

	Terapias sin CC		Terapias con C C	
	F	%	F	%
Argumentación	79	19,90	97	24,68
Interpretación	34	8,56	37	9,41
Confrontación	22	5,54	18	4,58
Reflejo	106	26,70**	72	18,32
Narración	71	17,88	89	22,65
Resumen	28	7,05*	14	3,56
Otros	57	14,36	66	16,79
Total	397	100,00	393	100,00

\*p ≤ .05. \*\*p ≤ .01. \*\*\*p ≤ .0001

#### Ámbito de las Acciones Comunicacionales y Terapias Exitosas.

Al comparar los Contenidos de las Acciones Comunicacionales en Terapias con v/s sin Cambio Confiable, los resultados indican que no se presentan diferencias estadísticamente significativas en los contenidos del discurso terapéutico entre las terapias exitosas y las no exitosas ( $\chi^2$  (3 N= 5498) =2,424,  $p = ,489$ ).

## Referencias de las Acciones Comunicacionales y Terapias Exitosas.

Al comparar las Referencias de las Acciones Comunicacionales en las Terapias con v/s sin Cambio Confiable, los resultados indican que se presentan diferencias estadísticamente significativas en el uso de las referencias entre las terapias exitosas y las no exitosas ( $\chi^2$  (5, N= 5498) =49,620,  $p = ,000$ ). En las terapias exitosas (con CC), las referencias *a sí mismo* y *a la relación terapéutica* se presentan en el discurso terapéutico en una proporción significativamente mayor que en las terapias sin cambio confiable ( $z = -2,56$ ,  $p = ,01$ ;  $z = -5,239$ ,  $p = ,0002$ , respectivamente). En las terapias no exitosas (sin CC), las referencias al otro presente y las referencias neutrales se presenta en el discurso terapéutico en una proporción significativamente mayor que en las terapias con cambio confiable ( $z = 2,261$ ,  $p = ,023$ ;  $z = 3,906$ ,  $p = ,0002$ , respectivamente).

Tabla 47:

*Frecuencia y porcentaje de Referencias de las Acciones Comunicacionales en terapias exitosas y no exitosas.*

	Terapias sin CC		Terapias con CC	
	F	%	F	%
Ref. al si mismo	450	14,36	399	16,88*
Ref. al otro presente	866	27,63*	589	24,92
Ref. a un tercero	601	19,18	459	19,42
Relación terapéutica	78	2,49	122	5,16***
Rel. con un tercero	774	24,70	596	25,21
Neutro	365	11,65***	199	8,42
Total	3134	100,00	2364	100,00

\* $p \leq .05$ . \*\* $p \leq .01$ . \*\*\* $p \leq .0001$

**En síntesis**, la relación entre acciones comunicacionales ocurridas en la fase inicial de la psicoterapia y resultados, se realizó considerando la condición de Cambio Confiable alcanzado por cada terapia durante el proceso. De este modo se evaluó la existencia de diferencias significativas en la presentación de cada dimensión, en función las terapias con y sin CC, y posteriormente se analizó en que subcategoría se encontraban las diferencias significativas de proporción de presentación. La Tabla 48 sintetiza los resultados de la relación Acciones Comunicacionales y resultados terapéuticos.

Tabla 48:

*Acciones Comunicacionales en terapias con y sin Cambio Confiable (CC).*

Dimensiones de Acciones Comunicacionales	Se presentan en proporción significativamente Mayor en Terapias con CC	Se presentan en proporción significativamente Mayor en Terapias sin CC
Formas Básicas	Aseverar	-
Intenciones	Sintonizar	Explorar
Técnicas	-	Reflejo Resumen
Contenidos	.-	-
Referencias	Relación Terapéutica Referencia a sí mismo	Referencia al otro presente Referencia Neutral

Estos resultados permiten contestar a la H<sub>3,3</sub> de las acciones comunicacionales que dice:

*H<sub>3,3</sub>: “Existirá mayor frecuencia de las formas básicas asentir y preguntar, la intención comunicacional sintonizar y referencias a sí mismo, en la fase inicial del proceso, tanto en pacientes como en terapeutas, en las terapias exitosas”.*

La hipótesis se acepta parcialmente debido que la forma básica de mayor frecuencia es *aseverar* y no *asentir*, como se planteaba en forma inicial. Se acepta la hipótesis que la intención comunicacional de mayor proporción es *sintonizar* y que la referencia predominante es *a sí mismo*.

### **Acciones Comunicacionales y adherencia**

Para realizar todos los análisis de adherencia se decidió mantener los dos criterios de adherencia utilizados anteriormente: terapias que finalizan v/s interrumpen el proceso; y, terapias que asisten tres o menos sesiones v/s terapias que asisten 6 o más sesiones.

#### **Formas Básicas (FB) y Adherencia**

Al comparar las FB en Terapias que finalizan v/s interrumpen, los resultados indican que se presentan diferencias estadísticamente significativas en el uso de las FB entre ellas ( $\chi^2(4, N= 6459) = 37,163, p = ,000$ ). Se realizó un análisis de diferencias de proporciones y los resultados indican que en las terapias que finalizan el proceso, las FB *aseverar* ( $z = - 4,799, p = ,0002$ ) y *dirigir* ( $z = - 2,681, p = ,0073$ ) se presenta en el discurso terapéutico en una proporción significativamente mayor que en las terapias que interrumpen. En las terapias que interrumpen su proceso, las FB *negar* ( $z = 2,708, p = ,0068$ ) y *preguntar* ( $z = 3,911, p = ,0002$ ) se presenta en el diálogo terapéutico en una proporción significativamente mayor que en las terapias que finalizan (ver Tabla 49)

Al comparar las FB en terapias que asisten tres o menos sesiones v/s terapias que asisten 6 o más sesiones los resultados indican que se presentan diferencias estadísticamente significativas en el uso de las FB entre ellas ( $\chi^2(4, N= 6459) = 10,220, p$



= ,037). Específicamente, las diferencias se encuentran en la FB *dirigir* que se presenta en una proporción significativamente mayor en las terapias de mayor adherencia, que en las terapias que asisten a 3 o menos sesiones.

Tabla 49

*Frecuencia y Porcentaje de Formas Básicas por terapia según criterios de adherencia.*

	Terapias Interrumpen		Terapias Finalizan		Terapias $\geq 3$ sesiones		Terapias $\leq 6$ sesiones	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Asentir	441	14,33	453	13,39	103	13,40	791	13,90
Aseverar	1451	47,16	1797	53,13***	366	47,70	2882	50,60
Negar	124	4,03**	95	2,81	21	2,7	198	3,5
Preguntar	1038	33,73***	988	29,21	263	34,20	1763	31,00
Dirigir	23	0,75	49**	1,45	15	2,00*	57	1,00
Total	3077	100	3382	100	768	100	5691	100

\* $p \leq .05$ . \*\* $p \leq .01$ . \*\*\* $p \leq .0001$

#### Intenciones Comunicacionales y Adherencia.

Al comparar las Intenciones Comunicacionales tanto en terapias que finalizan v/s interrumpen ( $\chi^2 (3, N= 5073) = 33,955, p = ,000$ ), como en las terapias que asisten 3 o menos v/s 6 o más ( $\chi^2 (3, N= 5073) = 47,722, p = ,000$ ), los resultados indican que se presentan diferencias estadísticamente significativas en el uso de las Intenciones Comunicacionales entre los que adhieren más o menos.

Se realiza un análisis de diferencias de proporciones y los resultados indican que en las terapias que finalizan el proceso las intenciones *sintonizar* ( $z = -4,611, p = ,0002$ ) y *resignificar* ( $z = -3,33, p = ,0009$ ) se presentan en el discurso terapéutico en una proporción significativamente mayor que en las terapias que interrumpen. En las terapias que interrumpen su proceso, la intención *explorar* ( $z = 5,822, p = ,0002$ ) se presenta en el diálogo terapéutico en una proporción significativamente mayor que en las terapias que finalizan.

Al realizar las diferencias de proporciones en las terapias que asisten 3 o menos v/s 6 o más, se obtienen resultados similares. La intención comunicacional *explorar* se presenta en una proporción significativamente mayor en las terapias de 3 o menos sesiones ( $z = 6,794, p \leq ,0002$ ), mientras que la intención comunicacional *sintonizar* se presenta en una proporción significativamente mayor en las terapias que asisten a 6 o más sesiones ( $z = -4,393, p \leq ,0002$ ). Lo mismo ocurre con la intención comunicacional *resignificar*, pero no es posible realizar el cálculo de diferencias de proporciones por el n tan reducido.

Tabla 50:

*Frecuencia y porcentajes de Intenciones Comunicacionales según Terapias que finalizan v/s interrumpen y Terapias que asisten 3 o más sesiones v/s Terapias que asisten 6 o más sesiones.*

	Terapias Interrumpen		Terapias Finalizan		Terapias $\geq 3$ sesiones		Terapias $\leq 6$ sesiones	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Explorar	2271	92,81***	2310	87,97	618	97,78***	3963	89,24
Sintonizar	106	4,33	194	7,39***	13	2,06	287	6,46***
Resignificar	70	2,86	122	4,65***	1	0,16 <sup>(*)</sup>	191	4,30
Total	2447	100	2626	100	632	100	4441	100

\* $p \leq .05$ . \*\* $p \leq .01$ . \*\*\* $p \leq .0001$

(<sup>(\*)</sup>) No se puede realizar diferencia de proporciones por el  $n \leq 4$ .

## Técnicas Comunicacionales y Adherencia.

Al comparar las técnicas utilizadas en el discurso terapéutico en terapias que finalizan v/s interrumpen y en las terapias que asisten a 3 sesiones o menos v/s 6 o más sesiones, en ambas comparaciones los resultados indican que se presentan diferencias estadísticamente significativas en el uso de las Técnicas ( $\chi^2(6, N= 736) = 26,199, p = ,000$ ;  $\chi^2(6, N= 736) = 13,773, p = ,034$ , respectivamente).

Se realiza un análisis de diferencias de proporciones y los resultados indican que, en las terapias que finalizan el proceso, la técnica *narración* ( $z = - 2,836, p = ,002$ ) se presenta en el discurso terapéutico en una proporción significativamente mayor que en las terapias que interrumpen. En las terapias que interrumpen su proceso, la técnica *reflejo* ( $z = 4,441, p = ,0002$ ) se presenta en el diálogo terapéutico en una proporción significativamente mayor que en las terapias que finalizan (Ver Tabla 51).

Los análisis de diferencias de proporciones en terapias que asisten a 3 sesiones o menos v/s 6 o más sesiones, indicó que no existen diferencias significativas en el uso de técnicas *argumentación, reflejo y narración*. Las técnicas *interpretación y confrontación* no permitieron análisis de diferencias de proporciones por el tamaño del grupo

Tabla 51

*Frecuencia y porcentaje de las Técnicas Comunicacionales según terapias que finalizan v/s interrumpen y terapias con menor y mayor asistencia.*

	Terapias Interrumpen		Terapias Finalizan		Terapias $\geq 3$ sesiones		Terapias $\leq 6$ sesiones	
	F	%	F	%	F	%	F	%
	Argumentación	48	18,39	104	21,89	8	15,09	144
Interpretación	24	9,20	47	9,89	4	7,55	67	9,81
Confrontación	11	4,21	29	6,11	2	3,77	38	5,56
Reflejo	87	33,33***	89	18,74	11	20,75	165	24,16
Narración	33	12,64	100	21,05**	16	30,19	117	17,13
Resumen	19	7,28	23	4,84	7	13,21*	35	5,12
Otros	39	14,94	83	17,47	5	9,43	117	17,13
Total	261	100	475	100	53	100	683	100

\* $p \leq .05$ . \*\* $p \leq .01$ . \*\*\* $p \leq .0001$

### Ámbitos de las Acciones Comunicacionales y Adherencia.

Al comparar los Ámbitos de las Acciones Comunicacionales en terapias que finalizan v/s interrumpen, los resultados indican que no se presentan diferencias estadísticamente significativas en los Contenidos de las Acciones Comunicacionales entre ellas ( $\chi^2 (2, N= 5236) = 5,586, p = ,134$ ).

Al comparar los Ámbitos de las Acciones Comunicacionales en terapias que asisten a 3 sesiones o más sesiones v/s terapias que asisten 6 o más sesiones, los resultados indican

que se presentan diferencias estadísticamente significativas en los Ámbitos de las Acciones Comunicacionales entre ellas ( $\chi^2 (2, N= 5236) = 32,585, p = ,000$ ). Los análisis de diferencias de proporciones indicaron que en las terapias que asisten 3 o menos sesiones se presenta con una proporción significativamente mayor contenidos del ámbito *ideas* ( $z = 2,74, p =,0061$ ) y en las terapias que asisten 6 o más sesiones se presentan significativamente mayor proporción de contenidos del ámbito *afectivo* ( $z = -5,553, p =,0002$ ).

Tabla 52:

*Frecuencia y porcentaje del Ámbito de las Acciones Comunicacionales según Terapias que finalizan v/s interrumpen y Terapias con menor y mayor asistencia*

	Terapias Interrumpen		Terapias Finalizan		Terapias $\geq 3$ sesiones		Terapias $\leq 6$ sesiones	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Acciones	437	17,76	439	15,82	120	18,96	756	16,43
Ideas	1854	75,37	2118	76,32	501	79,15**	3471	75,42
Afectos	169	6,87	218	7,86	12	1,90	375	8,16***
Total	2460	100	2775	100	633	100	4602	100

\* $p \leq .05$ . \*\* $p \leq .01$ . \*\*\* $p \leq .0001$

## Referencias de las Acciones Comunicacionales y Adherencia

Al comparar las Referencias de las Acciones Comunicacionales utilizadas en el discurso terapéutico en Terapias que finalizan v/s interrumpen, y en las Terapias que asisten 3 sesiones o menos v/s 6 o más sesiones, en ambas comparaciones los resultados indican que se presentan diferencias estadísticamente significativas en el uso de las Referencias ( $\chi^2$  (5, N= 5236) = 58,618,  $p = ,000$ ;  $\chi^2$  (5, N= 5236) = 48,036,  $p = ,000$ , respectivamente).

Los análisis de diferencias de proporciones indicaron que tanto en las terapias que finalizan como en las terapias que asisten 6 o más sesiones, se presenta una proporción significativamente mayor de las *referencias a sí mismo* que en las terapias que interrumpen. ( $z = -5,414$ ,  $p = ,0002$ ;  $z = -4,619$ ,  $p = ,0002$ , respectivamente). En las terapias que interrumpen y asisten a menos sesiones se presentó una proporción significativamente mayor de *referencias a un tercero* ( $z = 3,341$ ,  $p = ,0008$ ;  $z = 2,288$ ,  $p = ,0212$ , respectivamente). Las otras referencias analizadas presentaron un comportamiento no consistente en las 2 comparaciones (ver Tabla 53)

Tabla 53:

*Frecuencia y porcentaje de las Referencias de las Acciones Comunicacionales según Terapias que finalizan v/s interrumpen y Terapias con menor y mayor asistencia*

	Terapias Interrumpen		Terapias Finalizan		Terapias $\geq 3$ sesiones		Terapias $\leq 6$ sesiones	
	F	%	F	%	F	%	F	%
	Ref. al si mismo	312	12,70	504	18,14***	59	9,34	757
Ref. al otro presente	689	28,04	757	27,24	143	22,63	1303	28,30**
Ref. a un tercero	483	19,66***	448	16,12	133	21,04*	798	17,33
Relación terapéutica	62	2,52	133	4,79***	17	2,69	178	3,87
Rel. con un tercero	629	25,60	677	24,36	203	32,12***	1103	23,96
Neutro	282	11,48*	260	9,36	77	12,18	465	10,10
Total	2457	100	2779	100	632	100	4604	100

\* $p \leq .05$ . \*\* $p \leq .01$ . \*\*\* $p \leq .0001$

A continuación, en la Tabla 54, se presenta **una síntesis** de los hallazgos encontrados en relación a las diferencias significativas de presentación de las Acciones Comunicacionales en la fase inicial en las terapias con mayor y menor adherencia, según los criterios: finalizar v/s interrumpir la terapia y, asistir 6 o más sesiones v/s asistir 3 o menos sesiones.

Se evaluó la existencia de diferencias significativas en la presentación de cada dimensión, en función de las categorías de adherencia, y posteriormente se analizó en que subcategoría se encontraban las diferencias significativas de proporción de presentación.

Tabla 54

*Acciones Comunicacionales y adherencia (Terapias finalizan / interrumpen y Terapias que asisten a 6 o más / 3 o menos).*

Dimensiones de Acciones Comunicacionales	Proporción de presentación significativamente Mayor en Terapias Finalizan	Proporción de presentación significativamente Mayor en Terapias Interrumpen	Proporción de presentación significativamente Mayor en Terapias que asisten 6 o más sesiones	Proporción de presentación significativamente Mayor en Terapias que asisten 3 o menos sesiones
Formas Básicas	Aseverar Dirigir	Negar Preguntar		Dirigir
Intenciones	Sintonizar Resignificar	Explorar	Sintonizar Resignificar	Explorar
Técnicas	Narración	Reflejo		
Contenidos			Afectos	Ideas
Referencias	Referencia a sí mismo Relación Terapéutica	Referencia a tercero Referencia Neutral	Referencia a sí mismo	Referencia a tercero Relación con un tercero

Estos resultados permiten contestar la H<sub>3,4</sub> sobre las acciones comunicacionales que dice:

*H<sub>3,4</sub>: “Existirá mayor presencia de la formas básicas negar, la intención comunicacional explorar, la técnica argumentar y la referencia a terceros, en la fase inicial del proceso, tanto en pacientes como en terapeutas, en las terapias que se interrumpen y las terapias que los pacientes asisten a menos sesiones”.*

La hipótesis se acepta parcialmente dado que la Forma Básica (FB) de mayor frecuencia en las terapias que interrumpen su proceso es *dirigir* y no *negar*, aunque la FB *dirigir* también se presenta en las terapias que finalizan, pero en una proporción mucho menor. La técnica que se presenta en mayor proporción en las terapias que interrumpen es el *reflejo* y no la *argumentación*, como se planteó en la hipótesis inicial. Lo hipotetizado sobre Intención



Comunicacional y la Referencia se confirma, dado que la intención *explorar* y la *referencia a terceros*, son las que se presentan con mayor proporción en las terapias que se interrumpen y en las que los pacientes asisten menos.

### **Acciones Comunicacionales e Indicadores de Cambio Genéricos (ICG)**

Para evaluar la relación entre Acciones Comunicacionales e Indicadores de Cambio se calculó una correlación entre el ICG máximo alcanzado por la terapia (en la fase inicial) y las subcategorías de las Acciones Comunicacionales dicotomizadas, presentadas en los segmentos definidos de las sesiones iniciales. Para dicotomizar cada subcategoría se asignó el número 1 a la presencia de esa subcategoría y 0 a las otras subcategorías de su misma dimensión. Este procedimiento se realizó para cada una de las dimensiones y subcategorías evaluadas.

#### **Formas Básicas (dicotomizadas) e Indicadores de Cambio Genéricos.**

La FB *aseverar* se correlaciona positiva y significativamente con el ICG máximo alcanzado en la terapia ( $Rho = ,057$ ,  $p = 0,01$ ). La FB *negar* y *preguntar* se correlacionan negativa y significativamente con el ICG máximo alcanzado en la terapia ( $Rho = -,036$ ,  $p = ,003$  y  $Rho = -,034$ ,  $p = ,005$ , respectivamente). Las otras formas básicas no presentan correlación significativa (Tabla 55).

Tabla 55

*Coefficientes de Correlación de Spearman entre Formas Básicas e ICG máximos de la fase inicial*

Formas Básicas	Rho Spearman	Sig.(bilateral)
Asentir	-0,014	0,233
Aseverar	0,057**	0,01
Negar	-0,036**	0,003
Preguntar	-0,034**	0,005
Dirigir	-0,013	0,293

\*p ≤ .05 \*\*p ≤ .01 \*\*\*p ≤ .0001

Intenciones Comunicacionales (dicotomizadas) e Indicadores de Cambio Genéricos.

Las Intenciones Comunicacionales *sintonizar* y *resignificar* se correlacionan positiva y significativamente con el ICG máximo alcanzado en la terapia (Rho = ,063, p = ,000 y Rho = ,155, p = ,000, respectivamente). La Intención Comunicacional *explorar* se correlaciona negativa y significativamente con el ICG máximo alcanzado en la terapia (Rho= -,150, p= ,000). Ver Tabla 56.

Tabla 56

*Coefficientes de Correlación de Spearman entre Intenciones Comunicacionales e ICG máximos de la fase inicial.*

Intenciones Comunicacionales	Rho Spearman	Sig.(bilateral)
Explorar	-0,15***	,000
Sintonizar	0,063***	,000
Re-significar	0,155***	,000

\*p ≤ .05 \*\*p ≤ .01 \*\*\*p ≤ .0001

## Técnicas Comunicacionales (dicotomizadas) e Indicadores de Cambio Genéricos.

Las técnicas comunicacionales *narración* y *reflejo* se correlacionan negativa y significativamente con el ICG máximo alcanzado en la terapia (Rho = -,076, p =,029 y Rho = -,101, p = ,004, respectivamente). Las otras técnicas no presentan correlación significativa. Ver Tabla 57.

Tabla 57  
*Coefficientes de Correlación de Spearman entre Técnicas Comunicacionales e ICG máximos de la fase inicial.*

Referencias	Rho Spearrman	Sig.(bilateral)
Argumentación	0,059	0,094
Interpretación	0,059	0,091
Confrontación	0,055	0,116
Reflejo	-0,101**	0,004
Narración	-0,076*	0,029
Resumen	-0,055	0,113

\*p ≤ .05. \*\*p ≤ .01. \*\*\*p ≤ .0001

## Ámbito de las Acciones Comunicacionales (dicotomizadas) e Indicadores de Cambio Genéricos

Como se observa en la Tabla 58, los Ámbitos *acciones* y *afectos* en las Acciones Comunicacionales se correlacionan positiva y significativamente con el ICG máximo alcanzado en la terapia (Rho =,046, p =,001 y Rho = ,086, p =,000, respectivamente). El

Ámbito *ideas* se correlaciona negativa y significativamente con el ICG máximo alcanzado en la terapia (Rho= -,092, p= ,000).

Tabla 58

*Coefficientes de Correlación de Spearman entre Ámbito de las Acciones Comunicacionales e ICG máximos de la fase inicial.*

Contenidos	Rho Spearman	Sig.(bilateral)
Acciones	0,046**	0,001
Ideas	-0,092***	,000
Afectos	0,086***	,000

\*p ≤ .05. \*\*p ≤ .01. \*\*\*p ≤ .0001

#### Referencias de las Acciones Comunicacionales (dicotomizadas) e Indicadores de Cambio Genéricos (ICG)

Como se observa en la Tabla 59, las *referencias a sí mismo, al otro presente* y a la *relación terapéutica* se correlacionan positiva y significativamente con el ICG máximo alcanzado en la terapia (Rho = ,084, p = ,000, Rho = ,065, p = ,000 y Rho = ,041, p = ,002, respectivamente). Las *referencias a un tercero* y a la *relación con un tercero* se correlacionan negativa y significativamente con el ICG máximo alcanzado en la terapia (Rho= -,092, p= ,000 y Rho= -,047, p=,001, respectivamente)..

Tabla 59

*Coefficientes de Correlación de Spearman entre Referencias de las Acciones*

*Comunicacionales e ICG máximos de la fase inicial.*

Referencias	Rho Spearman	Sig.(bilateral)
A si mismo	0,084***	,000
Al otro presente	0,065***	,000
A un tercero	-0,092***	,000
Relación Terapéutica	0,041**	,002
Relación con un tercero	-0,047**	,001
Neutra	-0,023	,122

\*p ≤ .05 \*\*p ≤ .01 \*\*\*p ≤ .0001

A continuación, en la Tabla 60, se presenta **una síntesis** de los hallazgos encontrados en la relación de las Acciones Comunicacionales presentadas en la fase inicial (subcategorías de cada dimensión dicotomizada) y los Indicadores de Cambio Genéricos máximo alcanzados en la terapia durante la fase inicial. Se indica en cada subcategoría si esta relación es positiva o negativa.

Tabla 60:

*Relación entre Acciones Comunicacionales en la fase inicial e ICG máximos alcanzados en la fase inicial.*

Dimensiones de las Acciones Comunicacionales	Subcategorías	Correlación (Rho) establecida con el ICG máximo
Formas Básicas	Asentir	No significativa
	Aseverar	Positiva*
	Negar	Negativa**
	Preguntar	Negativa**
	Dirigir	No significativa
Intenciones	Explorar	Negativa***
	Sintonizar	Positiva***
	Resignificar	Positiva***
Técnica	Reflejo	Negativa**
	Narración	Negativa*
Contenidos	Acciones	Positiva**
	Ideas	Negativa***
	Afectos	Positiva***
Referencias	A sí mismo	Positiva***
	Al otro presente	Positiva***
	A un tercero	Negativa***
	Relación terapéutica	Positiva**
	Relación con un tercero	Negativa**
	Neutral	No significativa

\* $p \leq .05$  \*\* $p \leq .01$  \*\*\* $p \leq .0001$

Estos resultados nos permiten responder a la H<sub>2,3</sub> de los Indicadores de Cambio Genéricos que dice:

H<sub>2,3</sub>: *“El nivel jerárquico de los Indicadores de Cambio Genéricos en la fase inicial de la terapia se relacionará positivamente con la forma básica aseverar, la intención comunicacional sintonizar y la referencia a sí mismo”.*

Esta Hipótesis de acepta totalmente ya que la forma básica *aseverar*, la intención *sintonizar* y la *referencia así mismo* se correlacionan positiva y significativamente con los ICG máximos alcanzados en la fase inicial. Además, se correlacionan positiva y significativamente la intención comunicacional *resignificar* y *las referencias al otro presente* y a la *relación terapéutica*, aspectos que no estaban mencionados en la hipótesis inicial.

## **CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.**

El objetivo general de esta tesis fue caracterizar la fase inicial de la psicoterapia con adolescentes, realizada en sus contextos naturales, en función de tres variables específicas - la alianza terapéutica, las acciones comunicacionales y los indicadores de cambio genéricos-, y luego establecer su relación con resultados (intermedios y finales) y adherencia al tratamiento.

En primer lugar se presentará una caracterización de los adolescentes que asistieron a psicoterapia y fueron muestra de este estudio. Luego se caracterizará la fase inicial de la psicoterapia de acuerdo a los resultados obtenidos, a modo de síntesis de la investigación, y dar respuesta al objetivo de ésta. Posteriormente se relacionan y discuten los resultados con las implicancias clínicas para el trabajo con adolescentes. Finalmente se hace referencia a las limitaciones y proyecciones de este estudio.

### **Caracterización de los Adolescentes que asisten a Psicoterapia, según la muestra de este estudio.**

La mayoría de los adolescentes que consultaron fueron mujeres, en un rango de edad de 13 a 17 años, con un promedio de 15,8 años. Fueron referidos preferentemente por psiquiatras y por el sistema escolar. Sólo un 25% de ellos consultó por iniciativa de la familia o propia. Un porcentaje considerable, pero no registrado en esta investigación, solicitó hora de atención psicológica, y no asistió a ninguna atención. De los adolescentes invitados a participar en la investigación un 25,9% no accedió a ser parte de la muestra. En cuanto a los diagnósticos de los participantes, prevalecen los trastornos depresivos, luego los trastornos conductuales, los ansiosos y, los trastornos adaptativos.



La mayoría de los terapeutas que participaron del estudio son mujeres, en un rango de edad de 29 a 52 años, con un promedio de 34,6 años y, presentan entre 3 y 18 años de experiencia en el ejercicio de la psicoterapia, con un promedio de 9,4 años. El estilo de atención de los pacientes fue a través de sus sistemas de previsión en salud, ninguno lo hizo en forma particular.

El nivel de bienestar psicológico previo al inicio de la terapia, evaluado a través del OQ-45.2, permite ubicar al 50 % de los adolescentes participantes en esta investigación en el rango que indica un nivel de funcionamiento disfuncional (de acuerdo a las normas chilenas).

La mayoría de los adolescentes (75%) participantes del estudio asistió a alguna de las tres primeras sesiones en compañía de uno o ambos padres.

### **Caracterización de la Fase Inicial de la Psicoterapia con Adolescentes.**

La fase inicial de la psicoterapia se caracterizó, en términos de la Alianza Terapéutica (AT) por ser evaluada en forma similar por pacientes, terapeutas y padres. A su vez, tanto en pacientes como en terapeutas, la alianza presentó una evolución significativa (positiva) desde la sesión uno a la sesión tres. En cuanto a la relación de AT con resultados, la evaluación de la AT en la tercera sesión, mostró relación significativa con resultados finales. Desde la perspectiva del adolescente, el puntaje de la AT se correlacionó significativamente con resultados finales evaluados por OQ-45.2. Desde la perspectiva del terapeuta, la AT en la tercera sesión, especialmente la subescala vínculo, predijo la presencia de Cambio Confiable en los adolescentes, y presentó un promedio

significativamente mayor en terapias exitosas. Las evaluaciones de la AT en la sesión uno y dos, desde la perspectiva de los terapeutas presentaron correlación significativa con resultados intermedios del proceso. En cambio, las evaluaciones de la AT en la sesión uno y dos, desde la perspectiva de los adolescentes, no mostraron correlación con los resultados y no predijeron la ocurrencia de Cambio Confiable.

En cuanto a la relación de AT con adherencia, los resultados mostraron una relación significativa entre AT desde la perspectiva de los adolescentes y adherencia, pero no observó relación significativa entre AT percibida por los terapeutas y adherencia. La AT, percibida por los adolescentes, en la sesión dos, presentó diferencias significativas en los promedios entre las terapias que finalizan y las que interrumpen; y, además permitió predecir la condición de asistir a más de seis sesiones y la condición de finalizar la terapia. La AT percibida por los adolescentes, en la sesión tres, mostró diferencias significativas en los promedios entre las terapias que finalizan y las que interrumpen, y además permitió predecir la condición de asistir a más de 6 sesiones.

Las evaluaciones de la AT desde la perspectiva de los padres no mostraron ninguna relación significativa con resultados ni adherencia.

Los Indicadores de Cambio Genéricos (ICG) en la fase inicial presentaron un patrón que evoluciona desde una primacía de cambios de Nivel I (Consolidación inicial de la estructura de la relación terapéutica) a cambios de Nivel II (Aumento de la permeabilidad hacia nuevos entendimientos). En la sesión 1 hay cuatro terapias con ausencia de ICG, la mayoría de los ICG observados corresponden a estados de cambio logrados previos al inicio de la terapia (ICG de entrada), y prevalecen los ICG de Nivel I por sobre los de Nivel II. En la sesión 2 hay dos terapias con ausencia de ICG, la mayoría de los cambios son

“intra” sesión, y aparecen cambios “extra” sesión; se mantiene la prevalencia de los cambios de Nivel I por sobre los de Nivel II, pero estos últimos aumentan su frecuencia en relación a la sesión uno. En la sesión tres sólo una terapia no presenta ICG, la mayoría de los cambios son "intra" sesión, y aumentan los cambios “extra sesión”; prevalecen los cambios de Nivel II por sobre los de Nivel I. No se presentaron cambios de Nivel III en la fase inicial de la psicoterapia con adolescente.

Los análisis realizados para relacionar Indicadores de Cambio Genéricos (ICG) y resultados finales, indicaron que el promedio de los ICG máximos alcanzados en las terapias con Cambio Confiable, fue significativamente mayor que el grupo de terapias sin Cambio Confiable. Sin embargo, los ICG máximos alcanzados en la fase inicial no mostraron correlaciones significativas con resultados intermedios y finales (puntajes OQ-45.2) y no permitieron predecir la presentación de Cambio Confiable. La correlación entre ausencia de ICG máximos alcanzados en la fase y resultados finales no significativa.

Sin embargo, los ICG máximos alcanzados en cada terapia en la fase inicial, se relacionaron significativamente con adherencia. Los análisis realizados para relacionar Indicadores de Cambio Genéricos (ICG) y adherencia indicaron que el promedio de los ICG máximos alcanzados (en la fase inicial) por los pacientes que finalizan el proceso presentan un promedio significativamente más alto en los ICG máximo (en fase inicial) que los pacientes que interrumpen la terapia. Lo mismo sucede en el caso del número de sesiones asistidas: el grupo de pacientes que asiste a 6 o más sesiones presentan un promedio ICG máximo alcanzado (en la fase inicial) mayor que el otro grupo. A su vez el ICG máximo alcanzado en la terapia permite predecir en forma significativa la probabilidad de terminar el proceso terapéutico.

En relación a los ICG presentados por los padres, no presentaron relación significativa con resultados ni adherencia. Los ICG observados más frecuentemente en los padres fueron la “aceptación de la existencia de un problema” y la “aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda”, que pueden resultar indicadores favorables para el trabajo terapéutico de sus hijos.

Se caracteriza la fase inicial según las Acciones Comunicacionales observadas, por presentar un discurso esencialmente de automanifestación/autoafirmación y exposición del adolescente, que es gestado por ambos actores. El terapeuta pregunta, pero da espacio a que el paciente se manifieste, se exprese aseverando, asintiendo y negando. La intención que prima durante la sesión en pacientes y terapeutas es la exploración: entregar información de sí mismo, y obtener información del otro; sin embargo el terapeuta en los momentos medios de la sesión aumenta significativamente su intención de resignificar. El terapeuta, a pesar de estar en una fase esencialmente exploratoria, y de favorecer la manifestación del adolescente, se ajusta a su rol de terapeuta en cuanto a promover la resignificación en su paciente. En cuanto a las técnicas comunicacionales empleadas, el adolescente mantiene su accionar comunicacional en la línea de la autoafirmación y la autoexposición (argumenta y narra principalmente), y el terapeuta se mantiene ajustado a su rol reflejando, especialmente en los momentos iniciales, y en los momentos medios de la sesión utiliza la interpretación y la confrontación preferentemente, lo que es concordante con su rol y con su intención de resignificar. El ámbito del discurso que prevalece son las ideas, durante toda la sesión, tanto para adolescentes y terapeutas; sin embargo, los adolescentes, en comparación con los terapeutas, al principio de la sesión hablan más de lo que hacen (acciones), y luego en momentos medios de la sesión hablan más de sus afectos. El terapeuta se mantiene en el

ámbito de las ideas. El discurso de pacientes y terapeutas se refiere esencialmente al paciente (referencias a sí mismos y al otro presente, respectivamente) durante toda la sesión, aunque en los momentos medios de la sesión, se aumentan las referencias al mundo relacional del paciente (relación con terceros y referencia a terceros), tanto en el adolescente como en el terapeuta. Así la fase inicial de la psicoterapia, desde las Acciones Comunicacionales es una fase autoexpositiva, donde el paciente se manifiesta, aseverativamente, entrega y solicita información, argumenta y narra acerca de sus acciones y al avanzar la sesión también habla de sus afectos. El terapeuta se complementa, o se acopla en su discurso preguntando acerca del otro presente y sus relaciones con otros, con la intención de que el otro se manifieste (explora), pero en la medida que se avanza en la sesión aumenta su intención de resignificar, es decir el terapeuta asume su rol terapeuta.

En las acciones comunicacionales se observa una complementación entre paciente - terapeuta, lo que da cuenta de lo interaccional de las acciones comunicacionales, pese a que metodológicamente se analice en forma independiente. Por otra parte, el acoplamiento percibido en el discurso, se refleja en el aumento progresivo de la Alianza Terapéutica, o bien, el aumento progresivo en la AT se refleja en este discurso acoplado. Ciertamente, cómo la Alianza Terapéutica afecta la interacción en la terapia, y por ende los resultados ésta, es algo que aún no se ha comprendido completamente (Horvath, 2006).

## **Alianza Terapéutica, Acciones Comunicacionales e Indicadores de Cambio Genéricos**

### **- Resultados y Adherencia: Implicancias para la Práctica Clínica**

De acuerdo a los resultados discutidos anteriormente, la AT desde la perspectiva de los adolescentes, en la fase inicial, no predice resultados y no muestra diferencias entre las terapias con y sin Cambio Confiable. Sin embargo la AT evaluada en la sesión tres se relaciona significativamente con resultados finales. Estos resultados, si bien parecen contradictorios con los resultados de la AT referidos en adultos (Horvath, 2001; Horvath & Bedi, 2002) y con otros estudios en adolescentes presentados anteriormente (Hawley, & Weisz, 2005; Kazdin, Marciano, & Whitley, 2005), no lo son estrictamente, debido a que Shik & Karver, 2003, han descrito la presencia del efecto moderador “momento de evaluación”, en la asociación AT y resultados. Ellos mencionan que las evaluaciones más tardías de la alianza tienden a mostrar asociaciones más altas entre alianza y resultados. Además, O'Malley, et al., (1983), reportaron que la AT evaluada en la sesión tres, es el predictor más potente de los resultados del tratamiento.

Por otra parte, la AT percibida por adolescentes mostró consistentemente relaciones significativas la con adherencia, en los análisis realizados en esta investigación. Entonces, ¿Qué sucede con la AT entonces en la psicoterapia con adolescentes? Al parecer la AT en las sesiones iniciales tiene una relación indirecta con los resultados. La AT posibilita que el adolescente se mantenga asistiendo a terapia, aunque inicialmente no tenga tan claros los objetivos o metas de este proceso, ni perciba cambios en su funcionamiento, pero la AT es la que le permitirá mantener el espacio terapéutico necesario para dar lugar a los cambios en su bienestar psicológico, que serán observados al final del proceso. De este modo, la AT

percibida por los adolescentes en la fase inicial de la psicoterapia, presenta un rol preferentemente asociado a la adherencia al proceso. La AT se asocia y predice más consistentemente la permanencia en terapia que los resultados, aportando en forma indirecta a ellos. Estos resultados apoyan la noción que, desde la perspectiva de los adolescentes la AT en los momentos iniciales de la terapia, cumple un rol de “sostenedor”/moderador del proceso de cambio, porque hace posible mantenerse en el proceso, pese a las ansiedades y tensiones que se producen, a la vez que genera las condiciones facilitadoras para “cuestionar y combatir” (Hoffart, et al., 2012) las representaciones cognitivas, afectivas y comportamentales disfuncionales instaladas, incuestionables en otro contexto menos seguro, pero que es necesario “combatir” para realizar el trabajo de cambio.

Desde la perspectiva del terapeuta, la AT en la fase inicial, presentó una relación significativa con los resultados (intermedios y finales) del proceso, pero no con la adherencia, a la inversa de lo observado en los adolescentes. La diferencia en la asociación entre AT y resultados, según la perspectiva del terapeuta y del paciente, se había reportado en otros estudios, indicando que la perspectiva del terapeuta era la que más se relacionaba con resultados (Fenton, et al., 2001).

La AT percibida por el terapeuta en la tercera sesión, especialmente la subescala vínculo, predijo el Cambio Confiable en el funcionamiento de los adolescentes, y presentó un promedio mayor en terapias con Cambio Confiable, confirmando la fuerte relación entre AT de la sesión tres y los resultados del proceso, reportada por O'Malley, et al., (1983), y por los mismos resultados de este estudio en relación a la perspectiva de los adolescentes.

La percepción de la AT por parte del terapeuta, en las dos primeras sesiones, se correlacionó con los resultados más inmediatos (intermedios), y no con los resultados

finales. Estos hallazgos podrían indicar que el terapeuta en las dos primeras sesiones evalúa la AT con su paciente según la ocurrencia de algunas modificaciones o “microcambios” en el paciente, puesto que se relaciona con los resultados de la sesión seis, que no son cambios significativos. En este sentido, la percepción del terapeuta de la AT, en las sesiones uno y dos, puede ser un “señalador” de permeabilidad a los cambios iniciales y la AT de la tercera sesión un señalador de resultados finales.

Los hallazgos encontrados acerca de las Acciones Comunicacionales en la fase inicial, permiten afirmar que mejores resultados y mayor adherencia se asocian a un diálogo aseverativo y expositivo del joven acerca de sí mismo, que avanza desde lo que piensa y hace hasta lo que siente, en los momentos medios de la sesión. Este diálogo es promovido por preguntas del terapeuta, dirigidas a comprender y sintonizar con el paciente, así como a cuestionar y modificar su discurso (resignificar), en los momentos “medios” de la sesión, utilizando la interpretación y la confrontación, no utilizada en los momentos iniciales. A la vez, parece importante que el terapeuta incluya en el diálogo terapéutico, las referencias a la relación terapéutica, especialmente en los momentos iniciales de la sesión.

Según los hallazgos de la presente investigación, menores resultados y menor adherencia se relacionan con un diálogo pauteado y dirigido (preguntar y dirigir) por parte del terapeuta, donde prima la búsqueda de información (explorar), pero referida a terceros, desapareciendo la intención sintonizar y resignificar asociadas al rol de terapeuta en los momentos medios de la sesión. El diálogo del paciente parece ser “narrativo” y “evitativo de sí mismo”, en cuento entrega información (explorar y narración), pero también referida principalmente a terceros y a su relación con ellos, disminuyendo las referencias a sí mismo. El terapeuta se queda marcadamente en el reflejo durante toda la sesión, sin avanzar



a otras técnicas como la interpretación y confrontación, que se presentan asociadas a su rol en momentos medios de la sesión.

Si se relaciona este diálogo “menos productivo” en la psicoterapia con adolescentes, con el diálogo descrito en los Episodios de Estancamiento en psicoterapia con adultos (Fernández, et al., 2012), se observan similitudes y diferencias. La tendencia observada en el Ámbito del discurso en la psicoterapia con adolescentes, en terapias con menores resultados y menor adherencia – referencia a terceros y relación con terceros – es similar al ámbito del discurso descrito en los Episodios de Estancamiento en psicoterapia con adultos, donde también el diálogo se centra en terceras personas. Sin embargo, se observan diferencias el uso de las técnicas comunicacionales por el terapeuta. En los Episodios de Estancamiento en psicoterapia con adultos, el terapeuta aumenta el uso de la interpretación y la confrontación, en cambio en la psicoterapia con adolescentes en las terapias con menores resultados y menor adherencia, el terapeuta disminuye el uso de la interpretación y la confrontación, y aumenta el uso del reflejo.

Los Indicadores de Cambio Genéricos fueron evaluados sólo en las tres sesiones iniciales para describir la evolución del cambio en la etapa inicial, y no se pensaron como medidas de evaluación del proceso terapéutico completo. Los ICG máximos alcanzados en la etapa inicial no se correlacionaron con los resultados intermedios y finales, evaluados por el OQ-45.2, como era esperable, por la distancia de las evaluaciones y el avance del proceso de cambio. La ausencia de correlaciones significativas entre la evaluación del cambio inicial a través de los ICG y el resultado final del proceso terapéutico, evaluado a través del OQ-45.2, aporta validez de concepto a los ICG en tanto que son indicadores del cambio representacional, y no se refieren directamente al funcionamiento del sujeto, como

es el OQ-45.2. Cada uno evalúa dimensiones diferentes del cambio. Además, la ausencia de relación entre la evaluación del cambio inicial y el resultado final del proceso terapéutico, apoyan la noción de “construcción del cambio” y de jerarquía de los ICG, en cuanto se evidencia que “el cambio final” o los “resultados finales” se construyen en un proceso gradual y progresivo, donde el estado inicial no garantiza el avance, sino que se construye en el trabajo terapéutico. Por otra parte, los consistentes resultados encontrados en la asociación de ICG máximos alcanzados en la fase inicial con la adherencia al proceso se podrían relacionar con que los ICG de Nivel I (Consolidación inicial de la estructura de la relación terapéutica), son cambios teóricamente más cercanos al concepto de AT y a la validación del espacio terapéutico como necesario y beneficioso, por lo que es esperable mantener la asistencia. Recordemos, además que la AT percibida por los adolescentes, en la fase inicial, se relacionó consistentemente con adherencia.

### **Limitaciones del Estudio y Proyecciones Futuras.**

La riqueza de este estudio es que permitió profundizar en la fase inicial de la psicoterapia con adolescentes, sin embargo su diseño no consideró incluir la evaluación de la Alianza Terapéutica, los Indicadores de Cambio y las Acciones Comunicacionales en momentos medios y finales de los procesos terapéuticos, para poder establecer el curso del proceso completo.

Por otra parte, el diseño definió la evaluación final en la última sesión del tratamiento, sin considerar la amplia variabilidad que esto podría implicar. Se debería haber establecido un número definido de sesiones para registrar la evaluación final de resultados,

ya que el diferente número de sesiones de las terapias, es un factor interviniente que pudo alterar la evaluación de resultados finales y las relaciones con las otras variables.

Los datos obtenidos en esta investigación son más que los que se han analizado en esta tesis doctoral. A futuro se propone profundizar en algunos análisis, incluyendo objetivos adicionales a los de este trabajo, por ejemplo referidos a las diferencias entre los distintos momentos de la sesión en cuanto a las acciones comunicacionales presentes y la preponderancia de éstas en los diferentes actores del discurso terapéutico. Los resultados de estos análisis también se podrían relacionar con la adherencia a la terapia y su efectividad. En cuanto a esta última, futuros análisis también podrán profundizar en los resultados de cada una de las tres dimensiones evaluadas por el instrumento de evaluación de resultados.

En relación a las mediciones llevadas a cabo, el presente estudio constituye una validación adicional del Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT-1.0) como un instrumento que proporciona información relevante y consistente acerca del lenguaje verbal en la psicoterapia, en este caso particular aplicado al interacción verbal en terapias con adolescentes, lo que potencia su utilización en la investigación. Sin embargo, es necesario mencionar que este instrumento demanda mucho tiempo en su codificación y requiere de evaluadores expertos entrenados para ello, lo que limita ciertamente su utilización.

Un área de proyección para futuros estudios son aquéllos pacientes que no alcanzan a ser pacientes, ya que piden hora, pero luego no asisten a terapia. También son tema de interés, los adolescentes que interrumpen su proceso. Se podrá indagar en otros estudios ¿Por qué dejaron de asistir, si fueron capaces de asistir alguna(s) vez (ces)? ¿Qué sucedió? ¿Cómo evaluaron esa experiencia? ¿Cuál es su estado de bienestar subjetivo actual?

Finalmente, resulta relevante enfatizar la importancia en mantener la adherencia al tratamiento durante un tiempo que se prolongue más allá de las primeras seis sesiones, ya que este tiempo de trabajo terapéutico incide en los resultados finales, en tanto los cambios significativos en el funcionamiento psicológico no se presentaron en las evaluaciones intermedias, sino en la evaluación final. Además, la permanencia en el tratamiento es lo que posibilita mantener un espacio de trabajo protegido, que posibilita la construcción progresiva y gradual del cambio. Por su parte, la investigación en psicoterapia también ha demostrado que el centro del trabajo terapéutico, “el cambio”, se realiza en fases posteriores a la fase inicial (Hill, 2005; Krause & Dagnino, 2005). En el contexto de las prestaciones de atención psicológica en la realidad de salud chilena, es necesario revisar el número de atenciones psicológicas mínimas garantizadas para que un tratamiento genere un cambio de funcionamiento.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aberastury, A., & Knobel, M (1999). *La adolescencia Normal Un enfoque psicoanalítico*. Editorial Paidós Buenos Aires 2º reimpresión.
- Almonte, C (2003). Características de la psicopatología infantil y de la adolescencia EN: Almonte, C., Montt, M. & Correa, A (eds) *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia Mediterráneo*, (87-105)
- Almonte, C & García, R (2003). Epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes EN: Almonte, C., Montt, M. & Correa, A (eds) *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia Mediterráneo*, (144-170)
- Assay, T. P., & Lambert, M. J (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M.A. Hubble, B.L. Duncan, & S.D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 33-56). Washington, DC: American Psychological Association.
- Barrett, P. M., Duffy, A.L., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long –term (6 – years) follow- up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 135 -141.
- Baruch, G., Gerber, A., & Fearon, P. (1998). Adolescents who drop out of psychotherapy at a community-based psychotherapy centre: a preliminary investigation of the characteristics of early drop-outs, late drop-outs and those who continue treatment. *British Journal of Medical Psychology*, 3, 233-245.
- Berg, I. K. & De - Jong, P. (1996). Solution-building conversations: Co-constructing a sense of competence with clients. *Families in Society*, 77, 376 -391.
- Bickman, L., de Andradre, A. R.V., Lambert, E.S., Doucette, A., Sapyta, J., Boyd, A.S. et al. (2004). Youth therapeutic alliance in intensive treatment settings. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 31, 134-148
- Blos, P. (1980). “Psicoanálisis de la Adolescencia” Editorial Joaquín Mortiz, México.
- Bordin, E.S. (1976). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252 -260

- Bronstein & Flanders (1998). The development of a therapeutic space in first contact with adolescents. *Journal of child psychotherapy*. vol. 24, no1, 5-35.
- Carvajal, G. (1994). *Adolecer: La Aventura de una metamorfosis Una visión psicoanalítica de la adolescencia*. Editorial Tiresias. Santafé de Bogotá
- Coatsworth, J. D., Santisteban, D. A., McBride, C. K., & Szapocznik, J. (2001). Brief strategic family therapy versus community control: Engagement, retention, and an exploration of the moderating role of adolescent symptom severity. *Family Process*, 40, 313-332.
- Coleman, J & Hendry, L. (2003). *Psicología de la Adolescencia* Ed. Morata 4ta edición España.
- Coll, C., Palacios, J., & Marchesi, A. (2004). *Desarrollo Psicológico y Educación* Alianza Editorial S.A Madrid
- Creed, T., & Kendall, P. (2005). Therapist alliance building behavior in within a cognitive behavioral treatment for anxiety in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 498-505.
- Church, E. (1994). The role of autonomy in adolescent psychotherapy. *Psychotherapy*, 31, 101 -108.
- De la Parra, G., & von Bergen, A. (2001, Junio). Administration of Outcome Questionarie OQ-45.2 in Santiago de Chile: Validity, reliability, applicability, normative data and clinical projections. Trabajo presentado en el 32º Congreso Internacional de la Sociedad de Investigación en Psicoterapia, Montevideo, Uruguay.
- De la Parra, G., von Bergen, A., & del Río, M. (2002). Primeros Hallazgos de la Apñicación de un instrumento que mide resultados Psicoterapéuticos en una muestra de pacientes y de población general. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 40, 201 -209.
- Diamond, G. M., Diamond, G.S., & Liddle, H. A. (2000). The Therapist – Parent Alliance in Family-Based Therapy for Adolescents *Psychotherapy in Practice*, Vol. 56 (8).1037 - 1050
- Diamond, G. M., Liddle, H.A., Hogue, A., & Dakof, G.A (1999). Alliance-building Interventions with adolescents in family therapy: A process study *Psychotherapy*, 36, 355-368.

- Diamond, G., Siqueland, L., & Diamond, G.M. (2003). Attachment-based family therapy for depressed adolescents: Programmatic treatment development. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 107 -127.
- DiClemente, C. C., Carroll, K. M., Miller, W. R., Connors, G. J., & Donovan, D. M. (2003). A look inside treatment: Therapist effects, the therapeutic alliance, and the process of intentional behavior change. In T. F. Babor & F. K. Del Boca (Eds.), *Treatment matching in alcoholism* (pp. 166-183). New York: Cambridge University Press.
- Echávarri, O., González, A., Krause, M., Tomicic, A., Pérez, C., Dagnino, P., De la Parra, G., Valdés, N., Altimir, C., Vilches, O., Strasser, K., Ramírez, I., y Reyes, L. (2009) "Cuatro Terapias Psicodinámicas Breves Exitosas Estudiadas a través de los Indicadores Genéricos de Cambio. *Revista Argentina de Clínica Psicológica XVIII* p.p. 5-19
- Elliott, R. (1984). A discovery-oriented approach to significant change events in psychotherapy: Interpersonal process recall and comprehensive process analysis. In L. Rice, & L. S. Greenberg (Eds.), *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process* (pp. 249-286). New York: Guilford Press.
- Elliott, R., Slatick, E., & Urman, M. (2001). Qualitative Change Process Research on Psychotherapy: Alternative Strategies. En: J. Frommer y D. L. Rennie (Eds.), *Qualitative psychotherapy research: Methods and methodology* (pp. 69 -111). Lengerich, Germany: Pabst Science Publishers.
- Fenton, L. R., Cecero, J. J., Nich, C., Frankforter, T. L., & Carroll, K. M. (2001). Perspective is everything: The predictive validity of six working alliance instruments. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 262\_268
- Fernández, O., Herrera, P., Krause, M., Pérez, J., Valdés, N., Vilches, O., & Tomicic, A. (2012). Episodios de Cambio y Estancamiento en Psicoterapia: Características de la comunicación verbal entre pacientes y terapeutas. *Terapia Psicológica*, 30,2: 5-22
- Gonçalves, M.M., Matos, M., & Santos, A. (2009). Narrative therapy and the nature of "innovative moments" in the construction of change. *Journal of Constructivist Psychology*, 22, 1-23

- Green, J (2006). Annotation: the therapeutic alliance – a significant but neglected variable in child mental health treatment studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47:5,425-435 Gonçalves, M.M.,
- Hawley, K., & Weisz, J. (2005). Youth versus parent working alliance in usual clinical care: Distinctive associations with retention, satisfaction, and treatment outcome. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34 (1), 117 - 128.
- Hill, C. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58,288 - 294
- Hill, C. (2005). Therapist Techniques, Client Involvement, and the therapeutic Relationship: inextricably intertwined in the Therapy Process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, Vol.42, N°4, 431-442.
- Hintikka, U. Laukkanen, E. Marttunen, M. Lehtonen, J (2006). Good Working Alliance and Psychotherapy are associated with positive changes in Cognitive Performance among Adolescent Psychiatric Inpatients *Bulletin of the menninger Clinic*, Vol 70, N°4, 316-335.
- Hoffart, A., Borge, F- M., Sexton, H., Clark, D., & Wampold, B. (2012) Psychotherapy for social phobia: How do alliance and cognitive process interact to produce outcome? *Psychotherapy Research*, 22 (1): 82 – 94.
- Horvath, A. O. (1994). Research on the alliance. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds). *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 259 - 286). New York: Wiley.
- Horvath, A. O. (2001). The therapeutic alliance: Concepts, research, and training. *Australian Psychologist*, 36, 170 - 176.
- Horvath, A. O. (2006). The alliance in context: Accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 258 – 263.
- Horvath, A. O. & Bedi, R. P.(2002). The alliance. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37 – 70). New York, NY: Oxford University.
- Horvath, A., & Greenberg, L. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. In L. S. Greenberg & W.M. Pinsof (eds), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp 529-556) New York; Guilford



- Horvath, A. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61* (4), 561 -573
- Horvath, A.O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 139 - 149.
- Howard, K. L., Lueger, R. J., Maling, M. S., y Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: causal mediation of change. *J. Consult. Clin. Psychol.* 61:678-85
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Estadísticas Vitales Informe Anual, 2006 EN: [http://www.ine.cl/canales/chile\\_estadistico/demografia\\_y\\_vitales/estadisticas\\_vitales/estadisticas\\_vitales.php](http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/estadisticas_vitales/estadisticas_vitales.php) Visitado el 30 de septiembre de 2009
- Karver, Handelsman, Campos & Bickman (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in Routh and family therapy: The evidence for different relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clin Psychol Rev, 26*, 50-56.
- Karver, M. Shirk, S. Handelsman, J. Fields, S. Crisp, H Gudmundsen, G McMakin, D (2008). Relationship Processes in Youth Psychotherapy. Measuring Alliance, Alliance-Building Behaviors, and Client Involvement. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, Vol 16, N°1*, 15-28
- Kazdin, A. (1990). Premature termination from treatment among children referred for antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and psychiatry and Allied Disciplines, 31*, 415 -425.
- Kazdin, A. (1991). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 785-798.
- Kazdin, A (2004). Psychotherapy for Children and Adolescents. En: Lambert, M. (Ed.) Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley and Sons.
- Kazdin, A. E. (2005). Treatment outcomes, common factors, and continued neglect of mechanisms of change. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*, 391 - 395.
- Kazdin, A. E., Marciano, P., & Whitley, M. (2005). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral treatment of children referred oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 726 - 730.

- Kazdin, A. E., & Whitley, M. (2006). Pretreatment social relations, therapeutic alliance, and improvements in parenting practices in parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 346-355.
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y Cambio Una mirada desde la subjetividad*. Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago Chile.
- Krause, M., Arístegui, R., & de la Parra, G. (2002). Hacia una práctica efectiva en psicoterapia: estudio de episodios de cambio relevantes, en diferentes tipos de terapia, y sus efectos en los resultados terapéuticos. Proyecto FONDECYT. Santiago: Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Krause, M. & Dagnino, P. (2005). Evolución del cambio en el proceso terapéutico. En: Thumala; E & Riquelme, R (eds) *Avances en Psicoterapia: Cambio Psíquico y Vínculo*. Sociedad Chilena de Salud Mental. p. 21-36.
- Krause, M., Arístegui, R., De la Parra, G. & Strasser, K. (2006). Facilitando el cambio en psicoterapia: interacciones comunicacionales efectivas e inefectivas en diferentes modalidades psicoterapéuticas. (2006-2007) Proyecto financiado por FONDECYT N° 1060768
- Krause, M., De la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Vilches, O., Echávarri, O., Ben-Dov, P., Reyes, L., Altimir, C., & Ramirez, I (2006). Indicadores Genéricos de Cambio en el Proceso Psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología, Vol 38, N°2*, 299-325.
- Krause, M. De la Parra, G. Arístegui, R. Dagnino, P. Tomicic, A. Valdés, N. Echávarri, O. Strasser, K. Reyes, L. Altimir, C, Ramirez, I Vilches, O Ben-dov, P (2007). The evolution of therapeutic change studied through generic change indicators *Psychotherapy Research, 17 (6):673-689*
- Krause, M., De la Parra, G., Arístegui, R., & Strasser, K. (2007b). Facilitando el cambio en psicoterapia: Interacciones comunicacionales efectivas e inefectivas en diferentes modalidades psicoterapéuticas. *Clinical & Counseling Psychology – Psicología Clínica y Consejería. Investigaciones- SIP* Recuperado 27 agosto 2009 de URL <http://www.coedu.usf.edu/zalaquett/iSIP/clin.html>,

- Krause, M., De la Parra, G., & Vilches, O. (2008). Interacción terapéutica, expresión de emociones y alianza terapéutica: estudio de los ingredientes esenciales para el cambio en psicoterapia. (2008- 2011) Proyecto financiado por FONDECYT N°1080136
- Krause, M., Valdés, N., & Tomicic, A. (2009). Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT): Manual de Procedimiento. Proyecto Fondecyt N° 1080136, Psychotherapy and Change Chilean Research Program. Manuscrito sin publicar.
- Krauskopf, D. (2005). Desafíos en la construcción e implementación de las políticas de juventud en America Latina. Recuperado 28 de Marzo 2009, en URL: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1354700>
- Lambert, M.J. (1992). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic and integrative psychotherapies. En Norcroos, J.C. & Goldfried (Eds), Handbook of Psychotherapy Integration. New York: Basic Book
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., Umppress, V., Lunnen, K., Okiishi, J., & Burlingame, G. M. (1996). Administration and scoring manual for the OQ-45.2. Wilmington, DE: American Professional Credentialing Services
- Levisky, D. (1999). Adolescencia: reflexiones psicoanalíticas. Lumen, Buenos Aires
- Mann, B. & Borduin, C.(1991). A critical review of psychotherapy outcome studies with adolescents: 1978-1988. *Adolescence*, 26, 505-541.
- Manríquez, H., Molina, H. & Zubarew, T. (2003). Promoción y prevención de salud en la adolescencia. En: T. Zubarew, M. Romero & F. Poblete (Eds.), Adolescencia, promoción, prevención y atención de salud. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Martin, D.J., Garske, J.P., & Davies, M.K. (2000). Relation of therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450
- Martín, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica *Rev Cubana Salud Pública* 2004; 30 (4) Recuperado el 29 -09-09 en URL: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30\\_4\\_04/spu08404.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu08404.htm)
- Martínez, C. (2011). Regulación mutua y dialogicidad en psicoterapia. Saarbrücken, Alemania: Editorial Académica Española.

- Martínez, V., Martínez, P., Poblete, C., Chang, M., Brand, L., & Soto, P (2009). Psicoterapia para Adolescentes en programa GES de depresión de un centro privado de Salud Mental. *Revista Chilena de psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, 19,71-72.
- Matos, M., Santos, A., Gonçalves, M., & Martins, C. (2009). Innovative moments and change in narrative therapy. *Psychotherapy Research*, 19, 68-80
- Meier, P.S., Barrowclough, C., & Donmall, M.C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: A critical review of the literature. *Addiction*, 100, 304-316
- Mergenthaler, E (1996). Emotio-Abstraction Patterns in verbatim protocols: anew way of describing psychotherapeutic processes. *Journal of Counselling and Clinical Psychology* 64(6): 1306-1318
- Ministerio de Salud, División de Salud de las Personas, Programa Salud del Adolescente. (1999). *Política nacional de salud para adolescentes y jóvenes*. Santiago.
- Muss, R. (1980). *Teorías de la adolescencia*. Buenos Aires, Paidós.
- Newcombe, R. & Merino, C. (2006) Intervalos de confianza para las estimaciones de proporciones y las diferencias entre ellas. *Interdisciplinaria*, Buenos Aires, v. 23, n. 2, dic. Disponible en <[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1668-70272006000200001&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272006000200001&lng=es&nrm=iso)>. accedido en 01 dic. 2012.
- Nock, M. K., & Ferriter, C. (2005). Parent management of attendance and adherence in child and adolescent therapy: A conceptual and empirical review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8, 149-166.
- Nock, M. K., & Kazdin, A. E. (2005). Randomized controlled trial of a brief intervention for increasing participation in parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 872-879.
- O'Malley, S., Such, C., & Strupp, H. (1983) The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A report on the scale development and a process – outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 581-586
- Orlinsky, D., Grawe, K. & Parks, K. (1994). Process and outcome in psychotherapy. En: L. Bergin y L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 270-376). Nueva York: John Wiley and Sons.

- Orlinsky, D., & Howard, K. J. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 311-384). New York: Wiley.
- Orlinsky, D., & Howard, K. J. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 6-27.
- Orlinsky, D., Ronnestad, M., Willutzky, U. (2004). Fifty years of process-outcome research in psychotherapy: Continuity and change. In: Lambert, M. (Ed.) *Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Willey and Sons.
- Pacheco, B., Lizana, P., Celhay, I., Pereira, J. (2007). Características clínicas de niños y adolescentes menores de 18 años hospitalizados en una clínica psiquiátrica universitaria *Rev. Éd. Chile* 135, 6: 751 -758.
- Prochaska, J. & DiClemente, C (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Quiroga, S (2002). *Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo del objeto*. Editorial Eudeba, Buenos Aires
- Recart, C., Castro, P., Alvarez, H., & Bedregal, P. (2002). Características de niños y adolescentes atendidos en un consultorio psiquiátrico del sistema privado de salud en Chile. *Rev. Méd. Chile* [online].2002, vol.130, n.3 [citado 2009-09-30], pp. 295-303. Disponible en:<[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872002000300008&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000300008&lng=es&nrm=iso) ISSN 0034-9887. doi: 10.4067/S0034-98872002000300008.
- Residencia en Psicoterapia con Adolescentes (2003). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. Visitado 29 de septiembre de 2009 en URL <http://132.248.25.194:8080/site/posgrado/maestria/PTA.pdf>
- Robbins, M. S., Liddle, H. A., Turner, C. W., Dakof, G. A., Alexander, J. F., & Kogan, S. M. (2006). Adolescent and parent therapeutic alliances as predictors of dropout in multidimensional family therapy. *Journal of Family Psychology*, 20, 108-116.

- Robbins, M. S., Turner, C. W., Alexander, J. F., & Perez, G. A. (2003). Alliance and dropout in family therapy for adolescents with behavior problems: Individual and systemic effects. *Journal of Family Psychology, 17*, 534-544.
- Rotheram-Borus, M. J., Piacentini, J., Cantwell, C., Belin, T. R., & Song, J. (2000). The 18-month impact of an emergency room intervention for adolescent female suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 1081-1093.
- Russell, R., Shirk, S., Jungbluth, N. (2008). First-session pathways to the working alliance in cognitive behavioral therapy for adolescent depression. *Psychotherapy Research, 18* (1): 15 – 27
- Russell, R. (2008). Child and Adolescent psychotherapy: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research, 18* (1):1-4
- Santibáñez, P. (2001). La alianza terapéutica en psicoterapia: traducción, adaptación y examen inicial de las propiedades psicométricas del Working Alliance Inventory en Chile. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Santibáñez, P. (2002). La Alianza en Psicoterapia: Una sistematización. *Terapia Psicológica, 20*(1), 9-21.
- Scheffler, G. (2002). Psicoterapia de tiempo limitado. Universidad de Jerusalén EN: <http://www.atsmhi.net/breve.htm> Visitado 27/08/08
- Sheldrick, R. C., Kendall, P.C., & Heimberg, R. G. (2001). Assessing clinical significance: A comparison of three treatments for conduct disordered children. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8*, 418 -430
- Shelef, K., Diamond, G. M., Diamond, G. S., & Liddle, H. A. (2005). Adolescent and parent alliance and treatment outcome in multidimensional family therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 689 - 698.
- Shirk, S. & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A metaanalytic review. *Journal of Consulting and Clinical psychology. 71*, 452-464.
- Shilkret, R. & Shilkret, C. J. (1993). *How does psychotherapy work? Findings of the San Francisco psychotherapy research group*. Smith College Studies in Social Work-

- Shuman, A. L., & Shapiro, J. P. (2002). The effects of preparing parents for child psychotherapy on accuracy of expectations and treatment attendance. *Community Mental Health Journal, 38*, 3-16
- Steinberg, L. (2002). Clinical adolescent psychology: what it is, and what it needs to be. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 124-128.
- Taylor, L., Adelman, H. S., & Kaser-Boyd, N. (1986). The origin climate questionnaire as a tool for studying psychotherapeutic process. *Journal of Sociology, 91* (2), 221-149.
- Tourigny, M., Hébert, M., Daigneault, I., & Simoneau, A.C. (2005). Efficacy of a Group Therapy for Sexually Abused Adolescent Girls, *Journal of Child Sexual Abuse, Vol. 14*(4), 71 – 93
- Timulak, L., & Elliott, R. (2003). Empowerment Events in Process-Experiential Psychotherapy of Depression: An exploratory qualitative analysis. *Psychotherapy Research, 13*, 443-460.
- Valdés, N. (2004). Nuevas contribuciones en psicoterapia de adolescentes y la organización del sí mismo como parte del desarrollo. *Akademeia, 4*, 55 – 72.
- Valdés, N., Krause, M., Vilches, O., Dagnino, P., Echavarri, O., Ben-Dov, P., Aristegui, R., & de la Parra, G. (2005). Proceso de Cambio Psicoterapéutico: Análisis de episodios Relevantes en una Terapia Grupal con Pacientes Adictos. *Psyche, Vol.14*, N°2, 3 -18.
- Valdés, N. (2010). Análisis de los estilos lingüísticos de paciente y terapeuta durante la conversación terapéutica en episodios de cambio, utilizando el Buscador Lingüístico y Contado de Palabras (LIWC). *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos, 14*, 314 – 332.
- Valdés, N., Tomicic, A., Pérez, C., & Krause, M (2010). Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (scat-1.0): Dimensiones y categorías de las acciones comunicacionales de pacientes y psicoterapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica XIX*, Agosto p.p. 117-130
- Valdés, N., Krause, M., & Álamo, N. (2011). Qué Dicen y Cómo lo Dicen: Análisis de la comunicación verbal de pacientes y terapeutas en episodios de cambio. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 20*, 15-28.

- Viale-Val, G., Rosenthal, R.H., Curtis, G., & Marohn, R. C. (1984). Dropout from adolescent psychiatry: A preliminary study. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 563 -568.
- Von Bergen, A. (2000). Investigación Empírica en Psicoterapia: Validación del Cuestionario de resultados Terapéuticos OQ-45.2. Tesis de Magister no publicada, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.
- Weisz, J. R. (1986). Contingency and control beliefs as predictors of psychotherapy outcomes among children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (6), 789-795.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Han, S. S., Granger, D. A., & Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, 117,450-468
- Weisz, J. R., Sandler, I. N., Durlak, J. A., & Anton, B. S. (2005).Promoting evidence-based prevention and treatment. *American Psychologist*, 60, 628 -648.



## ANEXOS

### N° 1 Listado de Indicadores de Cambio Genéricos por niveles de evolución

<b>I. Consolidación inicial de la estructura de la relación terapéutica</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Aceptación de la existencia de un problema.</li><li>2. Aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda.</li><li>3. Aceptación del terapeuta como un profesional competente.</li><li>4. Expresión de esperanza.</li><li>5. Descongelamiento (o cuestionamiento) de formas habituales de entendimiento, comportamiento y/o emoción.</li><li>6. Expresión de la necesidad de cambio.</li><li>7. Reconocimiento de la propia participación en los problemas.</li></ol>
<b>II. Aumento de la permeabilidad hacia nuevos entendimientos</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>8. Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo.</li><li>9. Manifestación de un comportamiento o emoción nuevos.</li><li>10. Aparición de sentimientos de competencia.</li><li>11. Establecimiento de nuevas asociaciones entre aspectos propios, entre aspectos propios y del entorno, o entre aspectos propios y elementos biográficos.</li><li>12. Reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas.</li><li>13. Transformación de valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros.</li></ol>
<b>III. Construcción y consolidación de nuevos entendimientos</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>14. Formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo a través de la interconexión de aspectos personales y del entorno, incluyendo problemas y síntomas.</li><li>15. Enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía.</li><li>16. Autonomía en cuanto al manejo del contexto de significado psicológico.</li><li>17. Reconocimiento de la ayuda recibida.</li><li>18. Disminución de la asimetría.</li><li>19. Construcción de una teoría subjetiva, biográficamente fundada,</li></ol>

## Nº 2 Dimensiones, Categorías y Códigos del SCAT -1.0

<b>Contenidos</b>	<b>REFERENCIA</b> 1º persona singular (1) / 2º persona singular o plural (2) / Tercera persona singular o plural (3) / Relación Terapéutica (4) / Relación con un tercero (5) / Neutral (6)															
	<b>ÁMBITO</b> Acciones (1) / Ideas (2) / Afectos (3)															
<b>Tipos de Acciones Comunicacionales</b>	<b>FORMAS BÁSICAS</b>	<b>TÉCNICAS</b> <table border="1"> <tr> <td>Argumentación (1)</td> <td>Autorrevelación (2)</td> </tr> <tr> <td>Confrontación (3)</td> <td>Consejo (4)</td> </tr> <tr> <td>Imaginería (5)</td> <td>Información (6)</td> </tr> <tr> <td>Interpretación (7)</td> <td>Narración (9)</td> </tr> <tr> <td>Nominación (10)</td> <td>Paradoja (11)</td> </tr> <tr> <td>Reflejo (12)</td> <td>Refuerzo (13)</td> </tr> <tr> <td>Resumen (14)</td> <td>Rol Playing (15)</td> </tr> </table>	Argumentación (1)	Autorrevelación (2)	Confrontación (3)	Consejo (4)	Imaginería (5)	Información (6)	Interpretación (7)	Narración (9)	Nominación (10)	Paradoja (11)	Reflejo (12)	Refuerzo (13)	Resumen (14)	Rol Playing (15)
		Argumentación (1)	Autorrevelación (2)													
		Confrontación (3)	Consejo (4)													
		Imaginería (5)	Información (6)													
Interpretación (7)	Narración (9)															
Nominación (10)	Paradoja (11)															
Reflejo (12)	Refuerzo (13)															
Resumen (14)	Rol Playing (15)															
<b>INTENCIONES COMUNICACIONALES</b>	Explorar (1) / Sintonizar (2) / Resignificar (3)															
Asentir (1) / Aseverar (2) / Negar (3) / Preguntar (4) / Dirigir (5)																

### *Nº3 Consentimientos y Asentimientos*

#### **Asentimiento de participación en un estudio (consultante adolescente)**

Usted ha sido invitado a participar en el estudio “*Alianza terapéutica, acciones comunicacionales e indicadores de cambio genéricos en la fase inicial de la psicoterapia con adolescentes, y su relación con resultados y adherencia al tratamiento*” a cargo de la investigadora Olga María Fernández, candidata a doctorada en Psicoterapia de la Pontificia Universidad Católica de Chile. El objeto de esta carta es ayudarlo(a) a tomar la decisión de participar en la presente investigación.

El propósito general del estudio es caracterizar cómo son las primeras sesiones de psicoterapia con adolescentes, para relacionar estas características con la continuidad en la terapia y la efectividad de ésta. Los resultados de este estudio permitirán identificar algunos facilitadores y obstaculizadores del proceso, y por lo mismo se espera que las conclusiones de la investigación favorezcan el desarrollo de procesos terapéuticos más beneficiosos y permitan enriquecer la formación de los psicólogos que trabajen con adolescentes.

Al participar en esta investigación se le solicitará que las tres primeras sesiones de su psicoterapia sean grabadas en video, y deberá contestar un cuestionario al final de estas tres sesiones. Asimismo, deberá contestar un cuestionario acerca de su bienestar general antes de entrar a la sesión Nº1,6 y última sesión de terapia.

Aún cuando no obtendrá beneficios directos participando en este estudio, los resultados obtenidos en esta investigación favorecerán el desarrollo del conocimiento científico y del diseño de estrategias para favorecer la psicoterapia con Adolescentes.

Se le ha pedido participar en esta actividad en forma voluntaria. Tiene el derecho a abandonar el estudio sin necesidad de dar ningún tipo de explicación y sin que ello signifique ningún perjuicio para usted. Además tiene el derecho a no responder preguntas si así lo estima conveniente.

Toda la información generada será confidencial, para lo cual sus respuestas serán identificadas solamente con un número de código de la terapia. Además, la información será discutida en privado y no será conocida por personas ajenas a la investigación.

**HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, HACER PREGUNTAS ACERCA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, Y ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO.**

---

Firma de la Participante

---

Fecha

---

Nombre de la Participante

---

Firma de la Investigadora

Fecha

Si tiene preguntas respecto a esta investigación, puede contactarse con el investigador Olga María Fernández (fono 56 -2-3541242). Si tiene preguntas respecto de sus derechos como participante puede contactarse con el Comité de Ética de la Escuela de Psicología de la P. Universidad Católica de Chile (+56-2-3545883).

### **Consentimiento de participación en un estudio (padre/madre del consultante)**

Su hijo(a) ha sido invitado a participar en el estudio “***Alianza terapéutica, acciones comunicacionales e indicadores de cambio genéricos en la fase inicial de la psicoterapia con adolescentes, y su relación con resultados y adherencia al tratamiento***” a cargo de la investigadora Olga María Fernández, candidata a doctorada en Psicoterapia de la Pontificia Universidad Católica de Chile. El objeto de esta carta es ayudarlo(a) a tomar la decisión de participar en la presente investigación.

El propósito general del estudio es caracterizar cómo son las primeras sesiones de psicoterapia con adolescentes, para relacionar estas características con la continuidad en la terapia y la efectividad de ésta. Los resultados de este estudio permitirán identificar algunos facilitadores y obstaculizadores del proceso, y por lo mismo se espera que las conclusiones de la investigación favorezcan el desarrollo de procesos terapéuticos más beneficiosos y permitan enriquecer la formación de los psicólogos que trabajen con adolescentes.

Al participar en esta investigación las tres primeras sesiones de la psicoterapia de su hijo(a) serán grabadas en video, y él/ella deberá contestar un cuestionario al final de estas tres sesiones. Asimismo, deberá contestar un cuestionario acerca de su bienestar general antes de entrar a la sesión N°1, a la 6ta y a la última sesión de terapia.

Aún cuando su hijo(a) no obtendrá beneficios directos participando en este estudio, los resultados obtenidos en esta investigación favorecerán el desarrollo del conocimiento científico y del diseño de estrategias para favorecer la psicoterapia con Adolescentes.

A su hijo(a) se le ha pedido participar en esta actividad en forma voluntaria. Tiene el derecho a abandonar el estudio sin necesidad de dar ningún tipo de explicación y sin que ello signifique ningún perjuicio para su tratamiento. Además tiene el derecho a no responder preguntas si así él /ella lo estima conveniente.

Toda la información generada será confidencial, para lo cual sus respuestas serán identificadas solamente con un número de código de la terapia. Además, la información será discutida en privado y no será conocida por personas ajenas a la investigación.

**HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, HACER PREGUNTAS ACERCA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, Y ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO.**

_____	_____
Firma de padre/madre	Fecha
_____	
Nombre de la Participante	
_____	
_____	_____
Firma de la Investigadora	Fecha

Si tiene preguntas respecto a esta investigación, puede contactarse con el investigador Olga María Fernández (fono 56 -2-3541242). Si tiene preguntas respecto de sus derechos como participante puede contactarse con el Comité de Ética de la Escuela de Psicología de la P. Universidad Católica de Chile (+56-2-3545883).

### **Consentimiento de participación en un estudio (terapeuta)**

Usted como terapeuta ha sido invitado a participar en el estudio ***“Alianza terapéutica, acciones comunicacionales e indicadores de cambio genéricos en la fase inicial de la psicoterapia con adolescentes, y su relación con resultados y adherencia al tratamiento”*** a cargo de la investigadora Olga María Fernández, candidata a doctorada en Psicoterapia de la Pontificia Universidad Católica de Chile. El objeto de esta carta es ayudarlo(a) a tomar la decisión de participar en la presente investigación.

El propósito general del estudio es caracterizar cómo son las primeras sesiones de psicoterapia con adolescentes, para relacionar estas características con la continuidad en la terapia y la efectividad de ésta. Los resultados de este estudio permitirán identificar algunos facilitadores y obstaculizadores del proceso, y por lo mismo se espera que las conclusiones de la investigación favorezcan el desarrollo de procesos terapéuticos más beneficiosos y permitan enriquecer la formación de los psicólogos que trabajen con adolescentes.

Al participar en esta investigación se grabarán -en cintas de video y audio- las 3 primeras sesiones psicoterapéuticas, en las cuales usted participará en calidad de terapeuta. Asimismo, el adolescente y usted contestarán un cuestionario sobre cada una de estas tres sesiones, al término de cada una de ellas. Además el adolescente deberá contestar un cuestionario acerca de su bienestar personal en la 1º, 6º y última sesión del tratamiento.

Aún cuando usted no obtendrá beneficios directos participando en este estudio, los resultados obtenidos en esta investigación favorecerán el desarrollo del conocimiento científico y del diseño de estrategias para favorecer la psicoterapia con Adolescentes.

A su paciente se le ha pedido participar en esta actividad en forma voluntaria. Tiene el derecho a abandonar el estudio sin necesidad de dar ningún tipo de explicación y sin que ello signifique ningún perjuicio para su tratamiento. Además tiene el derecho a no responder preguntas si así él /ella lo estima conveniente.

Toda la información generada será confidencial, para lo cual sus respuestas serán identificadas solamente con un número de código de la terapia. Además, la información será discutida en privado y no será conocida por personas ajenas a la investigación.

**HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, HACER PREGUNTAS ACERCA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, Y ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO.**

_____	_____
Firma del terapeuta	Fecha
_____	
Nombre del terapeuta	
_____	_____
Firma de la Investigadora	Fecha

Si tiene preguntas respecto a esta investigación, puede contactarse con el investigador Olga María Fernández (fono 56 -2-3541242). Si tiene preguntas respecto de sus derechos como participante puede contactarse con el Comité de Ética de la Escuela de Psicología de la P. Universidad Católica de Chile (+56-2-3545883).

**Nº4 Ficha de antecedentes generales.**

Nº de proceso terapéutico: _____	
Fecha _____	
Edad del Adolescente. _____	
Sexo:	Femenino _____ Masculino _____
Referido:	
___ Espontáneamente	
___ Familia	
___ Escuela	
___ Tribunales	
___ Salud	
___ Otros Cuál? _____	
Forma de Atención ?	
Particular _____	
Isapre _____	
Fonasa _____	
Otra _____	

**N°5 Outcome Questionnaire**

<b>Cuestionario de resultados OQ-45.2</b>						
Nombre: _____		Edad: _____		Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
N° Ficha: _____		Sesión N° _____		Fono: _____		Fecha: _____
Instrucciones: Para ayudarnos a entender como se ha estado sintiendo, b�sese en los ÚLTIMOS SIETE DIAS, incluyendo el día de hoy. Lea cuidadosamente las frases y seleccione la categoría que mejor describa como se siente esta semana. En el cuestionario el término "TRABAJO" se refiere al empleo, la escuela, el trabajo voluntario, ser dueña de casa, cuidar los niños, etc. Por favor no escriba en las áreas oscuras. Marque con una "X" en el cuadro que corresponda.						
	Nunca	Casi nunca	A veces frecuencia:	Con frecuencia:	Casi siempre	SR
1. Me llevo bien con otros	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>
2. Me canso rápidamente.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
3. Nada me interesa	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
4. Me siento presionado (estresado) en el trabajo/escuela/dueña de casa	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
5. Me siento culpable.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
6. Me siento irritado, molesto.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
7. Me siento contento con mi matrimonio/pareja.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>
8. Pienso en quitarme la vida.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
9. Me siento débil.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
10. Me siento atemorizado.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
11. Necesito tomar bebidas alcohólicas en la mañana, después de haber tomado el día anterior. (Si esto no le ocurre marque nunca).	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
12. Encuentro satisfacción en mi trabajo/ escuela/dueña de casa.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>
13. Soy una persona feliz.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>
14. Trabajo/estudio/dueña de casa, excesivamente (mas de la cuenta).	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
15. Me siento inútil.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
16. Me abruman (angustian) los problemas de mi familia.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
17. Mi vida sexual me llena.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>
18. Me siento solo.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
19. Discuto frecuentemente.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
20. Me siento querido y que me necesitan.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>
21. Disfruto mi tiempo libre.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>
22. Tengo dificultades para concentrarme.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>



	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre	SD	IR	SR
23. Me siento sin esperanza en el futuro.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
24. Estoy contento conmigo mismo.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	*	
25. Me perturban o molestan pensamientos de los que no me puedo deshacer.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
26. Me molesta que me critiquen porque tomo o me drogo. ( No se refiere a medicamentos recetados). (Si esto no le ocurre marque nunca)	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
27. Tengo malestares estomacales.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
28. Trabajo/estudio/dueña de casa, tan bien como lo hacía antes.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	*	
29. Mi corazón palpita demasiado.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
30. Tengo dificultades para llevarme bien con mis amigos y conocidos.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
31. Estoy satisfecho con mi vida.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	*	
32. Tengo problemas en el trabajo/escuela debido a las drogas o el alcohol. ( Si esto no le ocurre marque nunca).	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
33. Siento que algo malo va a ocurrir.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
34. Tengo los músculos adoloridos.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
35. Me atemorizan los espacios abiertos, el manejar, el estar dentro de un bus, el metro, ascensores, etcétera.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
36. Me siento nervioso.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
37. Me satisfacen mis relaciones con mis seres queridos.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	*	
38. Siento que me va bien en el trabajo/escuela/dueña de casa.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	*	
39. Tengo muchas discusiones en el trabajo/escuela/dueña de casa.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
40. Siento que algo anda mal con mi mente.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
41. Tengo dificultades para dormir, o no me puedo quedar dormido.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
42. Me siento triste.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
43. Mis relaciones con otros me satisfacen.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	*	
44. Me enoja tanto en el trabajo/escuela/casa, que puedo hacer algo de lo que después me puedo arrepentir.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
45. Me dan dolores de cabeza.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
Developed by Michael Lambert, Ph.D. and Gary M. Burlingame, Ph.D. Para mayor información cc Guillermo de la Parra C.							+	+
© Copyright 1996 American Professional Credentialing Services LLC. All Rights Reserved. License Required For All Uses. E-MAIL: gdelap@net.vtr								
Validado en Castellano por Guillermo de la Parra C. y Alejandra von Bergen R. E-MAIL: avonbergen@terra.cl								
							<b>Total=</b>	

*Nº 6 Inventario de Alianza Terapéutica*

Inventario de Alianza de Trabajo

Forma P

Instrucciones

En las siguientes páginas se plantean una serie de afirmaciones que describen algunas de las diferentes maneras en que una persona puede pensar o sentir acerca de su psicoterapeuta (psicólogo). A medida que lea las afirmaciones, cuando en el texto aparezca una \_\_\_\_\_, inserte mentalmente el nombre de su psicoterapeuta (psicólogo).

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

---

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

---

Si la afirmación describe la manera que usted piensa (o siente) siempre, marque el número 7; si esto nunca le sucede marque el número 1. Use los números existentes entremedio para describir las variaciones entre estos extremos.

Este cuestionario es CONFIDENCIAL; ni su terapeuta ni el consultorio verán sus respuestas.

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

Gracias por su cooperación.

© W.A.I.: A. Horvath, 1981, 1984.  
I.A.T. : Adaptación a Chile (Santibáñez, 2000)

Puntajes: T: \_\_\_\_\_ M: \_\_\_\_\_ V: \_\_\_\_\_

1.	Me siento incómodo (a) con _____.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
2.	Creo que _____ y yo estamos de acuerdo respecto de las cosas que yo necesitaré hacer en la terapia para cambiar mi situación.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
3.	Siento que me aporlean y me tienen preocupado (a) los resultados de estas sesiones.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
4.	Lo que estoy haciendo en terapia me aporta nuevas perspectivas para mirar mi problema.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
5.	Pienso que _____ y yo nos entendemos.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
6.	Siento que _____ percibe adecuadamente cuáles son mis metas.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
7.	Encuentro confuso lo que estoy haciendo en terapia.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
8.	Creo que _____ me estima.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
9.	Desearía que _____ y yo pudiéramos clarificar el objetivo de nuestras sesiones.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
10.	Estoy en desacuerdo con _____ acerca de lo que yo debería lograr en terapia.						
	1	2	3	4	5	6	7

	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
11.	Creo que el tiempo que _____ y yo estamos juntos en la (s) sesión (es) no es aprovechado de modo eficiente.						
	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
12.	Me da la impresión que _____ no entiende lo que yo estoy tratando de lograr en la terapia.						
	1 Casi nunca	2 Ocasionalmente	3 A veces	4 Frecuentemente	5 Casi siempre	6 Siempre	7 Nunca
13.	Tengo claro cuáles son mis responsabilidades en la terapia.						
	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
14.	Las metas de estas sesiones son importantes para mí.						
	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
15.	Encuentro que lo que _____ y yo hacemos en terapia no se relaciona con mis problemas actuales.						
	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
16.	Siento que las cosas que hago en la terapia me van a ayudar a lograr los cambios que deseo.						
	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
17.	Creo que _____ está genuinamente preocupado (a) por mi bienestar.						
	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
18.	Tengo claridad respecto a lo que _____ quiere que yo haga en estas sesiones.						
	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
19.	Siento que _____ y yo nos respetamos mutuamente.						
	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
20.	Siento que _____ no es completamente sincero (a) en sus sentimientos hacia mí.						
	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre

21. Confío en la capacidad de \_\_\_\_\_ para ayudarme.
- |       |            |                |         |                |              |         |
|-------|------------|----------------|---------|----------------|--------------|---------|
| 1     | 2          | 3              | 4       | 5              | 6            | 7       |
| Nunca | Casi nunca | Ocasionalmente | A veces | Frecuentemente | Casi siempre | Siempre |
- 
22. \_\_\_\_\_ y yo estamos trabajando para lograr metas terapéuticas establecidas de mutuo acuerdo.
- |       |            |                |         |                |              |         |
|-------|------------|----------------|---------|----------------|--------------|---------|
| 1     | 2          | 3              | 4       | 5              | 6            | 7       |
| Nunca | Casi nunca | Ocasionalmente | A veces | Frecuentemente | Casi siempre | Siempre |
- 
23. Siento que \_\_\_\_\_ me aprecia.
- |       |            |                |         |                |              |         |
|-------|------------|----------------|---------|----------------|--------------|---------|
| 1     | 2          | 3              | 4       | 5              | 6            | 7       |
| Nunca | Casi nunca | Ocasionalmente | A veces | Frecuentemente | Casi siempre | Siempre |
- 
24. Creo que \_\_\_\_\_ y yo estamos de acuerdo sobre lo que para mi es importante trabajar.
- |       |            |                |         |                |              |         |
|-------|------------|----------------|---------|----------------|--------------|---------|
| 1     | 2          | 3              | 4       | 5              | 6            | 7       |
| Nunca | Casi nunca | Ocasionalmente | A veces | Frecuentemente | Casi siempre | Siempre |
- 
25. Como resultado de estas sesiones, tengo más claro como podría cambiar.
- |       |            |                |         |                |              |         |
|-------|------------|----------------|---------|----------------|--------------|---------|
| 1     | 2          | 3              | 4       | 5              | 6            | 7       |
| Nunca | Casi nunca | Ocasionalmente | A veces | Frecuentemente | Casi siempre | Siempre |
- 
26. Creo que \_\_\_\_\_ y yo confiamos uno en el otro.
- |       |            |                |         |                |              |         |
|-------|------------|----------------|---------|----------------|--------------|---------|
| 1     | 2          | 3              | 4       | 5              | 6            | 7       |
| Nunca | Casi nunca | Ocasionalmente | A veces | Frecuentemente | Casi siempre | Siempre |
- 
27. Me da la impresión que \_\_\_\_\_ y yo tenemos ideas diferentes acerca de cuáles son mis problemas.
- |       |            |                |         |                |              |         |
|-------|------------|----------------|---------|----------------|--------------|---------|
| 1     | 2          | 3              | 4       | 5              | 6            | 7       |
| Nunca | Casi nunca | Ocasionalmente | A veces | Frecuentemente | Casi siempre | Siempre |
- 
28. Mi relación con \_\_\_\_\_ es muy importante para mi.
- |       |            |                |         |                |              |         |
|-------|------------|----------------|---------|----------------|--------------|---------|
| 1     | 2          | 3              | 4       | 5              | 6            | 7       |
| Nunca | Casi nunca | Ocasionalmente | A veces | Frecuentemente | Casi siempre | Siempre |
- 
29. Tengo la sensación que si yo digo o hago cosas incorrectas, \_\_\_\_\_ va a dejar de trabajar conmigo.
- |       |            |                |         |                |              |         |
|-------|------------|----------------|---------|----------------|--------------|---------|
| 1     | 2          | 3              | 4       | 5              | 6            | 7       |
| Nunca | Casi nunca | Ocasionalmente | A veces | Frecuentemente | Casi siempre | Siempre |
- 
30. Pienso que \_\_\_\_\_ y yo trabajamos juntos (as) en establecer metas para mi terapia.
- |       |            |                |         |                |              |         |
|-------|------------|----------------|---------|----------------|--------------|---------|
| 1     | 2          | 3              | 4       | 5              | 6            | 7       |
| Nunca | Casi nunca | Ocasionalmente | A veces | Frecuentemente | Casi siempre | Siempre |
- 
31. Estoy frustrado (a) por las cosas que estoy haciendo en terapia.
- |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
32.	Creo que hemos establecido un buen acuerdo sobre cuál es el tipo de cambios que serían buenos para mi.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
33.	Siento que las cosas que _____ me pide que haga no tienen sentido.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
34.	No sé qué resultados esperar de mi psicoterapia.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
35.	Creo que la manera en que estamos trabajando con mi problema es correcta.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
36.	Siento que _____ se preocupa por mi incluso cuando hago cosas que él (ella) no aprueba.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

Inventario de Alianza de Trabajo

Forma T

Instrucciones

En las siguientes páginas se plantean una serie de afirmaciones que describen algunas de las diferentes maneras en que una persona puede pensar o sentir acerca de su paciente (cliente). A medida que lea las afirmaciones, cuando en el texto aparezca una \_\_\_\_\_, inserte mentalmente el nombre de su paciente (cliente).

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

---

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

---

Si la afirmación describe la manera que usted piensa (o siente) siempre, marque el número 7; si esto nunca le sucede marque el número 1. Use los números existentes entremedio para describir las variaciones entre estos extremos.

Este cuestionario es CONFIDENCIAL; ni su paciente ni el consultorio verán sus respuestas.

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

Gracias por su cooperación.

© W.A.I.: A. Horvath, 1981, 1984.I.A.T. : Adaptación a Chile (Santibáñez, 2000)

Puntajes: T: \_\_\_\_\_ M: \_\_\_\_\_ V: \_\_\_\_\_



1. Me siento incómodo (a) con _____.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
2. Creo que _____ y yo estamos de acuerdo acerca de los pasos necesarios para mejorar su situación.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
3. Tengo ciertas dudas acerca de los resultados de estas sesiones.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
4. Creo que mi paciente y yo tenemos confianza que nuestro desempeño en la terapia es útil.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
5. Siento que realmente entiendo a _____.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
6. _____ y yo tenemos una percepción común de sus metas.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
7. Me da la impresión que _____ encuentra confuso lo que estamos haciendo en terapia.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
8. Creo que _____ me aprecia.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
9. Siento necesidad de clarificarle el sentido de nuestras sesiones a _____.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 A veces	5 Frecuentemente	6 Casi siempre	7 Siempre
10. Tengo algunos desacuerdos con _____ acerca de los objetivos de estas sesiones.	1	2	3	4	5	6	7

	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
11. Creo que el tiempo que _____ y yo estamos pasando juntos no es usado eficientemente.	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
12. Tengo dudas acerca de lo que estamos tratando de lograr en la terapia.	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
13. Yo soy claro y explícito con _____ acerca de cuáles son sus responsabilidades en la terapia.	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
14. Las metas actuales de estas sesiones son importantes para mi.	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
15. Encuentro que lo que _____ y yo estamos haciendo en terapia no está relacionado con sus reales preocupaciones.	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
16. Tengo confianza en que las cosas que hacemos en terapia ayudarán a _____ a lograr los cambios que él (ella) desea.	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
17. Estoy genuinamente preocupado (a) por el bienestar de _____.	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
18. Tengo claro lo que espero que _____ haga en estas sesiones.	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
19. Pienso que _____ y yo nos respetamos el uno al otro.	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
20. Siento que yo no soy completamente honesto (a) acerca de mis sentimientos hacia _____.	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

21.	Confío en mi habilidad para ayudar a _____ .						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
22.	Creo que estamos trabajando hacia el logro de las metas mutuamente acordadas.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
23.	Yo aprecio a _____ como persona.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
24.	Creo que _____ y yo estamos de acuerdo sobre lo que es importante trabajar.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
25.	Pienso que un resultado de estas sesiones es que _____ tiene más claro cómo puede cambiar.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
26.	Siento que _____ y yo hemos logrado una confianza mutua.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
27.	Pienso que _____ y yo tenemos ideas diferentes acerca de cuáles son sus problemas reales.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
28.	Nuestra relación es importante para _____.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
29.	Creo que _____ teme que si él (ella) dice o hace cosas incorrectas, yo dejaría de trabajar con él (ella).						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
30.	_____ y yo hemos colaborado en establecer las metas para esta (s) sesión (es).						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

31. Siento que _____ está frustrado (a) por lo que le estoy pidiendo que haga en terapia.	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
32. Hemos establecido un buen acuerdo acerca de los cambios que serían buenos para _____	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
33. Pienso que las cosas que estamos haciendo en terapia no tienen mucho sentido para _____.	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
34. Creo que _____ no sabe qué esperar como resultado de la psicoterapia.	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
35. Me da la impresión que _____ cree que la manera como estamos trabajando con su problema es correcta.	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
36. Respeto a _____ incluso cuando hace cosas que yo no apruebo.	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

