

## **Efectos de la Adherencia y la Competencia del Terapeuta en los Resultados del Paciente en Psicoterapias Dinámicas Breves**

Jacques P. Barber, Paul of Crits-Christoph y Lester Luborsky  
Universidad de Medicina de Pensilvania

Los autores examinaron la relación entre las variables procedimentales del terapeuta (adherencia y competencia) y el cambio sintomático subsecuente de los pacientes. Veintinueve pacientes deprimidos fueron vistos semanalmente en 16 sesiones de psicoterapia dinámica de apoyo-expresiva (AE). Cambios en la depresión a partir de la sesión 3 predijo puntajes más altos de adherencia a técnicas expresivas (interpretativas) durante la sesión 3 pero no su competente realización. Siendo constantes la severidad psiquiátrica previa al tratamiento, la adherencia de los terapeutas al uso de técnicas expresivas, y la mejora previa de los síntomas, la aplicación relativamente competente de técnicas expresivas específicas de S-E predijo una mejora subsecuente en la depresión. Análisis secundarios abordando explicaciones alternativas (tales como el rol de tanto la alianza terapéutica o las habilidades generales terapéuticas ) no cambiaron los resultados.

Estudios acerca de la relación entre variables que evalúan el aspecto tecnológico del proceso psicoterapéutico y el resultado del tratamiento, ha dado resultados inconsistentes (para una revisión comprensiva, ver Orlinsky, Grawe y Parks, 1994). La falta de resultados fuertes y consistentes ha contribuido a los debates actuales acerca del rol de ingredientes específicos versus ingredientes inespecíficos en psicoterapia (Henry, Strupp, Schacht, & Gaston, 1994; Piper, Joyce, McCallum, & Azim, 1993) indican que la realización competente o apropiada de interpretaciones tales como su exactitud (Crits-Christoph, Cooper, & Luborsky, 1988) o correspondencia (Piper et al., 1993) predicen resultado.

Conclusiones de estudios que examinaron la relación entre medidas de adherencia-competencia y resultados han sido también mezclados (Luborsky & Barber, 1993). DeRubeis y Feeley (1990) demostraron que la adherencia a técnicas concretas en la segunda sesión predijeron cambios subsecuentes en depresión y no fue explicado por cambios previos en depresión en un grupo de aprendices de terapia cognitiva. Estos resultados no fueron replicados con terapeutas bien entrenados (Elkin, 1988). Similarmente, la aptitud parece predecir resultados en algunos estudios (Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien, & Auerbach, 1985; O'Malley et al, 1988) pero no en otros (Sandell, 1985). En un estudio fue incluso demostrado que una habilidad elevada predecía un peor resultado (Svartberg & Stiles, 1994). O'Malley et al. (1988) han demostrado que la ejecución competente de un tratamiento predice el resultado más allá de las variables pretratamiento de la terapia interpersonal.

Nuestros objetivos en el presente estudio fueron probar si la adherencia-competencia a técnicas específicas y teóricamente relevantes de la terapia dinámica de apoyo-expresiva (Luborsky, 1984)

fue asociada con cambios en los síntomas, más allá de las variables de los pacientes. Las principales técnicas de la terapia de apoyo expresiva (interpretativa) son técnicas expresivas (interpretativas) y técnicas de apoyo, pero ningún estudio ha investigado directamente si la adherencia o la competencia en la ejecución de estas técnicas predicen resultados. Nuestro objetivo era examinar las relaciones de adherencia y competencia a técnicas expresivas versus técnicas de apoyo según el resultado. Al igual que en DeRubeis and Feeley (1990), el cambio sintomático fue valorado desde el tiempo en el cual la variable predictiva fue evaluada hasta la terminación. Predecir cambios en los resultados de las variables desde el inicio hasta la finalización de una variable medida por lo menos varias semanas luego de comenzado el tratamiento y en un tiempo en el cual algunas ganancias terapéuticas ya habían sido logradas es problemático porque la extensión en la cual esas ganancias sintomáticas están asociadas con las variables predictoras se mantiene poco claro. Por ese motivo, examinamos la contribución relativa de las diferentes técnicas AE para predecir cambios más lejanos en depresión. Para tomar en consideración la severidad psiquiátricas de los pacientes, usamos la Escala de Medición Salud- Enfermedad (EMSE; Luborsky et al., 1993), la cual ha sido demostrado que predice el resultado del tratamiento. Finalmente, presentamos análisis secundarios adicionales para descartar potenciales terceras variables que presentes explicaciones alternativas.

## **Método**

### *Pacientes*

Veintinueve pacientes que habían recibido el diagnóstico de depresión mayor en dos ocasiones distintas según los Criterios Diagnósticos de Investigación (con una semana de diferencia) fueron tratados por cuatro terapeutas como parte de un estudio de desarrollo de tratamiento y entrenamiento de terapeutas (ver Diguer, Barber, & Luborsky, 1993; Luborsky, Hole, Popp, Goldsmith, & Cacciola, 1995). Las grabaciones de los primeros 33 pacientes que habían participado semanalmente en las 16 sesiones del estudio de psicoterapia AE y que habían llegado a la Sesión 3 fueron evaluados para adherencia-competencia, pero 4 de esos pacientes habían recibido medicación y fueron excluidos del presente reporte porque su mejoría no puede ser atribuido de manera clara a la psicoterapia.

### *Jueces de Adherencia-Competencia*

Los jueces fueron dos doctores en psicología clínica con más de siete años de experiencia clínica posdoctoral. Uno de los jueces tenía extensa experiencia en AE, mientras que otro recién había comenzado a entrenarse como terapeuta en AE. A pesar de que los jueces eran ciegos respecto a los resultados de los pacientes y a las identidades de los pacientes, el juez más antiguo podría haber llegado a identificar a los terapeutas.

## **Medidas**

La Escala de Penn de Adherencia-Competencia para terapia de Apoyo-Expresiva (PACS-SE; Barber & Crits-Christoph, 1996) es una escala cuantitativa de 45 items is a 45-item rating que mide la extensión en la cual las recomendaciones de Luborsky (1984) para las intervenciones terapéuticas han sido utilizadas en la sesión.

Cada ítem se rankea en una escala de Likert de 7 puntos para tanto la frecuencia de las intervenciones de los terapeutas como la implementación competente de las intervenciones.

Hay tres subescalas mayores derivadas teóricamente: (a) habilidades terapéuticas generales (9 ítems); (b) habilidades de sostén (9 ítems); y (c) habilidades expresivas (21 ítems).

La subescala terapéutica general incluye ítems relevantes para muchas formas de psicoterapia verbal (por ejemplo, “El terapeuta escucha... antes de dar una respuesta”). La subescala de sostén incluye ítems considerando las acciones del terapeuta que son plausibles de ser experimentadas como soporte por pacientes (por ejemplo, “El terapeuta transmite una sensación de respeto... al paciente”) y técnicas que se piensan que fomentan la alianza terapéutica. La subescala expresiva se refiere a técnicas que son más específicas de la psicoterapia dinámica, especialmente AE, tales como referirse a aspectos del Tema Central del Conflicto Relacional (CCRT; Luborsky, 1984).

El coeficiente de confiabilidad interjueces medido por la correlación intraclase para dos grupos de jueces agrupados al azar que evaluaron una sesión de cada uno de los 33 pacientes (incluyendo los participantes del presente estudio) y de cada uno de siete pacientes de terapia cognitiva fue .38 para adherencia en apoyo; .70 para adherencia expresiva; .50 para competencia de soporte; .69 para competencia expresiva; .65 para adherencia a habilidades generales terapéuticas; y .77 para competencia en habilidades generales terapéuticas.

El cuestionario de Alianza de Ayuda (HAq; Luborsky et al. 1985) es un reporte de once ítems autoadministrado acerca de la alianza de ayuda. Para este estudio, usamos solo seis de los ítems que no se refieren al mejoramiento sintomático (ver Barber & Crits-Christoph, 1996). El alfa de Cronbach para los seis ítems fue .90 para la Sesión 3.

Las otras mediciones que utilizamos son bien conocidas; son el Inventario de Depresión de Beck (IDB; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) y el EMSE.

### **Procedimiento**

Grabaciones de la Sesión 3 fueron seleccionados para cada paciente. (Cada vez que una cinta no estaba disponible o era inaudible, fue utilizado el correspondiente a la sesión previa o posterior). Los jueces escucharon y evaluaron independientemente cintas completas.

La depresión, como es medida por BDI, fue evaluada al comenzar y al finalizar, y en la misma sesión los ratings de adherencia-competencia. La media (y desviación estándar) del puntaje IDB al comienzo, la Sesión 3 (o la sesión cuando la adherencia y competencia fueron evaluadas), y al terminar fueron 28.3 (7.01), 23.9 (8.3), y 12.8 (9.8), respectivamente. La correlación entre la sesión IDB y la terminación de BDI fue .31 ( $p = .05$ ).

Tabla 1

<i>Relación de la Adherencia y Competencia con Cambios en Depresión, Controlando para Salud Psicológica</i>	
Medida	IDB en la finalización

<i>Regresión 1: Adherencia</i>	
EMSE al comienzo	-.46*
Apoyo	-1.3
Expresión	-1.6
<i>Regresión 2: Competencia</i>	
EMSE al comienzo	-5.7***
Apoyo	.21
Expresión	-5.3
<i>Nota: los coeficientes son correlaciones parciales (cada variable controla para las otras y para la sesión 3 BDI). IDB= Inventario de Depresión de Beck. *p&lt;.05.; **p&lt;.01. ;***p&lt;.005.</i>	

## **Resultados y Discusión**

### *Prediciendo Resultados a partir de la Adherencia a Técnicas de Apoyo Versus de Expresión*

Tomando parcialmente EMSE, encontramos que la adherencia a técnicas de apoyo o de expresión no predijeron cambios adicionales en depresión (por ejemplo, puntaje residual IDB de la sesión 3 a la terminación; ver Tabla 1). El hallazgo de la falta de relación entre técnicas expresivas y el cambio en los síntomas es consistente con hallazgos previos (por ejemplo, Henry et al., 1994; Piper et al., 1993).

### *Prediciendo Resultados a partir de la Competencia en Técnicas de Apoyo versus Competencia en Técnicas de Expresión.*

Tomando parcialmente EMSE, encontramos que la aplicación relativamente competente de técnicas expresivas predijeron un descenso subsecuente en depresión (ver Tabla 1), mientras que el uso competente de técnicas de apoyo, no.

### *¿Conduce el Cambio Sintomático Previo a Adherencia o Competencia?*

Llevamos a cabo cuatro regresiones múltiples separadas para examinar si el cambio temprano en IDB (desde el comienzo hasta la Sesión 3) contribuyó a los niveles de adherencia y competencia. La mejoría sintomática temprana predijo solo adherencia a intervenciones expresivas ( $r$  parcial =  $-.48$ ,  $p < .01$ ); esto significa, cuanto menor mejoría sintomática hacia la Sesión 3 (es decir, más deprimido según IDB), menor adherencia a intervenciones expresivas era evidente para la Sesión 3.

La correlación parcial entre cambio previo en depresión fue  $-.25$  (ns). Estos resultados apoyan la impresión clínica que cuanto más se benefician los pacientes del tratamiento, más fácil es, relativamente, para el terapeuta adherir al manual de tratamiento AE, aunque no necesariamente para conducir una terapia competente.

### *Controlando para la Superposición entre Adherencia y Competencia y el Mejoramiento Sintomático Previo*

Mejoría sintomática previa (del comienzo a la sesión 3) puede contribuir a la disminución sintomática subsecuente o al aumento de la competencia (o a ambos). Para descartar la posibilidad de una falsa correlación entre competencia y resultados, es necesario equiparar la mejoría sintomática temprana entre el comienzo y la sesión 3. También decidimos tener en consideración la tendencia de los puntajes de adherencia y competencia a estar correlacionados (.50 para habilidades generales, .62 para habilidades de apoyo, .58 para habilidades de expresión).

La correlación parcial entre técnicas expresivas competentes y cambios subsecuentes en depresión fue  $-.57$  ( $p < .005$ ), dejando como constantes la mejoría sintomática temprana, EMSE, y adherencia a técnicas expresivas.

La secuencia de recolección de data y la naturaleza del análisis de data en este estudio, como en DeRubeis y Feeley (1990), aportó mayor confianza a la conclusión que la competencia relativa en habilidades expresivas pueden tener un rol en la mejoría IDB subsecuente. Nuestra confianza está incrementada porque la competencia fue evaluada antes del cambio en depresión y porque hemos demostrado que la competencia no es resultado de cambios previos y más tempranos en depresión. También descartamos que el grado de severidad psiquiátrica de los pacientes media la relación entre la competencia del terapeuta y el resultado del paciente, replicando por primera vez en psicoterapia dinámica breve los descubrimientos de O'Malley et al.'s (1988) acerca de cómo la competencia predice mejores resultados después de descartar las variables del paciente.

### *Análisis Secundarios*

Para referirnos a cuentas alternativas subsiguientes de los presentes resultados, realizamos los mismos análisis que antes, adicionando más variables para descartar explicaciones alternativas.

Estos análisis deberían ser vistos como secundarios y exploratorios, porque requieren la adición de una o más variables en los análisis de regresión que aumentan el número de predictores en un tamaño de muestra relativamente pequeño. Asimismo, conducir múltiples análisis aumenta el potencial para errores Tipo 1.

*No independencia.* Para referirnos a la cuestión de la no independencia de datos de cuatro pacientes tratando a 29 pacientes, residualizamos los puntajes expresivos usando el puntaje promedio relevante para cada terapeuta y encontramos una correlación parcial de  $-.43$  ( $p < .05$ ) entre la técnica expresiva competente y el cambio subsecuente en depresión, equiparando las mismas variables como se vio anteriormente.

*Interacción entre severidad psiquiátrica y técnicas.* Conducimos análisis regresivos jerárquicos adicionales para testear la interacción entre EMSA y las técnicas y encontramos ninguna interacción significativa, probablemente por una falta de capacidad para detectar esas posibles interacciones.

*Habilidades Terapéuticas Generales.* Descartando la mejoría temprana IDB (desde el comienzo hasta la sesión 3), EMSA, la ejecución competente de habilidades terapéuticas generales (otra medida de intervenciones terapéuticas) y de apoyo, encontramos que la ejecución relativamente competente

de habilidades expresivas igual predecía cambio subsecuente en depresión ( $r$  parcial =  $-.57$ ,  $p < .005$ ).

Ni la ejecución competente de habilidades generales ni de apoyo fue asociado con cambios subsecuentes en depresión cuando todas las otras variables fueron eliminadas ( $r$  parcial =  $-.09$ ,  $n s$ , y  $r = .25$ ,  $n s$ , respectivamente).

*Baja confianza de la subescala de habilidades de apoyo.* Para referirnos a este asunto, conservamos sólo cuatro de los ítems para los cuales había un coeficiente de correlación de Pearson de al menos  $.2$  y recalculamos los puntajes de la subescala. Los puntajes derivados de las escalas acotadas fueron representativos de la escala de apoyo porque correlacionan con la misma ( $r = .91$  para adherencia y  $r = .67$  for competencia,  $n = 33$ ).

Los coeficientes de confianza de la correlación interclase de los jueces agrupados para las escalas de apoyo acortadas fueron mejoradas y aceptables para la ejecución competente de técnicas de apoyo ( $.50$  for adherencia and  $.67$  for competencia,  $n = 33$ ; si las grabaciones de los cognitivos eran incluidas, por un total de 40 cintas, estas fueron  $.52$  y  $.73$ , respectivamente.)

Utilizando los puntajes de las escalas de apoyo, condujimos el análisis principal y no encontramos ningún cambio en los resultados. Análisis secundarios de las habilidades terapéuticas generales con las nuevas escalas, encontramos que, eliminando la mejoría sintomática temprana, tomando EMSA, y la ejecución competente de las habilidades expresivas predijeron de manera significativa cambios en depresión desde la sesión 3 hasta la terminación ( $r$  parcial =  $-.61$ ,  $p < .003$ ,  $ns$ ).

Los resultados concernientes a las escalas de adherencia permanecieron no significativos.

El rol de la alianza. Para abordar la contribución relativa de la alianza terapéutica a los hallazgos presentes, realizamos un análisis primario con la incorporación de la alianza en la Sesión 3 registrada antes de las variables técnicas. Dado que un paciente obtuvo valores erráticos en la medida de alianza, los análisis estadísticos fueron realizados sin sus datos. La magnitud de las correlaciones parciales fueron de alguna manera más pequeños; sin embargo, los resultados se mantuvieron esencialmente sin cambios. Por ejemplo, la correlación parcial entre competencia expresiva y el cambio subsecuente en los síntomas depresivos, eliminando EMSA, competencia de soporte, y alianza, fue  $-.44$  ( $p < .05$ ). Sumar el nivel de competencia del terapeuta en habilidades terapéuticas generales a la regresión resultó en una correlación parcial de  $-.46$  ( $p < .05$ ) entre la realización competente de técnicas expresivas y el cambio subsecuente en depresión.

## **Resumen y Limitaciones**

Nuestros resultados indican que es la realización relativamente competente de técnicas expresivas más que su frecuencia de uso lo que predice el subsecuente cambio relativo en depresión, teniendo en consideración la salud psicológica pretratamiento. También hemos demostrado que la administración relativamente competente de estas técnicas predice cambio sintomático subsecuente incluso cuando uno toma en cuenta la mejoría sintomática temprana.

Nuestros principales resultados continúan siendo significativos incluso luego de residualizar los efectos del terapeuta. Este es el primer informe de estos hallazgos en la psicoterapia dinámica a

corto plazo. Nuestros resultados respecto al rol relativo de técnicas expresivas versus de apoyo son más preliminares debido a la baja confianza de la escala de apoyo.

Sin embargo, hemos demostrado que la ejecución de técnicas expresivas predijeron cambios subsecuentes en depresión, tomando en consideración el rol de otras variables “no específicas” (por ejemplo, habilidades generales terapéuticas o alianza). Estos hallazgos preliminares sugieren que las habilidades teóricamente relevantes son importantes en la conducta de la psicoterapia dinámica breve más allá de las habilidades “no específicas” y la alianza terapéutica.

Los presentes hallazgos son consistentes con resultados de estudios previos que han examinado un aspecto significativo de la ejecución competente de técnicas expresivas, es decir, la ejecución de interpretaciones correctas (Crits-Christoph et al., 1988) o correspondientes (Piper et al., 1993).

Los puntajes de las técnicas expresivas competentes incluyen aspectos adicionales de interpretaciones tales como el timing, la calidad de la verbalización, el manejo de las resistencias y las defensas, y las conexiones subyacentes a los conflictos y síntomas. La covarianza entre las interpretaciones adecuadas y la ejecución competente de técnicas expresivas aún deben ser exploradas.

El corriente estudio no hace referencia a que factores son responsables por el cambio sintomático que ocurrió previo a la Sesión 3. Esta mejoría sintomática temprana podría ser una función a la adherencia en Sesiones 1 y 2, competencia en esas sesiones, ambos factores, o ninguno de ellos (por ejemplo, causados por otros factores). Sesión por sesión los puntajes de estas variables pueden permitirnos proveer una respuesta más completa a esta pregunta. Por supuesto, otras variables de los pacientes o variables adicionales podrían explicar alternativamente el efecto de la ejecución competente de técnicas sobre el cambio subsecuente.

Es posible que tener terapeutas en entrenamiento para AE resultara en una mayor varianza entre terapeutas en la subescala competencia expresiva de la que puede ser encontrada cuando los terapeutas están completamente entrenados. Futuros estudios deberían referirse a algunas de estas potenciales terceras variables, así como replicar nuestros descubrimientos en muestras más grandes.

Debido al número relativamente grande de predictores, este resultado y resultados de análisis secundarios deberían ser considerados preliminares.

El número relativamente grande de análisis de regresión conducidos en el presente estudio para referirse a las potenciales explicaciones alternativas también incrementaron la posibilidad de errores tipo I. Por ende, replicar estos hallazgos en una muestra diferente de pacientes es esencial. Sin embargo, el descubrimiento principal -el uso competente de técnicas expresivas predice cambio cambios subsecuentes en depresión - fue altamente significativo.

Los presentes resultados apoyan la noción que la competencia del terapeuta debe ser incluida como una variable importante en la investigación en psicoterapia.

Permanece poco claro, sin embargo, si los mismos jueces deberían evaluar adherencia y competencia.

El resultado también apoya la impresión clínica y la consideración metodológica que la competencia del terapeuta debería ser utilizada como criterio para la selección, el entrenamiento y la certificación

de terapeutas que participan en ensayos clínicos.

## Referencias

Barber, J. P., & Crits-Christoph, P. (1996). Development of a therapist adherence/competence rating scale for supportive-expressive dynamic psychotherapy: A preliminary report. *Psychotherapy Research*, 6, 79-92.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. E., & Erbaugh, J. K. (1961). An inventory to measure depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

Crits-Christoph, P., Cooper, A., & Luborsky, L. (1988). The accuracy of therapists' interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 490-495.

DeRubeis, R., & Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 469-482.

Diguer, L., Barber, J. P., & Luborsky, L. (1993). Three concomitants: Personality disorder, psychiatric severity, and outcome of dynamic psychotherapy of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1246-1248.

Elkin, I. (1988, June). Relationship of therapists' adherence to treatment outcome in the Treatment of Depression Collaborative Research Program. Paper presented at the meeting of the Society for Psychotherapy Research in Santa Fe, NM.

Henry, W. P., Strupp, H. H., Schacht, T. E., & Gaston, L. (1994). Psychodynamic approaches. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., rev.; pp.467-508). New York: Wiley.

Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive (SE) treatment*. New York: Basic Books.

Luborsky, L., & Barber, J. P. (1993). Benefits of adherence to treatment manuals, and where to get them. In N. Miller, L. Luborsky, J. P. Barber, & J. P. Docherty (Eds.), *Psychodynamic treatment research: A handbook for clinical practice* (pp. 211-226). New York: Basic Books.

Luborsky, L., Diguer, L., Luborsky, E., McLellan, T. A., Woody, G., & Alexander, L. (1993). Psychological health-sickness as a predictor of outcomes in dynamic and other psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 542-548.

Luborsky, L., Hole, A. V., Popp, C., Goldsmith, B., & Cacciola, J. (1995). Supportive-expressive dynamic psychotherapy of depression: A time-limited version. In J. P. Barber & P. Crits-Christoph (Eds.), *Dynamic therapies for psychiatric disorders (Axis I)* (pp. 13-42). New York: Basic Books.

Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. E., O'Brien, C. P., & Auerbach, A. (1985). Therapist success

and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.

O'Malley, S. S., Foley, S. H., Rounsaville, B. J., Watkins, J. T., Sotsky, S. M., Imber, S. D., & Elkin, I. (1988). Therapist competence and patient outcome in interpersonal psychotherapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 496-501.

Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy—Noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4<sup>th</sup> ed., pp. 270-376). New York: Wiley.

Piper, W. E., Joyce, A. S., McCallum, M., & Azim, H. F. A. (1993). Concentration and correspondence of transference interpretations in short-term therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 586-595.

Sandell, R. (1985). Influence of supervision, therapist's competence, and patient's ego level on the effects of time-limited psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 103-109.

Svartberg, M., & Stiles, T. C. (1994). Therapeutic alliance, therapist competence, and client change in short-term anxiety-provoking psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 4, 20-33.

Received February 14, 1995

Revision received May 18, 1995

Accepted October 19, 1995