



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Facultad de Ciencias Sociales/Escuela de Psicología

Programa de Doctorado en Psicoterapia

TESIS DOCTORAL:

**ACTIVIDAD DE LOS TERAPEUTAS ENFOCADA EN TRABAJAR CON LOS
RECURSOS DE LOS PACIENTES EN PSICOTERAPIA:
RELACIÓN CON RESULTADOS TERAPÉUTICOS TEMPRANOS Y
CARACTERIZACIÓN DE INTERVENCIONES DURANTE LA PRIMERA
SESIÓN**

Por

JOSÉ DOMINGO SOL SALVO RIVERA

Profesora Guía: Mariane Krause Jacob
Profesor Co-guía: Juan Enrique Wilson Alcalde
Comité de Tesis: Diana Rivera Ottenberg
Henry Daniel Espinosa Duque

Diciembre, 2020

Resumen

Desde principios del presente siglo, la investigación empírica en psicoterapia ha acumulado evidencia sobre el mecanismo terapéutico de Activación de Recursos y su relación con los resultados finales de la terapia. Sin embargo, hasta el día de hoy, existen vacíos respecto de la relación entre este mecanismo y los resultados terapéuticos tempranos durante la psicoterapia, así como de una caracterización de la actividad específica realizada por los terapeutas enfocada en trabajar con los recursos de los pacientes.

La presente tesis doctoral compendia cuatro artículos elaborados en el marco de un estudio cuantitativo exploratorio, no aleatorizado, centrado en la relación entre la actividad de los terapeutas enfocada en el mecanismo de Activación de Recursos, descrito por Klaus Grawe, y los resultados terapéuticos tempranos. El objetivo general de esta tesis es determinar diferencias de resultados terapéuticos tempranos entre terapias con un alto versus bajo foco del terapeuta en la Activación de Recursos, y caracterizar las intervenciones enfocadas en activar recursos en terapias con y sin resultados terapéuticos tempranos. En términos globales, la tesis aporta evidencia sobre la relación entre la Activación de Recursos durante la primera sesión de psicoterapia y su relación con los resultados terapéuticos tempranos. Adicionalmente, los análisis realizados permiten caracterizar la proporción del tiempo de la primera sesión enfocada en activar recursos de los pacientes en terapias con y sin resultados terapéuticos tempranos, las variaciones de este foco durante el transcurso de la sesión, y los contenidos temáticos relacionados con la Activación de Recursos que privilegiado por los terapeutas. A partir de estos resultados se discute la evidencia disponible en la literatura científica, esperando contribuir a la comprensión de cómo ocurre el cambio

en psicoterapia, así como al desarrollo de guías para la toma de decisiones terapéuticas y al entrenamiento de habilidades específicas en la formación de terapeutas.

Índice

Contenido

Resumen.....	1
Índice	3
Introducción.....	4
Antecedentes teóricos y empíricos.....	5
Objetivos.....	13
Publicaciones	14
Artículo 1. Activación de Recursos en Psicoterapia. ¿Cómo se ha estudiado y qué sabemos?: Una revisión sistemática.....	16
Artículo 2. Una herramienta para la investigación en psicoterapia, uso clínico y entrenamiento de terapeutas: Adaptación al español, análisis de validez y confiabilidad de la escala Activación de Recursos del instrumento WIFA-K.....	51
Artículo 3. Therapist activity focusing on patients' resources and its relation with early therapeutic outcome in psychotherapy.....	80
Artículo 4. Activación de Recursos durante la primera sesión de terapias con y sin resultados terapéuticos tempranos: La actividad del terapeuta al microscopio.	108
Conclusiones y Discusión.....	133
Referencias.....	148
Anexos	156

Introducción

Hacia finales del siglo XX, una vez que la investigación empírica hubo acumulado evidencia concluyente sobre la efectividad de la psicoterapia en mejorar la calidad de vida de las personas y establecido la equivalencia respecto de los resultados entre distintas escuelas, el interés de la investigación comenzó a enfocarse cada vez más en procesos y factores comunes entre distintos enfoques terapéuticos, así como factores propios de los clientes, terapeutas relacionados con el cambio (Eysenck, 1994; Goldfried, Raue & Castonguay, 1998; Stiles, Shapiro & Firth-Cozens, 1990). En este contexto, el mecanismo de Activación de Recursos (en adelante AR) acuñado por Klaus Grawe (Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Grawe, 1997) como uno de cuatro mecanismos transteóricos relacionados con el cambio, ha acumulado evidencia empírica respecto de su relación con los resultados globales de la psicoterapia (Flückiger, Caspar, Grosse Holtforth & Willutzki, 2009; Gassman & Grawe, 2006; Mander et al., 2013; 2015; Stangier et al., 2010; Znoj et al., 2010). Sin embargo, existe evidencia que sugieren ser cautelosos respecto de la generalización de dicha conclusión hasta la acumulación de nueva evidencia (Flückiger, Zinbarg, Znoj & Ackert; 2014; Sander, Zobel, Dykieriek & Schramm, 2013). Adicionalmente, hasta el día de hoy, la investigación sobre la actividad del terapeuta que favorece este mecanismo ha sido notoriamente desatendida (Salvo, 2020).

La presente tesis compendia cuatro artículos elaborados en el marco de un estudio cuantitativo exploratorio, no aleatorizado, centrado en la relación entre la actividad del terapeuta enfocada en el mecanismo de Activación de Recursos durante la primera sesión de psicoterapia y los resultados terapéuticos tempranos. El objetivo general de la tesis es evaluar diferencias en los resultados terapéuticos tempranos reportados por los pacientes de terapias

con un alto versus un bajo foco de actividad del terapeuta en la Activación de Recursos, y caracterizar la actividad de los terapeutas enfocada en activar recursos en terapias con y sin resultados terapéuticos tempranos.

La presente tesis reporta una revisión sistemática de la literatura de estudios empíricos sobre AR; la adaptación al español y validación de un instrumento observacional para evaluar el grado en que la actividad del terapeuta se enfoca en AR durante una sesión de psicoterapia; la determinación de diferencias de resultados terapéuticos tempranos entre terapias con un alto o bajo foco de la actividad del terapeuta en AR, y; la caracterización de la actividad enfocada en dicho mecanismo durante la primera sesión de psicoterapia realizada por los terapeutas de terapias con y sin resultados terapéuticos tempranos.

Antecedentes teóricos y empíricos

A continuación, se exponen antecedentes teóricos y empíricos del mecanismo Activación de Recursos descrito por Grawe. Estos antecedentes son presentados a modo de definición y contextualización del constructo en el campo de la teoría e investigación en psicoterapia. Una revisión detallada y actualizada de la evidencia empírica sobre AR se expone más adelante, en el apartado de Publicaciones, en el primer artículo compendiado en la presente tesis (Salvo, 2020). Dicho artículo consiste en el reporte de una revisión sistemática de artículos académicos de estudios empíricos sobre AR y su relación con otras variables de proceso y resultado en psicoterapia.

Contexto histórico y conceptual

El interés por el trabajo con los recursos de los pacientes tiene una larga trayectoria en psicoterapia (Gelso & Woodhouse, 2003; Lopez, 2008) y puede encontrarse, con mayor o menor relevancia, en prácticamente todas las orientaciones terapéuticas (Grawe, 1997). A modo de antecedentes tempranos pueden considerarse las indicaciones técnicas de Freud (1915/2000) frente a la capacidad actual de amar del paciente desplegada en la transferencia, y su uso al servicio del trabajo terapéutico; el concepto de Área Libre de Conflictos del Yo (Hartmann, 1939/1958) o el concepto de Alianza Terapéutica (Zetzel, 1956), en el sentido de la alianza con las partes sanas del Yo al servicio de los objetivos terapéuticos; el concepto de autoactualización en Rogers (1961) en el sentido de la promoción, a través de la terapia, de la tendencia intrínseca de expresión y activación de las potencialidades humanas. O bien, en cuanto a desarrollos técnicos, pueden tenerse en cuenta las propuestas de modificación de organización de la experiencia de Milton Erikson, la búsqueda de alternativas de Virginia Satir, las intervenciones paradójales de Selvini-Palazzoli o la difusión de roles de Carl Whitaker, en tanto todas aquellas apuntan a la finalidad terapéutica de que los consultantes puedan descubrir y poner en uso sus recursos latentes (Minuchin & Fishman, 1981).

Ahora bien, la conceptualización sobre el uso de los recursos comienza a ganar mayor difusión en el campo de la psicoterapia a medida que se van consolidando conceptos afines en el campo de la psicología general, tales como empoderamiento (Rose & Black, 1985; Solomon, 1976), resistencia al estrés (Kobasa, 1982), resiliencia (Werner & Smith, 1982), auto eficacia (Bandura, 1986), afrontamiento (Haan, 1977) y otros conceptos relacionados con fortalezas de personas en contextos adversos, así como el desarrollo de intervenciones

comunitarias provenientes de la investigación en psicología social, trabajo social, y estudios de prevención social (Davidson, 2014). En el mismo contexto temporal, el desarrollo de la Teoría General de Sistemas (von Bertalanffy, 1969) y distintos desarrollos postmodernos que incorporan una epistemología constructivista contribuyen al surgimiento de nuevos desarrollos en psicoterapia (O'Hanlon, 2001). En dicho marco de referencia surgen las terapias constructivistas o contextuales, y la terapia familiar, que intentan deshacerse de las influencias del modelo médico y psicopatológico en la psicoterapia, y comienzan a desarrollar intervenciones específicamente orientadas a explorar y expandir los recursos de los pacientes (de Shazer et al., 1982).

Posteriormente, a partir de la última década del siglo XX, comenzó a difundirse el uso del nombre Terapias Centradas en las Fortalezas para referirse a distintas aproximaciones que incorporan los desarrollos sistémicos y una epistemología constructivista (Davidson, 2014). Como características principales de estas pueden sintetizarse: Enfatizar el aspecto conversacional del proceso terapéutico; enfocarse en las narrativas de los pacientes acerca de sus experiencias, sus contextos relacionales y sus acciones; poner atención en aquellas áreas de la vida de los pacientes que funcionan bien; buscar amplificar los recursos existentes; evitar, en lo posible, el uso de vocabulario psicopatológico; negociar entre terapeuta y paciente los objetivos y dirección de la terapia; contar con un alto grado de actividad del terapeuta respecto de la planificación y dirección del desarrollo del proceso psicoterapéutico; realizar sugerencias y asignar tareas para realizar fuera de la sesión, y; conducir procesos de duración relativamente breve en comparación con otros enfoques (Davidson, 2014).

Actualmente continúan surgiendo nuevos desarrollos que incorporan formas de trabajar con los recursos de los pacientes (Wong, 2006). Entre ellos, por ejemplo, Booth &

O'Brien, (2008) y Pearson (2011) han sugerido y estudiado la utilidad de enfocarse en los distintos tipos de inteligencia descritos por Gardner (1983) para expandir los talentos y habilidades de los pacientes en favor del cambio. A estos se suman distintos enfoques que aplican en sus intervenciones hallazgos provenientes de la Psicología Positiva (Lopez et al., 2000; Wong, 2006).

Efecto de compensación y de capitalización en psicoterapia

Entre distintos desarrollos realizados en el contexto de la investigación de factores comunes y la efectividad de la psicoterapia puede considerarse como un antecedente relevante la distinción propuesta por Rude y Rehm (1991) respecto de dos posibles mecanismos relacionados con los resultados de la psicoterapia. Uno de estos mecanismos corresponde a un efecto de compensación y el otro a un efecto de capitalización. El supuesto respecto del efecto de compensación es que la efectividad de la psicoterapia dependería de la identificación y remediación de ciertos déficits, de modo que la hipótesis respecto de dicho efecto es que aquellos pacientes con mayores déficits obtendrían mayores beneficios que aquellos con menores déficits. Por otro lado, el supuesto respecto del efecto de capitalización supone que la efectividad de la psicoterapia dependería del uso y refuerzo de las capacidades existentes de los pacientes, de modo que la hipótesis respecto de dicho efecto es que los pacientes con un mejor nivel de funcionamiento en distintas áreas obtendrían mayor beneficio de la psicoterapia. Al revisar los resultados de distintos estudios, Rude y Rehm (1991) concluyen que no hay evidencia suficiente que permita fundamentar la hipótesis de compensación. En cambio, encuentran algunos estudios que reportan que pacientes con un mejor funcionamiento cognitivo y social, evaluado en variables como ajuste social, apoyo social, asertividad, o satisfacción marital, obtendrían mayores beneficios de la psicoterapia

(Hoberman et al., 1988; McLean & Hakstian, 1979; Rude, 1986; Steinmetz et al., 1983). Al día de hoy, la evidencia en favor de la hipótesis de compensación continúa siendo no concluyente, mientras que nuevos estudios reportan evidencia adicional a favor de la hipótesis de capitalización (Cheavens, Strunk, Lazarus & Goldstein, 2012; Cohen & DeRubeis, 2018).

Modelo de psicoterapia informada por la evidencia de Klaus Grawe

Basado en un uno de los primeros metaanálisis sobre efectividad de la psicoterapia (Grawe et al., 1994), Grawe desarrolla teóricamente un modelo general de psicoterapia informada por la evidencia, el cual aspira a ser transteórico, suficientemente específico para orientar la práctica de la psicoterapia y, al mismo tiempo, suficientemente amplio para incorporar evidencia empírica subsecuente (Grawe, 1997; 2004).

El modelo de psicoterapia propuesto por Grawe (1997; 2004) consta de cinco dimensiones, las cuales abarcan entre dos y tres perspectivas por dimensión, con un total de doce perspectivas. De esta manera, las distintas posibilidades del trabajo terapéutico pueden ser entendidas como una combinación de cada una de ellas. Estas dimensiones y sus distintas perspectivas son:

- 1) Dimensión de Diagnóstico. Incluye las perspectivas: i) Problemas y ii) Recursos;
- 2) Dimensión de Proceso. Incluye las perspectivas: i) Análisis y ii) Cambio;
- 3) Dimensión de Sistema. Incluye las perspectivas: i) Individual, ii) Relaciones Interpersonales y iii) Relación Terapéutica;
- 4) Dimensión de Comunicación. Incluye las perspectivas: i) Contenido y ii) Proceso;

5) Dimensión Psicológica. Incluye las perspectivas i) Motivación, ii) Conciencia y iii) Competencia.

En el contexto del modelo de Grawe, los recursos son entendidos como el espacio de posibilidades actuales en el cual los pacientes podrían movilizar algún cambio, el cual estaría constituido por la suma de sus procesos mentales, repertorio conductual, capacidad de respuesta emocional y condiciones de vida (Grawe & Grawe-Gerber, 1999). A partir de esto, como algunos ejemplos de recursos posibles, se enlistan la disposición motivacional, metas, deseos, intereses, creencias, valores, gustos, actitudes, conocimiento, educación, habilidades, hábitos, estilos de interacción, características físicas, posibilidades financieras y relaciones interpersonales.

Mecanismo transteórico de Activación de Recursos de Grawe

A partir de la revisión de la literatura empírica sobre la efectividad en psicoterapia (Grawe et al., 1994; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994) Klaus Grawe abstrae teóricamente cuatro mecanismos terapéuticos, que considera comunes a las distintas formas de psicoterapia, los cuales serían precursores del cambio, a saber: Clarificación; Maestría; Actuación de Problemas y Activación de Recursos. El mecanismo AR es definido como el uso de los recursos de los pacientes, especialmente su disposición motivacional y capacidades, al servicio del trabajo terapéutico (Grawe, 1997). Se incluyen también, como parte de este mecanismo, todas las acciones realizadas por el terapeuta orientadas a favorecer que el paciente tenga una percepción positiva de sí mismo y una experiencia de mayor competencia respecto de la situación que le trae a consultar (Grawe & Grawe-Gereber, 1999).

En términos operacionales el mecanismo AR puede entenderse como la combinación de la Perspectiva de Recursos, descrita en el modelo de psicoterapia de Grawe, y sus distintas

posibilidades de combinación con el resto de perspectivas, a saber; el análisis y el uso de los recursos; en un contexto individual, de relaciones interpersonales o de la relación terapéutica; tematizado ya sea en un nivel de contenido o de proceso; y orientado a la clarificación motivacional, al aumento de conciencia, o al desarrollo de competencias. (Grawe, 1997). Flückiger y Wüsten (2008) señalan como ejemplos específicos de intervenciones enfocadas en AR el reforzar cualidades y competencias de los pacientes, precisar metas y motivaciones, y fomentar una reinterpretación positiva de aspectos inicialmente entendidos como problemáticos. Por otro lado, AR se diferenciaría de otros procesos como, por ejemplo, la expresión emocional de aspectos dolorosos o alcanzar una mayor comprensión respecto de la naturaleza o causa de los problemas (Grawe, 1997).

A partir de la conceptualización de AR de Grawe (1997) se han desarrollado distintos estudios que han aportado evidencia a favor de la relación entre dicho mecanismo y los resultados globales de la psicoterapia (Gassman & Grawe, 2006; Flückiger, Caspar, Grosse Holtforth & Willutzki, 2009; Flückiger & Grosse Holtforth, 2008; Mander et al., 2013; 2015; Stangier et al., 2010; Znoj et al., 2010), la calidad de la Alianza Terapéutica (Flückiger, et al., 2009; Flückiger & Grosse Holtforth, 2008), la experiencia de productividad de la sesión (Smith & Grawe, 2003; 2005), y adherencia al tratamiento farmacológico, en pacientes con VIH (Znoj, 2010). Dichas investigaciones han sido desarrolladas en distintos contextos de práctica de psicoterapia, incluyendo terapia individual, grupal, ambulatoria y residencial. A su vez, se ha estudiado tanto terapias naturalistas como terapias manualizadas de distintos enfoques, con pacientes con distintas características y diagnósticos.

Ahora bien, los hallazgos de una revisión sistemática reciente (Salvo, 2020), expuesta en el apartado Publicaciones de la presente tesis, identifican dificultades respecto de la

generalización de la evidencia respecto de la relación entre AR y los resultados globales de la psicoterapia. Adicionalmente, entre los artículos incluidos en la revisión sistemática señalada, no se encontró evidencia respecto de: a) la relación entre la actividad del terapeuta y resultados terapéuticos tempranos, en el sentido de cambios en el bienestar y funcionamiento general de los pacientes, y; b) respecto de la actividad del terapeuta durante la primera sesión de psicoterapia. Dichos hallazgos son concordantes con lo señalado por distintos autores respecto de que la investigación empírica sobre el trabajo con los recursos de los pacientes ha desatendido notoriamente el estudio de la conducta específica de los terapeutas que favorece dicho proceso (Castronovo, Hirsch & Hirsch, 2020; Harbin, Gelso & Rojas, 2014). A partir de esto, se justifica el desarrollo de nueva investigación sobre la actividad de los terapeutas enfocada en AR y, específicamente, respecto de la primera sesión de psicoterapia y de su relación con resultados terapéuticos tempranos. A través de la presente tesis se espera aportar al conocimiento empírico orientado a comprender cómo ocurre el cambio en psicoterapia, ofrecer orientaciones informadas por la evidencia para la toma de decisiones terapéuticas, aportar a la generalización de la evidencia disponible sobre AR y fundamentar empíricamente el entrenamiento de habilidades específicas en la formación de terapeutas.

Objetivos

Objetivo General:

Determinar diferencias de resultados terapéuticos tempranos entre terapias con un alto versus bajo foco del terapeuta en la Activación de Recursos, y caracterizar sus intervenciones enfocadas en activar recursos en terapias con y sin resultados terapéuticos tempranos.

Objetivos Específicos:

1. Evaluar diferencias en el cambio reportado por los pacientes en su bienestar y funcionamiento general, durante la fase inicial del tratamiento, entre terapias donde el terapeuta muestra una alta versus una baja orientación de su actividad hacia la Activación de Recursos.
2. Caracterizar las intervenciones realizadas por los terapeutas enfocadas en la Activación de Recursos en terapias con y sin resultados terapéuticos tempranos.

Hipótesis

En las terapias donde el terapeuta muestra un alto foco de actividad en AR durante la primera sesión, los pacientes reportarán mayores resultados terapéuticos tempranos que en las terapias donde el terapeuta muestra un bajo foco de actividad en AR.

Publicaciones

En este apartado se describen los artículos desarrollados durante el curso de la investigación realizada, así como su función en el contexto de la presente tesis.

El primer artículo, “*Activación de Recursos en Psicoterapia. ¿Cómo se ha estudiado y qué sabemos?: Una revisión sistemática*” (Salvo, 2020), revisa la evidencia empírica disponible en inglés y español acerca del mecanismo Activación de Recursos descrito por Grawe (1997). Para su desarrollo se siguió las directrices de la metodología PRISMA (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & The PRISMA Group, 2009) para la publicación de revisiones sistemáticas. Dicho artículo examina los antecedentes empíricos disponibles sobre Activación de Recursos e identifica vacíos de evidencia empíricamente fundada, respecto de los cuales nuevos esfuerzos de investigación pudieran resultar un aporte, tanto para la investigación como para la práctica de la psicoterapia. Los resultados son discutidos a partir de la relación entre el mecanismo Activación de Recursos y distintas variables de proceso, así como de los aspectos metodológicos de los distintos estudios. En el contexto de la presente tesis cumple la función de fundamentar la relevancia y el diseño del estudio.

El segundo artículo, “*Una herramienta para la investigación en psicoterapia, uso clínico y entrenamiento de terapeutas: Adaptación al español, análisis de validez y confiabilidad de la escala Activación de Recursos del instrumento WIFA-K*” (Salvo, Rojas, Krause, & Schönfeld, aceptado), reporta el proceso de adaptación y traducción al español de la escala Activación de Recursos del instrumento observacional Wirkfaktoren-K (WIFA-K; von Consbruch et al., 2013), utilizada en el presente estudio para evaluar el grado en que la actividad del terapeuta se enfoca en la Activación de Recursos de los pacientes. Los resultados son discutidos respecto de la evidencia de confiabilidad del instrumento en su

versión original, y su adaptación al español, y se ofrecen sugerencias para su utilización. En el contexto del presente estudio posibilita levantar datos sobre el grado en que la actividad de los terapeutas se enfoca en AR, para la conducción de los análisis que permiten testear la hipótesis principal de la presente tesis.

El tercer artículo, *Therapist focus on Resource Activation and early therapeutic response* (Salvo, Krause, Uribe & Ramirez, en revisión, a) evalúa la relación entre la actividad del terapeuta enfocada en AR durante la primera sesión de psicoterapia y los resultados terapéuticos tempranos. Este artículo testea la hipótesis principal de la presente tesis y responde al primer objetivo específico. Para esto, se utiliza un diseño cuantitativo exploratorio no aleatorizado, con una muestra incidental de 32 sesiones de psicoterapias ambulatorias individuales, con pacientes adultos, desarrolladas en contextos naturalistas, y con terapeutas de distintas orientaciones teóricas.

El cuarto artículo, *Activación de Recursos durante la primera sesión de terapias con y sin resultados terapéuticos tempranos: La actividad del terapeuta al microscopio* (Salvo et al., en revisión, b), cuyo objetivo es caracterizar la actividad de los terapeutas enfocada en AR durante la primera sesión de terapias con y sin resultados terapéuticos tempranos, responde al segundo objetivo específico de la presente tesis. En dicho artículo se reportan diferencias respecto de la proporción del tiempo de la sesión con que los terapeutas enfocan su actividad en AR, las variaciones de estas frecuencias a lo largo de la sesión y diferencias respecto de los contenidos temáticos de la actividad enfocada en AR, entre terapias con y sin cambio terapéutico temprano.

Artículo 1. Activación de Recursos en Psicoterapia. ¿Cómo se ha estudiado y qué sabemos?: Una revisión sistemática

Activación de Recursos en Psicoterapia. ¿Cómo se ha estudiado y qué sabemos?: Una revisión sistemática

José Domingo Salvo Rivera¹

jdsalvo@uc.cl

Pontificia Universidad Católica de Chile
Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad
Chile

Resumen

A partir de los primeros metaanálisis sobre efectividad en psicoterapia, Grawe (1997) abstrae teóricamente cuatro mecanismos transteóricos relacionados con el cambio, siendo el principal de ellos Activación de Recursos. Este mecanismo es entendido como el uso de las capacidades y disposición motivacional del paciente al servicio de un objetivo terapéutico, así como el ajuste de las intervenciones terapéuticas a dichos aspectos. Basado en una revisión sistemática de la literatura en inglés y español, el presente artículo discute resultados de distintos estudios empíricos, con el objetivo de esclarecer qué sabemos sobre la relación entre Activación de Recursos y el cambio en psicoterapia. La búsqueda de artículos no se restringió por año de publicación ni diseño metodológico, en tanto en el estudio reportado se hubiera evaluado el mecanismo Activación de Recursos y se aportara evidencia de su relación con una segunda variable. Los 14 estudios incluidos ofrecen evidencia mayoritariamente a favor de la relación entre Activación de Recursos y resultados terapéuticos, pero con dudas

¹ Magister en Psicoterapia. Psicólogo.

respecto de cómo y cuándo este mecanismo favorece, o incluso pudiera entorpecer el cambio. Estas dudas son discutidas a partir de la relación entre Activación de Recursos y distintas variables de proceso, así como de aspectos metodológicos de los estudios. La principal limitación de esta revisión guarda relación con la heterogeneidad metodológica de los estudios incluidos, sumado a la homogeneidad geográfico-cultural donde fueron desarrollados, lo que sugiere interpretar con cautela tanto la integración de la evidencia como su generalización, a la espera de nuevos estudios en distintos contextos.

Palabras clave: activación de recursos, mecanismos genéricos de cambio; psicoterapia, revisión sistemática.

Introducción

Desde mediados del siglo pasado hasta la fecha se ha acumulado evidencia suficiente sobre la efectividad de la psicoterapia para contribuir a mejorar calidad de vida de los consultantes, así como, la inexistencia de diferencias de efectividad entre distintos enfoques terapéuticos (Eysenck, 1994; Lambert & Ogles, 2004; Smith & Glass, 1977; Wampold & Imel, 2015). A partir de esto, durante de los años 80's del siglo XX, y en adelante, el interés comenzó a centrarse en estudios de procesos y proceso-resultado en psicoterapia, dando lugar a distintas propuestas conceptuales y metodológicas cuyo foco esencial es esclarecer los cambios que tienen lugar al interior de la terapia, y responder a las preguntas: ¿qué es lo que cambia? y ¿cómo cambia? Con un fuerte énfasis en el estudio de factores y mecanismos comunes a distintos enfoques terapéuticos (Krause & Altimir, 2016).

Activación de recursos en psicoterapia

El interés teórico y clínico respecto del uso terapéutico de los recursos y aspectos sanos de los consultantes tiene una larga trayectoria en psicoterapia y otras disciplinas terapéuticas como el *counselling* psicológico, *coaching*, trabajo social, etc. (Gelso & Woodhouse, 2003). Desde principios del presente siglo, se ha observado un auge en la literatura académica sobre este tema, potenciado por al menos tres líneas de investigación, a saber: 1) El interés por el estudio de mecanismos genéricos o transteóricos, relacionados con el cambio en psicoterapia (Scheel, Davis, & Henderson, 2012); 2) El interés por sistematizar empíricamente las prácticas de terapias que se agrupan bajo los nombres de “Aproximación de las Fortalezas”, “Terapias Centradas en las Fortalezas” o “Terapias Postmodernas” (Gelso & Woodhouse, 2003; Tarragona, 2006; 2013), y 3) El auge de la Psicología Positiva (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Lopez, 2008). En el marco de la primera línea de investigación mencionada, Grawe (Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Grawe, 1997), basado en los primeros meta-análisis sobre efectividad en psicoterapia, abstrae teóricamente cuatro mecanismos genéricos relacionados con el cambio terapéutico, a saber: Maestría; Clarificación; Activación de problemas; y Activación de Recursos. Este último mecanismo, sobre el que centramos la atención en el presente artículo, es definido como el uso intencionado de las capacidades y disposiciones motivacionales del paciente al servicio de un objetivo terapéutico, así como el ajuste de las intervenciones del terapeuta a dichos aspectos (Grawe, 1997). Algunos ejemplos de intervenciones típicas de este mecanismo incluyen métodos específicos centrados en los recursos de los pacientes provenientes de la Terapia Sistémica y Terapia Centrada en las Soluciones (ej: preguntas de excepciones, reencuadre de problemas, exploración de soluciones, etc.), así como en términos más

generales, la adaptación de las técnicas y métodos del tratamiento a las experiencias particulares de los pacientes (Flückiger, Caspar, Grosse Holtforth & Willutzki, 2009).

A partir de la conceptualización de Grawe (1997) del mecanismo Activación de Recursos y el resto de los mecanismos genéricos relacionados con el cambio, se han desarrollado diversos estudios orientados a dilucidar la relación entre dichos mecanismos y los resultados en psicoterapia, sin embargo, hasta la fecha, no existen revisiones que sintetizen y discutan los resultados de estos estudios, permitiendo contribuir a una visión panorámica de cómo este mecanismo puede ser usado por los terapeutas al servicio del cambio (Castronovo & Hirsch, 2020; Gassmann & Grawe, 2006; Gelso & Woodhouse, 2003; Harbin, Gelso, & Rojas, 2014; Hirsch, Castronovo & Santangelo, 2016). El presente trabajo se propone responder a las preguntas: ¿Cómo se ha estudiado el mecanismo Activación de Recursos? Y ¿Qué sabemos sobre su relación con otras variables?

Metodología

La presente revisión fue desarrollada siguiendo las directrices de la metodología PRISMA (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009) para la publicación de revisiones sistemáticas.

Criterios de búsqueda

La búsqueda de artículos se realizó en las siguientes bases de datos: PsycINFO (EBSCO), PsycARTICLES (EBSCO) y Psychology Database (PROQUEST). Para todas ellas se utilizaron los siguientes términos de búsqueda en inglés: Resource AND Psychotherapy OR Counselling AND Measure; y en español: Recursos Y Psicoterapia O Counselling O Consejería Y Medición. Posteriormente se realizó una búsqueda por los

autores que participaran en más de un artículo identificado (Smith, Grawe, Flckiger, Grosse Holtforth, Schrammm, Znoj, Mander, Wittorf, Schlarb, Hautzinger, Zipfel, Sammet, y Teufel). Todas las búsquedas se realizaron para todos los campos de los artículos. Sólo se incluyó artículos publicados en revistas indexadas, pero no se restringió por cuartil. Doce de los catorce artículos finalmente incluidos en la revisión sistemática fueron publicados en revistas de primer cuartil, uno en segundo cuartil y uno en cuarto cuartil. No se restringió tampoco por fecha de publicación ni metodología de estudio, en tanto se hubiera utilizado una operacionalización explícita de la variable Activación de Recursos, congruente con la definición de Grawe (1997).

Criterios de inclusión y exclusión

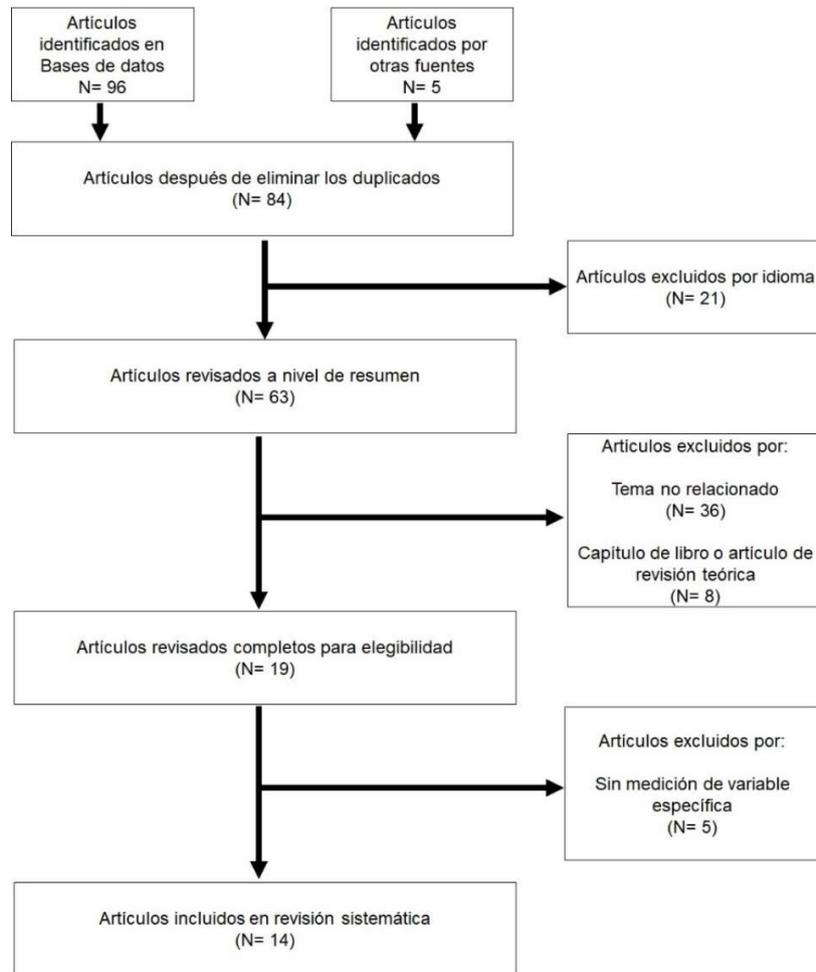
Para realizar la selección final de los artículos se consideraron los siguientes criterios de inclusión: (a) Utilizar algún instrumento u operacionalización que permita evaluar el grado en que el trabajo terapéutico se enfoca en el mecanismo de Activación de Recursos; (b) La operacionalización de la variable Activación de Recursos es congruente con la definición de Grawe (1997) (c) El diseño del estudio permite distinguir algún tipo de efecto o relación de Activación de Recursos con al menos una variable adicional.

Por otro lado, se consideró como criterio de exclusión que la publicación fuese una revisión bibliográfica o teórica del tema y que estuviera en un idioma distinto al inglés o español.

A partir de la búsqueda realizada se identificó un total inicial de 111 artículos. Luego de eliminar los resultados duplicados, y aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se

seleccionaron 14 artículos. El proceso de búsqueda y selección de los artículos se resumen en la Figura 1.

Figura 1: *Flujograma del proceso de selección del estudio*



Codificación de los estudios

Se desarrolló una planilla de extracción de datos basada en la propuesta de Lipsey y Wilson (2001), la cual se probó con cuatro artículos, y luego se adaptó la versión final. Los artículos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión fueron codificados por el

autor del presente artículo usando dicha planilla. A partir de este proceso se extrajeron las siguientes características, las cuales se resumen en la Tabla 1, a saber: a) Año; b) Autor; c) País; d) Instrumento utilizado para evaluar la variable específica Activación de Recursos; e) Otras variables que aportan evidencia de su relación con Activación de Recursos, y; f) Tamaño muestral

Tabla 1. *Artículos incluidos.*

Año	Autores	País	Instrumento AR	Otras variables	N
2003	Smith & Grawe	Suiza	TSA	MGG; AT	128
2005	Smith & Grawe	Suiza	TSA	MGG; AT	133
2006	Gassmann & Grawe	Suiza	CMP	Resultados terapéuticos finales	30
2008	Flückiger & Grosse Holtforth	Suiza	BPSR-T CMP	Resultados terapéuticos finales; MGG; AT	40
2009	Flückiger, Caspar, Holtforth & Willutzki	Alemania	ROMA-T/P	Resultados terapéuticos tempranos; MGG; AT	36
2010	Stangier, von Consbruck, Schramm & Heidenreich	Alemania	BPSR-T/ P	Resultados terapéuticos finales	62
2010	Znoj et al.	Suiza	FEPIG	Resultados terapéuticos en fases temprana, media y final	81
2013	Mander et al.	Alemania	SACiP	Resultados terapéuticos en fases temprana, media y final	296
2013	Sander, Zobel, Dykierek & Schramm	Alemania	BPSR-T/P	Resultados terapéuticos finales	30
2014	Flückiger, Zinbarg, Znoj & Ackert	Suiza	ROMA-P	Resultados terapéuticos finales; MGG	20
2014	Mander et al.	Alemania	SACiP	Resultados terapéuticos finales; EC	296
2015	Mander et al.	Alemania	SACiP	Resultados terapéuticos finales; EC; EMT	112
2015	Mander et al.	Alemania	ITPQ	Resultados terapéuticos finales	504
2018	Schaller et al.	Alemania	FEPIG	Resultados terapéuticos finales; EC	140

Nota: País= País de realización del estudio; Instrumento AR= Instrumento utilizado para evaluar el mecanismo Activación de Recursos; N= Tamaño muestral; MGG= Mecanismos genéricos descritos por Grawe (1997); AT= Alianza Terapéutica (Bordin, 1976); EMT= Esquemas Maladaptativos Tempranos (Young, 1990); EC= Etapas de Cambio (Prochaska & DiClemente, 1983)

Resultados

Características de los artículos incluidos

El rango temporal de publicación de los catorce artículos incluidos en la presente revisión abarca quince años, desde 2003 hasta 2018. Dos autores, Klaus Grawe y Johannes Mander, en conjunto, participan en nueve artículos. Ocho de los artículos incluidos reportan estudios desarrollados en Alemania y seis en Suiza. Respecto de la metodología utilizada, cuatro de artículos corresponden a diseños de estudio aleatorizados, mientras que los otros diez muestran alta heterogeneidad de diseños.

Respecto de las muestras de los artículos incluidos, se observa un tamaño muestral con un rango que va desde 20 hasta 504 participantes. Todos los pacientes incluidos son germanoparlantes, mayores de edad. Diez de los catorce artículos reportan datos de pacientes ambulatorios y cuatro en tratamiento residencial hospitalario. En términos de diagnóstico, se incluyen pacientes con una alta heterogeneidad en cuanto a trastornos psicopatológicos y grados de severidad, incluyendo trastornos del ánimo, de ansiedad y psicosomáticos. En ningún estudio se incluyen pacientes con trastornos psicóticos ni con trastornos relacionados con sustancias.

Instrumentos para evaluar Activación de Recursos

Entre los estudios reportados en los catorce artículos incluidos se observó el uso de siete instrumentos distintos para evaluar el mecanismo de Activación de Recursos, los cuales son resumidos en la Tabla 2.

Tabla 2. Instrumentos utilizados en artículos incluidos

Instrumento	Año	Autores	Perspectiva	Foco	Unidad de análisis
TSA	1999	Grawe et al.	O	P	10 minutos
CMP	NP	Gassmann	O	P y T	1 minuto
ROMA-T/P	2008a	Flückiger & Grosse Holtforth	O	P y T	1 minuto
BPSR- T/P	2010	Flückiger et al.	P y T	P y T	Sesión
SACiP	2013	Mander et al.	P y T	P y T	Sesión
ITPQ	2015	Mander et al.	P y T	P y T	Sesión
FEPIG	2016	Vogel, Blanck, Bents & Mander	P y T	P y T	Sesión

Nota: Año= Año de publicación del instrumento (NP= no publicado); Perspectiva: Perspectiva de quien evalúa: (P= Paciente; T= Terapeuta; O= Observador externo); Foco: Sujeto en quien se observa el fenómeno: (P= Paciente; T= Terapeuta); Unidad de Análisis: duración temporal de episodios que observa.

Los instrumentos Therapy Spectrum Analysis (TSA; Grawe, Regli, Smith, & Dick, 1999), Consistency Theory Micro-Process Analyses (CMP; Gassmann, 2002) y Ressourcenorientierte Mikroprozessanalyse (ROMA-T/P; Flückiger & Grosse Holtforth, 2008a) fueron desarrollados para evaluar la conducta explícita de pacientes y terapeutas desde la perspectiva de observadores externos al proceso terapéutico.

El instrumento TSA consiste en un total de 72 escalas que evalúan distintas dimensiones de la experiencia explicitada por el paciente durante la sesión. Las escalas relacionadas con Activación de Recursos incluyen: Calidad del vínculo terapéutico; Recursos relevantes para la participación del paciente en terapia (responsividad a las intervenciones del terapeuta y motivación para realizar contribuciones propias); y Fortalezas generales del paciente, independientes de la terapia (ej: objetivos, habilidades, relaciones de apoyo, etc.). La evaluación de dichas escalas considera, tanto la cantidad de tiempo que estos aspectos son explícitamente discutidos como el grado en que estos son activados en sesión (ej: grado en

que el paciente es capaz de explicitar sentimientos de autoeficacia; o motivación respecto de objetivos, etc.), pudiendo tomar cualquier valor entre 0 y 100.

El instrumento CMP corresponde a una tesis no publicada de su autor. A partir de su descripción en el artículo de Gassmann y Grawe (2006), es posible conocer que este instrumento evalúa cuatro dimensiones de la interacción entre paciente y terapeuta, a saber: Contenido de la interacción; Grado de Activación de Recursos; Grado de Activación de Problemas, y; Resultado inmediato de la interacción. En dicho artículo no se describe la operacionalización o criterios de codificación para estas dimensiones.

El instrumento ROMA evalúa exclusivamente el mecanismo Activación de Recursos, tanto en la actividad del terapeuta como la del paciente, respecto a tres áreas: Competencias (fortalezas personales e interpersonales); Objetivos personales (objetivos, motivaciones e intentos de solución), y; Reinterpretación positiva de problemas (ej: normalización; reencuadre, metáforas personales, etc.). Estas áreas son evaluadas, tanto en un nivel dicotómico (indicador específico observado/indicador específico no observado) como respecto a su cualidad en una escala tipo Likert de 5 puntos, en un rango desde -2 hasta 2 (desde desatender los recursos del paciente, hasta un énfasis explícito de la contribución del paciente en un contexto específico).

Por otro lado, los instrumentos Bern Post Session Report (BPSR-P/T; Fluckiger et al., 2010; Regli & Grawe, 2000), Multiperspective Assessment of General Change Mechanisms in Psychotherapy (SACiP; Mander et al., 2013), Individual Therapy Process Questionnaire (ITPQ; Mander et al., 2015) y Form for the Evaluation of Therapeutic Processes in Group Therapy (FEPiG; Vogel, Blanck, Bents, & Mander, 2016), fueron diseñados como cuestionarios de auto reporte para pacientes y terapeutas que deben ser contestados posterior a la sesión.

El instrumento BPSR evalúa distintos constructos relacionados con el proceso terapéutico. Los ítems correspondientes al mecanismo Activación de Recursos son evaluados en una escala tipo Likert de 5 puntos en la versión para terapeutas y en una escala de 7 puntos en la versión para pacientes. Algunos ejemplos de las versiones para terapeuta y paciente respectivamente son: “Hoy traté de hacer un uso específico de los recursos del paciente”; “Hoy día, el terapeuta me ayudó a sentir dónde están mis fortalezas” (Flückiger et al., 2010, p 74. Traducción propia).

El instrumento SACiP incorpora y modifica ítems de la escala BPSR, y agrega otros para evaluar la Alianza Terapéutica, basado en el instrumento Working Alliance Inventory (Horvath & Greenberg, 1986) en su forma abreviada y adaptada al alemán (WAI-SR; Munder et al., 2010). Las modificaciones realizadas a los ítems del instrumento BPSR tienen por fin homologar las versiones para terapeutas y pacientes en cuanto a su cantidad, contenido, redacción y rango de las escalas de evaluación (Mander et al., 2013). En el instrumento SACiP, a diferencia del BPSR, todos los ítems son evaluados en escalas tipo Likert de 5 puntos. Los ítems resultantes para evaluar Activación de Recursos, tanto para terapeutas como pacientes son tres: “En la sesión de hoy, el paciente (yo), pudo (pude) sentir dónde están sus (mis) fortalezas; A través de la sesión de hoy, el paciente (yo) pudo (pude) mejorar su (mi) autoimagen; Hoy día, yo, (el terapeuta) usé (usó) intencionalmente las habilidades del paciente (mis habilidades) a favor de la terapia” (Mander et al., 2013, p 108. Traducción propia. Las variaciones de la forma para pacientes se muestran entre paréntesis).

El instrumento ITPQ incorpora ítems de los instrumentos SACiP y Scale of the Therapeutic Alliance-Revised (STA-R; Brockmann et al., 2011), además de desarrollar nuevos ítems para evaluar los constructos Temores del paciente e Interferencia del Terapeuta,

desarrollados por Hatcher y Shannon (2005). Los ítems para evaluar Activación de Recursos son idénticos al instrumento SACiP.

Finalmente, el instrumento FEPiG, recoge y adapta los ítems del instrumento SACiP al contexto de terapia grupal, e incorpora ítems para evaluar la variable Cohesión Grupal a partir de la escala Therapeutic Factor Inventory (TFI; MacNair-Semands, Ogrodniczuk & Joyce, 2010). Para evaluar Activación de Recursos el instrumento FEPiG utiliza los 3 ítems de la escala SACiP e incorpora 3 adicionales: “Después de la sesión grupal de hoy, tengo más confianza en mí mismo; La reunión del grupo de hoy me dio valor; Las actividades y el contenido de la reunión del grupo de hoy me dieron esperanza” (Vogel, Blanck, Bents, & Mander, 2016, p 174. Traducción propia.).

Relación entre el mecanismo Activación de Recursos y otras variables

Los artículos seleccionados, en conjunto, ofrecen evidencia respecto de la relación entre el mecanismo de Activación de Recursos y tres aspectos de la psicoterapia, a saber: Resultados terapéuticos (n= 10); Variables de proceso (n= 6), y; Entrenamiento de terapeutas (n= 1). Respecto de los resultados terapéuticos, los artículos ofrecen evidencia respecto de resultados finales de tratamiento (n=10) y resultados evaluados en distintos momentos de la terapia (n=3). Respecto de las variables de proceso, los artículos aportan evidencia respecto de la relación de Activación de Recursos con otros mecanismos genéricos descritos por Grawe (1997) (n= 4), en adelante abreviados como MGG; Alianza Terapéutica (Bordin, 1979) (n= 3), y; Etapas de Cambio (Prochaska & DiClemente, 1983) (n=2).

1) Activación de Recursos y Resultados terapéuticos:

Entre los diez artículos que aportan evidencia respecto de resultados terapéuticos, ocho de ellos presentan evidencia a favor de la relación entre el mecanismo de Activación de Recursos y resultados terapéuticos, uno presenta evidencia dividida y uno en contra:

Evidencia a Favor:

Gassmann y Grawe (2006) exploran la relación entre los mecanismos Activación de Problemas y Activación de Recursos, así como la relación de dichos mecanismos con los resultados terapéuticos finales de tratamiento. Los autores reportan que, en terapias con bajos resultados terapéuticos, los terapeutas realizaban una cantidad significativamente menor de intervenciones activadoras de recursos, comparado con los terapeutas de terapias con resultados moderados ($N = 30, t = -2.8, df = 18, p < .05$) y resultados altos ($N = 30, t = -2.9, df = 17, p < .05$). No se encontraron diferencias significativas entre los terapeutas de terapias con resultados moderados y altos.

Flückiger, Caspar, Grosse Holtforth y Willutzki (2009) evalúan los efectos de estrategias específicas de Activación de Recursos en los resultados terapéuticos, y reportan una correlación significativa entre la cantidad total de intervenciones activadoras de recursos realizadas por el terapeuta y cambios en la evaluación de la autoestima de los consultantes evaluados pre y post tratamiento ($r = .52, p < .05$). Adicionalmente, los autores reportan una correlación significativa entre la calidad de las intervenciones activadoras de recursos (desde ignorar completamente los recursos hasta el énfasis explícito y contextualizado) y el logro de objetivos terapéuticos ($r = .39, p < .01$).

Znoj et al. (2010) exploran mecanismos que podrían favorecer los resultados terapéuticos de una intervención grupal. Los mecanismos evaluados son: Activación de Recursos, Maestría, Clarificación, Activación de Problemas, Alianza Terapéutica, Progreso en la Terapia, Autoeficacia, y Experiencias Correctivas. Todos los mecanismos evaluados, excepto Activación de Problemas, mostraron alguna correlación significativa con resultados en al menos uno de los momentos del proceso terapéutico. Sin embargo, sólo los mecanismos Activación de Recursos y Progreso en la Terapia mostraron correlaciones significativas con resultados en todas las etapas del proceso. Específicamente, respecto al mecanismo de Activación de Recursos, los autores reportan las siguientes correlaciones con resultados terapéuticos: Fase inicial ($r = .42, p < .05$); Fase media ($r = .48, p < .05$); Fase final ($r = .45, p < .05$), y; Terapia completa ($r = .5, p < .01$).

Stangier et al. (2010) comparan el grado en que el trabajo terapéutico se enfoca en el uso de MGG entre dos terapias manualizadas (Terapia Cognitiva y Terapia Interpersonal) para el tratamiento de la Fobia Social, y su relación con los resultados terapéuticos. Desde la perspectiva del terapeuta, los autores reportan un nivel significativamente más alto a favor de la Terapia Cognitiva en cuanto al grado en que la actividad terapéutica se centra en algunos MGG, entre ellos Activación de Recursos ($F(1,60) = 11, 66, p < .01$). Sin embargo, esta diferencia no se encuentra desde la perspectiva del paciente. Los autores no encontraron tampoco diferencias significativas entre ambos enfoques terapéuticos, por sí mismos, respecto de los resultados terapéuticos. Por otro lado, entre 24 modelos predictivos realizados, que incluyen cada una de las variables incluidas en el estudio, evaluadas tanto desde la perspectiva del terapeuta como del consultante, así como la interacción entre ellas, sólo se observaron efectos significativos para dos modelos, siendo la variable Activación de

Recursos, evaluado desde la perspectiva del terapeuta, el principal predictor de resultados del estudio, independiente del enfoque terapéutico ($B= 1.458$, $SE= .584$, $Wald= 6.244$, $p=.012$, $Exp (B)= 4.299$). El segundo modelo con efectos significativos fue para la variable Activación de Problemas ($B= 1.130$, $SE= .566$, $Wald= 3.986$, $p=.046$, $Exp (B)= 3.097$), que sólo se observó en el grupo de Terapia Conductual.

Mander et al. (2013), presentan la construcción y validación del instrumento SACiP, y evalúan su capacidad para predecir resultados terapéuticos. Desde la perspectiva del terapeuta se encuentran correlaciones significativas con resultados terapéuticos para las variables: Vínculo Emocional; Acuerdo en Colaboración (categoría que incluye Acuerdo sobre Metas y Acuerdo sobre Tareas); Maestría, y; Activación de Recursos. Siendo esta última variable la que presenta la correlación más alta ($r= .16$, $p<.05$). Desde la perspectiva del paciente Activación de Recursos muestra una correlación significativa positiva ($r= .22$, $p<.05$), y ocupa un cuarto lugar luego de Acuerdo de Colaboración ($r= .24$, $p<.001$), Clarificación ($r= .23$, $p<.001$) y Maestría ($r= .23$, $p<.001$).

Mander et al. (2014) exploran la relación entre los MGG y Alianza Terapéutica con los resultados terapéuticos finales, reportando que tres variables son capaces de predecir resultados terapéuticos, a saber: Activación de Recursos ($F(1, 231.98)= 14.43$, $p <.001$) Vínculo Emocional ($F(1, 227.56)= 10.90$, $p <.001$); y Clarificación ($F(1, 230.92)= 13.23$, $p <.001$).

Mander et al. (2015a) estudian la relación entre los distintos MGG y Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMT) definidos por Young (1990), así como la relación entre

dichas variables y resultados terapéuticos. Los MGG fueron evaluados desde las perspectivas de pacientes y de terapeutas. Los datos del estudio muestran que sólo la evaluación desde la perspectiva del paciente mostró correlaciones significativas entre algunos MGG y resultados globales del tratamiento. Específicamente, Activación de Recursos mostró una correlación con reducción de sintomatología general ($r = .23, p < .05$) y estrés percibido ($r = .33, p < .01$), pero no con problemas interpersonales, que fue la tercera variable utilizada para evaluar resultados terapéuticos. Ninguno de los MGG mostró correlaciones con más de dos de las tres variables utilizadas para evaluar resultados terapéuticos. Adicionalmente, los autores realizaron análisis de correlación entre cada uno de los MGG y los EMT, los cuales arrojaron correlaciones negativas significativas entre Activación de Recursos, Vínculo y Maestría y los ETM Desconexión y Rechazo; Deterioro de Autonomía y Desempeño, y; Deterioro de Límites. Todas las correlaciones estuvieron en el rango $-.42 \leq r \leq -.29$, y se observaron sólo desde la perspectiva de pacientes. Adicionalmente, a través de distintos modelos de regresión para cada uno de los mecanismos del estudio, se observó un efecto predictivo significativo bidireccional de Activación de Recursos sobre (la disminución de) Deterioro de límites ($\beta = -.18$ and $p = .036$), y (la disminución de) Deterioro de límites sobre Activación de Recursos ($\beta = -.21$ and $p = .044$). Ningún otro mecanismo mostró efectos significativos en los modelos de regresión realizados.

Mander et al. (2015b) presentan el desarrollo del instrumento ITPQ. A través del análisis factorial exploratorio, los autores observan que los ítems para evaluar Activación de Recursos cargan en el mismo factor que los ítems que evalúan Maestría por lo que consideran ambos mecanismos como uno solo, al cual denominan “Recursos y Maestría”. Posteriormente, a través de una serie de modelos de efectos mixtos realizados (uno por cada

mecanismo), reportan que cada uno de los mecanismos muestra una relación significativa con los resultados terapéuticos finales. Desde la perspectiva del paciente, el mecanismo Recursos y Maestría, en particular, fue capaz de predecir resultados terapéuticos ($F(1,1522.86)= 12.71, p<0.001$). Adicionalmente, desde esta misma perspectiva se detallan correlaciones significativas entre el mecanismo Recursos y Maestría y severidad de sintomatología (0.14, $p<.05$), estrés percibido (0.22, $p<.01$) y experiencia durante la internación (0.41, $p<.01$). Desde la perspectiva del terapeuta se observó una correlación significativa con estas mismas variables de resultados (0.15, $p<.01$; 0.23, $p<.01$, y; 0.16, $p<.05$, respectivamente). No se encontraron correlaciones significativas entre el mecanismo Recursos y Maestría y la variable de resultados terapéuticos Problemas Interpersonales, desde ninguna de las perspectivas.

Evidencia dividida:

Flückiger, Zinbarg, Znoj y Ackert (2014) exploran la temporalidad (“*timing*”) y frecuencia de expresión de las variables Activación de Recursos y Expresión de Emocionalidad Negativa, y la relación entre la aparición de cada una de estas variables durante la fase inicial del proceso terapéutico con los resultados terapéuticos finales. Los autores realizan un análisis de predicción múltiple para las variables Activación de Recursos y Expresión de Emocionalidad Negativa, reportando que ambos juntos logran predecir el 62% de la varianza del resultado final de la terapia ($F(4,19)= 6.1; p <.01$). Ahora bien, respecto de la variable Activación de Recursos, por sí sola, exploran la correlación entre subtemas, evaluados desde la perspectiva de los pacientes, con resultados terapéuticos; y reportan que el sub-tema “Competencias” mostró una correlación significativa ($r= .56 p<.01$), y los otros dos sub-temas, a saber, Objetivos Personales y Reinterpretaciones

Positivas, mostraron correlaciones negativas con resultados terapéuticos ($r = -.68$ $p < .01$) y ($r = -.67$ $p < .01$), respectivamente. Con relación a los resultados negativos, Flückiger et al. (2014) señalan que las características de los participantes (pacientes con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada, con alto nivel de sintomatología ansiosa) y la revisión de fichas clínicas de los casos, permiten suponer que los contenidos de las tematizaciones observadas de Objetivos Personales pudieran haber estado relacionados con expresión de preocupaciones, más que dar cuenta de la capacidad de autorreflexión de los pacientes; y, que las Reinterpretaciones Positivas observadas pudieran ser parte de mecanismos de regulación de emociones negativas, más que una autoafirmación de sus capacidades.

Evidencia en contra:

Sander, Zobel, Dykieriek y Schramm (2013) exploran la relación entre los distintos MGG, Alianza Terapéutica y los resultados globales de la terapia. Los autores realizaron distintos análisis de varianza para cada una de las variables y dos grupos: terapias con y sin resultados terapéuticos. Los autores reportan resultados significativos para sólo dos de las variables, únicamente cuando estas son evaluadas desde la perspectiva del paciente, a saber: Maestría ($F(1,28) = 7.38$, $< .05$) y Clarificación ($F(1,28) = 5.98$, $< .05$). No se encontraron resultados significativos para Activación de Recursos ni otra variable sobre resultados terapéuticos desde ninguna de las dos perspectivas.

2) Activación de Recursos y Variables de proceso

Entre los artículos seleccionados, siete de ellos aportan evidencia a favor de la relación entre el mecanismo Activación de Recursos y tres variables de proceso distintas, a saber: Etapas de Cambio y otros MGG provenientes del marco conceptual de Grawe (1997):

Activación de Recursos y otros MGG:

Smith y Grawe (2003) exploran la relación entre 23 distintas variables de proceso y la experiencia de Productividad de la sesión, la cual es medida a través de la evaluación del paciente respecto de los mecanismos Maestría, Clarificación y Autoeficacia. Entre las variables evaluadas, el mejor predictor de Productividad resultó ser Activación de Recursos; específicamente, el ajuste entre las intervenciones del terapeuta y las habilidades y recursos del consultante, denominado como Responsividad. Cuando este ajuste ocurre, la probabilidad de que el paciente experimente la sesión como productiva es de un 61%. En cambio, cuando el paciente siente las intervenciones del terapeuta como lejanas a sus capacidades, la probabilidad de la experiencia de Productividad de la sesión desciende a 21%. La siguiente variable que contribuye con mayor peso en esta experiencia, siempre que coexista con un alto nivel de Responsividad, es la manera de abordar los problemas: Mientras mayor sea el énfasis hacia el cambio, mayor es la probabilidad de que el paciente lo perciba como productivo, llegando a un 85%. En cambio, si el énfasis de los problemas está puesto en estados, la probabilidad de experiencia de productividad se reduce a un 41%. Ahora bien, ante un alta Responsividad y énfasis de los problemas puesto en cambios, los autores reportan que el patrón más productivo ocurre cuando los problemas no son altamente activados emocionalmente (98% de probabilidad de productividad). En contraste, el patrón de menor probabilidad de Productividad corresponde a: baja Responsividad, bajo reconocimiento de

los recursos del paciente por parte del terapeuta y mala calidad de vínculo terapéutico (2% de probabilidad de experiencia de Productividad de la sesión).

Smith y Grawe (2005) investigan patrones de combinación de distintos mecanismos de cambio (Activación de Recursos; Vínculo Terapéutico; Involucración del Terapeuta; Discusión de Problemas; Activación de Problemas; y Contribución del Paciente en la discusión del Problema), y señalan que, durante la primera mitad de la terapia, se observan múltiples patrones relacionados con una alta experiencia de Productividad por parte del paciente, pudiendo estar presentes o faltar distintos mecanismos, excepto Activación de Recursos; cuando este último falta, el paciente suele percibir la sesión como poco productiva. El patrón con mayor frecuencia de baja Productividad (16% de los casos) incluye: buena Calidad del Vínculo; alto nivel de Contribución del terapeuta y paciente en la discusión de problemas; alto nivel de Activación de Problemas, y; bajo nivel de Activación de Recursos. A medida que la terapia alcanza su fase media el patrón con mayor frecuencia de experiencia de Productividad de la sesión implica que ocurran los siete procesos evaluados en un nivel alto (15% de los casos). Y, de la mitad de la duración de la terapia en adelante, los patrones en que se observa mayor experiencia de productividad incluyen: una disminución del foco en los mecanismos de Tematización de Problemas y Activación de Problemas, manteniendo alto el nivel de Activación de Recursos (14% de los casos).

Gassmann y Grawe (2006) realizan distintos análisis de micro proceso respecto de las conductas de Activación de Recursos en terapeutas y consultantes en sesiones “exitosas” y “no exitosas”. Al igual que Smith y Grawe (2003; 2005), para evaluar resultados de la sesión utilizan la evaluación del paciente respecto de los mecanismos Clarificación y

Maestría. Los autores reportan que en sesiones evaluadas como “exitosas” los terapeutas realizan intervenciones de Activación de Recursos con una frecuencia, en todo momento, por sobre la media de la muestra, con un incremento considerable al inicio y final de estas sesiones. En cambio, en las sesiones “no exitosas”, se observa que los terapeutas rara vez realizan alguna intervención de Activación de Recursos antes del último cuarto de la sesión. Adicionalmente, en sesiones “no exitosas” los autores refieren la existencia de una correlación cruzada negativa significativa, a lo largo de la sesión, entre la conducta de Activación de Recursos de terapeuta y paciente. Respecto a estos análisis solo se reportan datos expresados gráficamente.

Flückiger et al. (2009) analizan el efecto aislado de las intervenciones de Activación de Recursos, desagrupadas en tres “clusters”, según el foco temático de la intervención, a saber: a) Competencias personales e interpersonales; b) Objetivos personales, y; c) Resignificaciones positivas. Específicamente, las intervenciones enfocadas en las Competencias de los consultantes mostraron correlaciones significativas con Alianza Terapéutica ($r=.37$, $p<.01$), Activación de Problemas, ($r=.48$, $p<.01$) y Maestría ($r=.44$, $p<.01$); las intervenciones enfocadas en Objetivos mostraron una correlación significativa con Activación de Problemas ($r=.36$, $p<.01$), Maestría ($r=.35$, $p<.01$) y Clarificación ($r=.45$, $p<.05$), y; las enfocadas en Reinterpretaciones Positivas, mostraron un correlación inversa significativa con Activación de Problemas ($r= -.35$, $p<.01$). A su vez, la suma total de intervenciones activadoras de recursos mostró una correlación significativa con los mecanismos de Activación de Problemas ($r=.36$, $p<.01$), Maestría ($r=.45$, $p<.01$) y Clarificación ($r=.41$, $p<.01$).

Activación de Recursos y Etapas de Cambio:

Mander et al., (2014) exploran la relación entre las Etapas de Cambio (EC) descritas por Prochaska y DiClemente (1983), y los distintos MGG. La hipótesis central del estudio es que aquellos MGG que definen como Experienciales (Vínculo Terapéutico; Activación de Problemas; y Clarificación) debieran ser especialmente importantes en EC tempranas (Precontemplación y Contemplación), mientras que aquellos que definen como Conductuales (Activación de Recursos, Maestría y Acuerdo de Colaboración), serían más importantes en etapas avanzadas (Acción y Mantenimiento). Al respecto, los autores reportan que la EC Contemplación, en una fase inicial del proceso terapéutico, predice la aparición de mecanismos Conductuales hacia el final del tratamiento: ($b = .15, p < .05$). Y que, tanto los mecanismos Experienciales como los Conductuales, durante la fase inicial del proceso, predicen la EC Acción hacia el final del tratamiento: ($b = .13, p < .05$) y ($b = .16, p < .05$) respectivamente. Específicamente, para el mecanismo de Activación de Recursos, se encuentran las siguientes correlaciones significativas: Durante la fase inicial del tratamiento: Contemplación ($r = .15, < .05$), Acción ($r = .27, < .01$), y Mantenimiento ($r = .16, < .05$); durante la fase media del tratamiento: Acción ($r = .37, < .01$), y, para la fase final del tratamiento: Acción ($r = .49, < .01$).

Schaller et al. (2018) exploran la relación entre MGG y las EC, aplicado al contexto de intervención de psicoterapia grupal de corta duración. Las variables de dicho estudio fueron evaluadas al inicio (t_1 : segunda sesión) y final de la terapia (t_2 : séptima sesión). Respecto a los resultados del estudio, los autores reportan que los mecanismos Experienciales, al inicio de la terapia (t_1), predicen un alto puntaje para Contemplación hacia el final de la terapia (t_2): ($\beta = .20; p < .01$). A su vez, altos niveles de mecanismos Conductuales

al inicio de la terapia (t1), predicen un alto puntaje para Acción hacia el final de la terapia (t2): ($\beta = .17$; $p < .05$). Para el mecanismo de Activación de Recursos, medido de forma aislada, cuando este es evaluado al inicio de la terapia (t1), correlaciona significativamente con Contemplación (t1) ($r = .18$; $p < .05$), Acción (t1) ($r = .49$; $p < .001$) y Mantenimiento (t1) ($r = .21$; $p < .05$), al inicio de la terapia, así como con Contemplación ($r = .17$; $p < .05$) y Acción ($r = .41$; $p < .001$) hacia el final de la terapia (t2).

3) Activación de Recursos y entrenamiento de terapeutas

Flückiger y Grosse Holtforth (2008b) evalúan los efectos de una intervención/entrenamiento para terapeutas, cuyo objetivo es favorecer que estos aumenten el grado en que realizan intervenciones activadoras de recursos a lo largo del tratamiento. Para esto diseñaron un estudio no aleatorizado con grupo control, en el que los terapeutas del grupo de intervención: a) Previo a la primera sesión, discutían con un estudiante de magister entrenado en Activación de Recursos acerca de una evaluación realizada por el paciente sobre sus propios recursos; y b) Inmediatamente posterior a cada una de las primeras cinco sesiones, sostenían una reunión de cinco minutos, con el mismo estudiante de magister, acerca de cómo habían implementado intervenciones orientadas hacia la Activación de Recursos y qué nuevas intervenciones podría realizar en la próxima sesión.. Los terapeutas del grupo de intervención, a través de la subescala Activación de Recursos del instrumento BPSR-T, evaluaron más alto que el grupo control respecto a haber trabajado con los recursos de los consultantes, durante las primeras cinco sesiones. La mayor diferencia entre ambos grupos se observó en la sesión 3 ($\beta_{01}(\text{EXP}) = .57$, $t = 3.8$, $p < .001$, $d = .63$). Esta diferencia

tendía a desaparecer luego de la quinta sesión, una vez que ya no se sostenían las reuniones entre el terapeuta y el estudiante. No se realizó una evaluación de esta variable desde la perspectiva de los pacientes. Desde la perspectiva de observadores externos, ciegos a las condiciones de tratamiento, se encontraron diferencias significativas, a favor del grupo de intervención, respecto de la actividad de los pacientes relacionada con Activación de Recursos ($\beta_{01}(\text{EXP})5.13$, $t_{52.94}$, $p < .001$); sin embargo, cuando evaluaron la conducta de los terapeutas, no observaron diferencias significativas entre los grupos. Adicionalmente, los autores evalúan desde la perspectiva de terapeutas y pacientes, distintos efectos de corto y largo plazo de Activación de Recursos sobre Maestría y Alianza Terapéutica, encontrando diferencias significativas entre los grupos, a favor del grupo de intervención, sólo cuando fue evaluado desde la perspectiva de los terapeutas. Por otro lado, se evaluó la diferencia entre grupos respecto de los resultados terapéuticos finales (evaluado por los pacientes), encontrando diferencias significativas a favor del grupo de intervención respecto de la variable Severidad de Sintomatología ($F(1, 38) = 52.84$, $p < .05$), no así respecto de Emocionalidad ni de Problemas Interpersonales, que fueron las otras dos variables de resultados utilizadas. Cabe señalar que los pacientes eran ciegos respecto a su pertenencia a los grupos de intervención y control.

Discusión

A partir de los estudios seleccionados en la presente revisión, se encuentra evidencia mayoritariamente favorable respecto a la relación entre el mecanismo de Activación de Recursos y los resultados terapéuticos. La evidencia en contra o dividida acerca de esta relación, observada en dos de los artículos (Flückiger et al., 2014; Sander et al., 2013), es

posible pensar que obedece, al menos en parte, a características metodológicas de los estudios (tamaño muestral; análisis estadísticos realizados; sensibilidad y especificidad de los instrumentos utilizados, etc.). Respecto del estudio reportado por Sander et al. (2013), distintos aspectos de la metodología utilizada, incluido el diseño metodológico y el tamaño muestral, pudieran haber tenido un impacto en los hallazgos, no sólo respecto de Activación de Recursos, sino también de otras variables del estudio como por ejemplo, Alianza Terapéutica, para la cual no se observó efectos significativos, a pesar de la amplia evidencia empírica respecto de la relación de esta variable con resultados terapéuticos (Flückiger, Del Re, Wampold, & Horvath, 2018; Norcross & Wampold, 2011). Y, en el estudio reportado por Flückiger et al. (2014), por otro lado, el instrumento utilizado para evaluar el mecanismo Activación de Recursos (ROMA) evalúa presencia de temáticas relacionadas con este mecanismo y el grado de contribución de terapeuta y paciente a dicha tematización, pero no considera el contenido específico de estas tematizaciones, por lo que la explicación de los autores respecto de los resultados negativos observados es plausible. Por ejemplo, tanto terapeuta como paciente pudieran tematizar activa y colaborativamente acerca de objetivos personales del paciente, sin embargo, el énfasis de esta tematización pudiera estar puesto en temores o experiencias previas de fracaso y, aun así, el instrumento podría identificar dicho episodio como Activación de Recursos.

Ahora bien, respecto de distintos modos posibles de uso del mecanismo Activación de Recursos, cuándo utilizarlo o cómo entrenarlo para favorecer un mayor provecho terapéutico, la evidencia es bastante más limitada. Las investigaciones desarrolladas por Gassmann y Grawe (2006), y Smith y Grawe (2003; 2005) permiten suponer que el mecanismo de Activación de Recursos podría desempeñar un papel de condición mínima,

pero no suficiente, para la puesta en marcha y progreso del proceso terapéutico. En este sentido, las intervenciones orientadas hacia la Activación de Recursos, por sí mismas, no asegurarían el cambio e, incluso, podrían ser contraproducentes en determinadas circunstancias (Flückiger et al., 2014; Schaller et al., 2018; Smith & Grawe, 2005). De este modo, es necesario identificar cuándo, frente a quién y qué aspecto del mecanismo de Activación de Recursos poner en acción o enfatizar, en cada momento. Para comprender mejor estos aspectos se requiere todavía de mayor desarrollo de investigaciones de micro proceso. A modo de referencia, los estudios de Flückiger, Zinbarg, Znoj y Ackert (2014), y Smith y Grawe (2003; 2005), resultan interesantes respecto del uso de metodologías sofisticadas para esclarecer dichos aspectos, aunque debido a su complejidad y tamaño muestral requieren una inversión de recursos considerables para ser replicados. Por otro lado, el estudio de Gassmann y Grawe (2006) resulta interesante respecto al nivel de detalle específico y a su contribución al entendimiento de micro procesos, a partir de números muestrales relativamente pequeños y análisis estadísticos sencillos, siendo una alternativa comparativamente más plausible de replicar en contextos naturalistas y con una menor inversión de recursos.

Limitaciones

Las principales limitaciones del presente estudio se refieren a la heterogeneidad de diseños metodológicos, tipos de análisis estadísticos, tamaño y características diagnósticas de las muestras, y de instrumentos para evaluar Activación de Recursos y variables secundarias de los estudios incluidos. Esto, sumado a la homogeneidad respecto a la comunidad de autores y contexto geográfico-cultural de desarrollo de los estudios, sugieren interpretar con cautela la integración y generalización de la evidencia a la espera de más

estudios en distintos contextos. Adicionalmente, debido a limitaciones idiomáticas de los investigadores, se excluyeron artículos que reportaban resultados de estudios empíricos sobre el tema, en alemán, los cuales pudieran haber contribuido a esclarecer, robustecer o matizar algunos de los resultados discutidos en el presente artículo.

Conclusiones

Finalmente, es posible afirmar que, si bien la evidencia de los estudios es mayoritaria a favor de la relación entre Activación de Recursos y resultados terapéuticos, todavía es poco lo que se sabe sobre el modo de explotar el máximo potencial de este mecanismo para promover el cambio psicoterapéutico. Al mismo tiempo, los estudios de proceso y proceso-resultado sobre Activación de Recursos ofrecen datos promisorios, pero aún exploratorios. Los esfuerzos realizados en los 17 años transcurridos desde el primer artículo seleccionado en la presente revisión hasta la fecha han aportado aspectos promisorios respecto de comprensión de la contribución del mecanismo Activación de Recursos al cambio en psicoterapia, pero esta comprensión todavía está lejos de agotarse. En un modo figurativo, podría decirse que la investigación sobre Activación de Recursos, si bien ha crecido bastante, no ha cumplido aún su mayoría de edad y se beneficiaría bastante de salir a recorrer el mundo.

Referencias

Brockmann, J., Kirsch, H., Hatcher, R., Andreas, S., Benz, S., & Sammet, I. (2011). Dimensions of the Therapeutic Alliance from Patients' View - Development of the "Skala Therapeutische Allianz-Revised STA-R". *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 61(5), 208-215. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1263142>.

- Castronovo, M., Hirsch, H., & Hirsch, P. (s.f.). Guía y esquema gráfico para el uso de los recursos del consultante en terapia estratégica. Recuperado de <http://www.encyclopediasaludmental.org.ar/trabajo.php?id=14&idtt=39>
- Eysenck, H. J. (1994). Personality: Biological foundations. In P. A. Vernon (Ed.), *The neuropsychology of individual differences*. London: Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-718670-2.50011-6>.
- Flückiger, C., Caspar, F., Grosse Holtforth, M., & Willutzki, U. (2009). Working with patients' strengths: A microprocess approach. *Psychotherapy Research*, 19(2), 213-223. <https://doi.org/10.1080/10503300902755300>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Flückiger, C., & Grosse Holtforth, M. (2008a). Ressourcenorientierte Mikroprozess Analyse (ROMA) - Ressourcendiagnostik und Ressourcenaktivierung im Therapieprozess. (Resource-Oriented Microproces Analysis – ROMA.) [Special issue]. *Zeitschrift für Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1, 171–185.
- Flückiger, C., & Grosse Holtforth, M. (2008b). Focusing the therapist's attention on the patient's strengths: A preliminary study to foster a mechanism of change in outpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 876-890. <https://doi.org/10.1002/jclp.20493>
- Flückiger, C., Regli, D., Zwahlen, D., Hostettler, S., & Caspar, F. (2010). Der Berner Patienten- und Therapeutenstundenbogen 2000: Ein Instrument zur Erfassung von

- Therapieprozessen [The Bern Post Session Report for Patients and for Therapists 2000: An instrument to measure therapy processes]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie:Forschung und Praxis*, 39(2), 71-79. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000015>
- Flückiger, C., Zinbarg, R., Znoj, H., & Ackert, M. (2014). Resource activation in generalized anxiety: An observer-based microprocess analysis of patients' in-session outcomes. *Psychotherapy*, 51(4), 535–545. <https://doi.org/10.1037/a0034119>
- Gelso, C. J., & Woodhouse, S. (2003). Toward a positive psychotherapy: Focus on human strength. En W. B. Walsh (Ed.), *Counseling psychology and optimal human functioning* (pp 171-198). NY: Erlbaum.
- Gassmann, D., & Grawe, K. (2006). General change Mechanisms: The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 1–11. <https://doi.org/10.1002/cpp.442>
- Grawe, K. (1997). Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 7, 1–19. <https://doi.org/10.1080/10503309712331331843>
- Grawe K., Donati R., & Bernauer F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: von derKonfession zur Profession* [The change of psychotherapy. From confession to profession]. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Regli, D., Smith, E., & Dick, A. (1999). Wirkfaktorenanalyse—ein Spektroskop für die Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 31, 201–225.

- Harbin, J. M., Gelso, C. J., & Rojas, A. E. P. (2014). Therapist work with client strengths: Development and validation of a measure. *The Counseling Psychologist*, 42(3), 345–373. <https://doi.org/10.1177/0011000012470570>.
- Hatcher, R. L., & Shannon, P. A. (2005). The patient's collaborative alliance in therapy. unpublished manuscript.
- Hirsch, H., Castronovo, M., & Santangelo, L. (2016). ¿Cuáles son los recursos externos al consultante que el terapeuta puede examinar? *De Familias y Terapias*, 21-30.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. En L. S. Greenberg y W. M. Pincus, (Eds.), *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook* (pp. 529-556). Nueva York: Guilford.
- Krause, M., & Altimir, C. (2016). Introduction: Current developments in psychotherapy process research. *Estudios de Psicología*, 37(2-3), 201-225. <https://doi.org/10.1080/02109395.2016.1227574>
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.). New York: Wiley.
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (2001). *Practical meta-analysis*. Thousand Oaks: Sage.
- Lopez, S. (2008). *Positive psychology: Exploring the best in people*. Westport, CT: Praeger Publications.

- MacNair-Semands, R. R., Ogrodniczuk, J. S., & Joyce, A. S. (2010). Structure and initial validation of a short form of the Therapeutic Factors Inventory. *International Journal of Group Psychotherapy*, 60(2), 245–281. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2010.60.2.245>
- Mander, J., Wittorf, A., Schlarb, A., Hautzinger, M., Zipfel, S., & Sammet, I. (2013). Change mechanisms in psychotherapy: Multiperspective assessment and relation to outcome. *Psychotherapy Research*, 23(1), 105–116. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.744111>
- Mander, J., Wittorf, A., Klingberg, S., Teufel, M., Zipfel, S., & Sammet, I. (2014) The patient perspective on therapeutic change: The investigation of associations between stages of change and general mechanisms of change in psychotherapy research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(2) 122–137. <https://doi.org/10.1037/a0036976>
- Mander, J., Jacob, G., Götz, L., Sammet, I., Zipfel, S., & Teufel, M. (2015). Associations between Grawe's general mechanisms of change and Young's early maladaptive schemas. *Psychotherapy Research*, 25(2) 249–262. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.889330>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., & The PRISMA Group. (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. *Open Med*, 3(3), 123-130.
- Munder, T., Wilmers, F., Leonhart, R., Linster, H.W., & Barth, J. (2010). Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR): Psychometric properties in outpatients and inpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17(3), 231-239. <https://doi.org/10.1002/cpp.658>

- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy, 48*(1), 98–102. <https://doi.org/10.1037/a0022161>
- Regli, D., & Grawe, K. (2000). Die Berner Stundenbogen Version 2000—ein Forschungsinstrument [The Bern postsession reports—Research instrument. Unpublished manuscript, University of Bern, Bern, Switzerland.
- Schaller, G., Blanck, P., Vogel, E., Vonderlin, E., Bents, H., & Mander, J. (2018). Therapeutic processes in group therapy: Intersections between general change mechanisms and motivational stages of change from patient perspective, *European Journal of Psychotherapy & Counselling, 20*(3), 312-336. <https://doi.org/10.1080/13642537.2018.1495247>.
- Scheel, M., Davis, C., & Henderson, J. (2012). Therapist use of client strengths: a qualitative study of positive processes. *The Counseling Psychologist, 20*(10) 1-36.
- Sander, L., Zobel, I., Dykieriek, P., & Schramm, E. (2013). Common Factors in the treatment of chronic depression. Comparison of 2 psychotherapy methods. *Verhaltenstherapie, 22*, 228–235. <https://doi.org/10.1159/000345644>
- Seligman, M.E.P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*, 5-14.
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist, 32*, 752-760. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.9.752>

- Smith, E., & Grawe, K. (2003). What makes psycho-therapy sessions productive? A new approach to bridging the gap between process research and practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 275–285. <https://doi.org/10.1002/cpp.377>
- Smith, E., & Grawe, K. (2005). Which therapeutic mechanism Works when? A step towards the formulation of empirically validated guidelines for therapists' session-to-session decisions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 112–123. <https://doi.org/10.1002/cpp.427>
- Stangier, U., Von Consbruch, K., Schramm, E., & Heidenreich, T. (2010). Common factors of cognitive therapy and interpersonal psychotherapy in the treatment of social phobia. *Anxiety, Stress, & Coping*, 23(3), 289-301. <https://doi.org/10.1080/10615800903180239>
- Tarragona, M. (2006) Las Terapias Posmodernas: Una breve Introducción a la Terapia Colaborativa, la Terapia Narrativa y la Terapia Centrada en Soluciones. *Psicología Conductual*. 14(3) 511-532.
- Tarragona, M. (2013). Psicología Positiva y Terapias Constructivas: Una Propuesta Integradora. *Terapia psicológica*, 31(1), 115-125.
- Trösken, A. K., & Grawe, K. (2003). Das Berner Ressourceninventar—Instrumente zur Erfassung von Patientenressourcen aus der Selbst und Fremdbeurteilungsperspektive [The Bern resource inventories—Instruments of assessing patients resources for self and observer report]. In Schemmel H. & Schaller, J. (Eds.), *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit* (pp. 195–217). Tübingen, Germany: dgvt.

- Vogel, E., Blanck, P., Bents, H., & Mander, J. (2016). Wirkfaktoren in der Gruppentherapie: Entwicklung und Validierung eines Fragebogens [Effective factors in group therapy: Development and validation of a questionnaire]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 66(5), 170–179. <https://doi.org/10.1055/s-0042-104495>
- von Consbruch, K., Flückiger, C., Stangier, U., Beutel, M., Herpertz, S., Hoyer, J... Wiltink, J. (2013). WIFA-k: Ein neues Messinstrument zur zeitökonomischen Erfassung allgemeiner Wirkfaktoren nach Grawe. [WIFA-k: A new instrument for a time-efficient assessment of common factors in psychotherapy]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 63, 286–289. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1331206>
- Wampold, B., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). New York, NY: Routledge.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Znoj, H.-J., Messerli-Burgy, N., Tschopp, S., Weber, R., Christen, L., Christen, S., & Grawe, K. (2010). Psychotherapeutic process of cognitive behavioral intervention in HIV-infected persons: Results from a controlled, randomized prospective clinical trial. *Psychotherapy Research*, 20(2), 203-213. <https://doi.org/10.1080/10503300903246663>

Artículo 2. Una herramienta para la investigación en psicoterapia, uso clínico y entrenamiento de terapeutas: Adaptación al español, análisis de validez y confiabilidad de la escala Activación de Recursos del instrumento WIFA-K

Una herramienta para la investigación en psicoterapia, uso clínico y entrenamiento de terapeutas: Adaptación al español, análisis de validez y confiabilidad de la escala Activación de Recursos del instrumento WIFA-K

José Domingo Salvo Rivera: Psicólogo, Pontificia Universidad Católica de Chile. Terapeuta Individual y familiar. Magister en Psicoterapia, Pontificia Universidad Católica de Chile. Supervisor Clínico, Centro MIP, Investigador doctoral, MIDAP. jdsalvo@uc.cl

María Irene Rojas Corradini: Psicóloga Universidad de Chile. Terapeuta individual, de parejas y sexualidad. Especialista en terapia estratégica y Supervisora clínica Centro MIP. mircorradini@hotmail.com

Mariane Krause Jacob: Psicóloga, Pontificia Universidad Católica de Chile. Doctora en Psicología, Freie Universität Berlin. Investigadora asociada, MIDAP. mkrause@uc.cl

Mandy Schönfeld: Psicóloga, Friedrich-Schiller Universität Jena. Magister en Psicología Clínica y Psicoterapia, Technische Universität Dresden. mandy.schoenfeld@gmail.com

Resumen: El presente artículo expone la traducción y adaptación al español, así como los análisis de confiabilidad y validez de constructo de la escala Activación de Recursos del instrumento Wirkfaktoren-K (WIFA-K; von Consbruch et al., 2013). Este esfuerzo constituye la primera validación en idioma español de un instrumento que permite evaluar el mecanismo Activación de Recursos descrito por Grawe (Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Grawe, 1997). Los resultados dan cuenta de una alta confiabilidad de la escala ($\alpha = 0,714$) y apoyan su uso con confianza en su adaptación al español. Finalmente, se discute la utilidad del instrumento para fines de investigación, clínicos y de entrenamiento de terapeutas.

Palabras Clave: Psicoterapia, Activación de Recursos, factores genéricos de cambio, WIFA-K, medición.

Introducción

El presente artículo tiene por objetivo evaluar la validez de constructo y confiabilidad de la escala Activación de Recursos del instrumento Wirkfaktoren-K (WIFA-K; von Consbruch et al., 2013), en su traducción y adaptación al idioma español. El instrumento original completo, publicado en alemán, incluye distintas subescalas para cada uno de los mecanismos genéricos de cambio descritos por Grawe (Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Grawe, 1997), a saber: Activación de Recursos; Activación de Problemas; Clarificación; y Maestría. Y, adicionalmente, una quinta subescala para evaluar Alianza Terapéutica. La decisión de adaptar exclusivamente la subescala de Activación de Recursos se justifica en la sugerencia de los autores del instrumento respecto de su uso parcial, a partir de las diferencias de confiabilidad observadas para las distintas escalas, donde la escala Activación de Recursos

es la única que presenta un nivel alto de confiabilidad (von Consbruch et al., 2013), así como la disponibilidad, al menos para la variable de Alianza Terapéutica, de otras escalas observacionales validadas que han demostrado mayor confiabilidad (Alexander y Luborsky, 1986; Hartley y Strupp, 1983; Horvath y Greenberg, 1986). Futuros esfuerzos de validación y perfeccionamiento de las restantes escalas, sin embargo, podrían contribuir a esclarecer la relación entre el mecanismo de Activación de Recursos y el resto de los mecanismos genéricos descritos por Grawe en su contribución al cambio en psicoterapia.

Activación de Recursos como mecanismo transteórico de cambio en psicoterapia

El interés teórico y clínico por el uso de los recursos de los consultantes al servicio del cambio puede remontarse hasta los orígenes de la psicoterapia. A modo de ejemplos no exhaustivos, podrían citarse las consideraciones de Freud en 1915 sobre la necesidad y capacidad de amar y ser amado del paciente y su uso al servicio del trabajo terapéutico (Freud, 2000); el concepto de Alianza Terapéutica de Zetzel (1956), en el sentido de usar las partes sanas del Yo al servicio del logro de los objetivos terapéuticos; El concepto de autoactualización en Rogers (1961), en el sentido de la orientación de la terapia y la actitud del terapeuta a favorecer la expresión de las capacidades y potencialidades del cliente; o bien, las distintas intervenciones desarrolladas en el contexto de la Terapia Breve Centrada en las Soluciones (de Shazer et al., 1986) para la búsqueda y amplificación de los recursos de los consultantes, como las preguntas de escalas, preguntas por excepciones, pregunta por el milagro, etc.

Ahora bien, Scheel et al. (2012) observan que el interés de la investigación empírica sobre los recursos de los consultantes es bastante más tardío, y atribuyen el impulso que ha

experimentado a partir del presente siglo a 3 fuentes: 1) Al desarrollo de aproximaciones constructivistas o contextuales en psicoterapia de finales del siglo XX; 2) Al llamado de Seligman (1999) a reconducir el foco de la investigación en psicología hacia lo que denominó Psicología Positiva, y; 3) Al llamado de Gelso y Woodhouse (2003) a desarrollar el counseling psicológico a través de la investigación sobre el uso de los recursos de los clientes. Por otro lado, como una cuarta fuente de este impulso, puede considerarse el interés de la investigación empírica de finales del siglo XX sobre factores comunes a las distintas escuelas de psicoterapia relacionados con el cambio terapéutico, una vez que se hubo despejado las dudas sobre la efectividad de la psicoterapia en general o las posibles diferencias de efectividad interesuelas (Eysenck, 1994; Goldfried, Raue & Castonguay, 1998; Stiles, Shapiro & Firth-Cozens, 1990).

En este contexto, a partir de la revisión de la literatura empírica y los primeros metaanálisis sobre efectividad en psicoterapia, Grawe (Grawe et al., 1994; Grawe, 1997), abstrae teóricamente cuatro mecanismos, comunes a las distintas formas de psicoterapia, que propone como responsables activos del cambio, a saber: Clarificación; Maestría; Actuación de Problemas y Activación de Recursos. Grawe (1997) describe este último como el “aprovechamiento en favor del trabajo terapéutico de aquello que el paciente trae consigo a terapia, específicamente, en términos de disposición motivacional y habilidades” (p6, Traducción propia). Adicionalmente, serían parte de este mecanismo los esfuerzos del terapeuta por adaptar la ayuda ofrecida con el fin de que el paciente pueda tener una experiencia de sí mismo en términos de sus fortalezas y aspectos positivos (Grawe, 1997).

Desde principios del presente siglo, distintos estudios han aportado evidencia acerca de la relación entre el mecanismo Activación de Recursos descrito por Grawe (Grawe et al.,

1994; Grawe, 1997) y los resultados globales de la psicoterapia (Gassman & Grawe, 2006; Flückiger, Caspar, Grosse Holtforth & Willutzki, 2009; Mander et al., 2013; 2015a; Stangier et al., 2010; Znoj et al., 2010); la experiencia de productividad de la sesión (Smith & Grawe, 2003; 2005), y; la Alianza Terapéutica (Flückiger, et al., 2009; Flückiger & Grosse Holtforth, 2008a). Sin embargo, la investigación empírica sobre cómo este mecanismo contribuye al cambio, cómo interactúa con otros mecanismos, o qué distinguiría un manejo experto de un manejo inexperto es aún limitada (Castronovo & Hirsch, 2013; Castronovo, Hirsch & Hirsch, 2020; Harbin, Gelso & Rojas, 2014; Salvo, aceptado). Nuevos esfuerzos de investigación sobre estos mecanismos podrían contribuir a la comprensión de cómo ocurre el cambio en psicoterapia, ofrecer guías para la toma de decisiones terapéuticas y contribuir al entrenamiento de habilidades específicas en la formación de terapeutas.

Instrumentos para la evaluación del mecanismo Activación de Recursos

Una revisión sistemática reciente de la literatura empírica sobre Activación de Recursos (Salvo, aceptado) describe siete instrumentos que permiten evaluar este mecanismo en sesiones de psicoterapia, los cuales se resumen en la Tabla 1, a saber: Therapy Spectrum Analysis (TSA; Grawe et al., 1999); Consistency Theory Micro-Process Analyses (CMP; Gassmann 2002); Ressourcenorientierte Mikroprozessanalyse (ROMA-T/P; Flückiger & Grosse Holtforth, 2008b); Bern Post Session Report (BPSR-P/T; Flückiger et al., 2010; Regli & Grawe, 2000); Multiperspective Assessment of General Change Mechanisms in Psychotherapy (SACiP; Mander et al., 2013), Individual Therapy Process Questionnaire (ITPQ; Mander et al., 2015b), y; Form for the Evaluation of Therapeutic Processes in Group Therapy (FEPiG; Vogel, Blanck, Bents & Mander, 2016). Respecto de los instrumentos incluidos en dicha revisión, TSA, CMP y ROMA fueron desarrollados para evaluar la

actividad del terapeuta y paciente desde la perspectiva de observadores externos. Por otro lado, los instrumentos BPSR, SACiP, ITPQ y FEPiG corresponden a instrumentos de auto reporte para terapeutas y pacientes, para ser contestados posterior a la sesión. Para una descripción más detallada de estos instrumentos ver Salvo (2020). El instrumento WIFA-K no fue incluido en dicha revisión, debido a que no se encontró publicaciones de estudios que lo hubiese utilizado, fuera del artículo del estudio de confiabilidad desarrollado por sus autores donde presentan el instrumento (von Consbruch et al., 2013). Este instrumento se describe en detalle más adelante en el presente artículo.

Método

Participantes

Jueces expertos: Para evaluar la validez de constructo de la escala Activación de Recursos del instrumento WIFA-K, se contó con cinco psicólogos clínicos que se desempeñaron como jueces expertos, evaluando el grado en que la definición de Activación de Recursos ofrecida en la escala, en su traducción al español, describe de manera coherente y clara dicho constructo y operacionaliza distintos niveles de presencia de la variable. Los jueces expertos tenían, en promedio, 56 años (DS= 10,9); 33 años de experiencia en el ejercicio de la psicoterapia (DS= 10,6); 24 años ejerciendo docencia en psicoterapia (DS= 13), y 20 años ejerciendo supervisión clínica (DS= 11,7). Tres de los jueces fueron mujeres y dos hombres; Los cinco contaban con título profesional de psicólogo, tres contaban con título de magister, y uno con estudios clínicos de postítulo. Uno de los jueces identificó su orientación teórico-clínica como Sistémica; uno como Estratégica; dos como Sistémica-Estratégica; y uno como Sistémica-Estratégica y Centrada en las Emociones.

Sesiones de psicoterapia: Para la evaluación de confiabilidad se utilizó una muestra de 8 sesiones de psicoterapia individual, grabadas en video, correspondientes a la primera sesión de 8 procesos terapéuticos distintos; desarrolladas por 8 terapeutas y 8 pacientes distintos. Todas las sesiones fueron realizadas en Santiago de Chile, en el marco del “Postítulo de Entrenamiento en Terapia Breve” de orientación Constructivista Estratégica, dictado en el Centro de Entrenamiento en Psicoterapia y Coaching, Centro MIP. Si bien todas las terapias se enmarcaron en una misma orientación teórico-clínica, y fueron supervisadas durante su desarrollo, estas no eran manualizadas, pudiendo tener distintos procedimientos, estrategias, técnicas, etc., que el equipo de terapeutas y supervisores consideraran atingentes para cada caso. Dado el contexto señalado, todas las sesiones fueron realizadas en Cámara de Gessel, dotada de un espejo unidireccional, detrás del cual estaban presentes entre uno y cuatro supervisores clínicos, docentes de dicho postítulo, así como el resto de los alumnos del curso correspondiente.

Pacientes: El promedio de edad de los pacientes que participaron de las sesiones incluidas en la muestra fue de 43 años ($DS= 10,7$), con un rango de 25 a 68, de los cuales 6 eran mujeres y 2 hombres. Todos los pacientes fueron atendidos de manera ambulatoria y ninguno de ellos presentaba trastornos psicóticos, orgánicos o relacionados con sustancias.

Terapeutas: Los terapeutas que participaron de las sesiones tenían, en promedio, 5 años de experiencia ejerciendo psicoterapia ($DS= 3,4$); siete de ellos eran mujeres y uno era hombre. Todos los terapeutas participantes de este estudio contaban con título de psicólogo y se encontraban cursando el segundo año de Postítulo de Entrenamiento en Terapia Breve en el Centro de Entrenamiento en Psicoterapia y Coaching, Centro MIP al momento de desarrollar la sesión.

Para formar parte del estudio, todos los participantes firmaron un consentimiento informado que explicaba los objetivos del estudio y los resguardos de confidencialidad de los participantes.

Instrumentos

Wirkfaktoren-K, Escala Activación de Recursos (AR): El instrumento WIFA-K fue desarrollado por von Consbruch et al. (2013) para evaluar cuantitativamente el grado en que la actividad del terapeuta se orienta a trabajar con cada uno de los mecanismos genéricos de cambio descritos por Grawe (1997) a lo largo de una sesión completa de psicoterapia, contando con una subescala para cada mecanismo (Activación de Recursos, Activación de Problemas, Maestría y Clarificación). Adicionalmente, incluye una quinta subescala para evaluar Alianza Terapéutica. Específicamente, la escala AR define como criterio de presencia de dicho mecanismo, el grado en que el terapeuta: Considera la disposición motivacional y capacidades existentes del paciente para afrontar problemas; Retroalimenta al paciente acerca de los avances logrados en terapia; Atribuye los cambios observados a los esfuerzos del paciente, y; Señala aspectos positivos de las conductas definidas inicialmente como problemáticas. A partir de estos criterios, la escala evalúa el conjunto de las intervenciones del terapeuta durante la sesión en una escala de 7 puntos (0 a 6), tal como se puede apreciar en la Tabla 2.

En el artículo donde sus autores presentan el instrumento WIFA-K y su confiabilidad (von Consbruch et al., 2013), la escala AR presenta un alto grado de acuerdo interjueces, con un Índice de Correlación Interclase de 0,78. Sin embargo, para el resto de las subescalas, los autores reportan niveles moderados de confiabilidad, entre 0,56 y 0,66.

Una revisión sistemática de la literatura empírica reciente sobre activación de recursos (Salvo, aceptado), no encontró otros estudios empíricos publicados, distinto al artículo de validación original del instrumento, que utilizara dicha escala u ofreciera datos adicionales sobre la confiabilidad o validez del instrumento, ni se encontró otras traducciones o adaptaciones, completas ni parciales a otros idiomas.

Encuesta de validez de constructo WIFA-K: AR. Esta encuesta fue elaborada, en el contexto del presente estudio, específicamente para evaluar la validez de constructo de la escala AR del instrumento WIFA-K, desde la perspectiva de jueces expertos. Esta encuesta se presenta de manera íntegra en el Anexo 1. En ella se presenta la escala AR original completa y se pide evaluar, en una escala tipo Likert de 5 puntos, el grado en que cada elemento describe de manera clara y coherente tanto la característica principal de Activación de Recursos como los distintos grados de presencia de esta variable. Adicionalmente, para cada elemento evaluado, la encuesta ofrece un espacio libre para incluir comentarios que permitan comprender cualitativamente las impresiones y evaluaciones realizadas por los jueces expertos.

Procedimiento

La adaptación y validación de la escala AR consideró las siguientes etapas: a) Traducción y re-traducción del instrumento; b) Análisis de validez de constructo; c) Análisis de confiabilidad a partir de grado de acuerdo inter jueces:

a) Traducción y retraducción: El instrumento fue traducido desde el alemán al español por una psicóloga clínica, cursando estudios de magister, hablante nativa de alemán, con un

dominio alto de del idioma español, y re traducido nuevamente del español al alemán por una segunda psicóloga clínica, estudiante de doctorado, hablante nativa de ambos idiomas.

b) Análisis de validez de constructo: A cada uno de los cinco jueces expertos se les pidió contestar la encuesta de validez de constructo (Anexo 1). Las evaluaciones y comentarios realizados por los jueces fueron considerados para el uso posterior del instrumento y se resumen más adelante en el apartado de resultados del presente artículo.

c) Análisis de Confiabilidad. Para analizar la confiabilidad de la escala AR se analizó el grado de acuerdo entre evaluaciones realizadas por jueces independientes. Estos jueces independientes, distintos a los jueces expertos que evaluaron la validez de constructo, fueron dos psicólogos clínicos con entrenamiento formal de postítulo, los cuales contaban con 12 y 33 años de experiencia profesional. Uno de ellos era mujer y otro hombre. Ambos de orientación estratégica. Ambos jueces formaban parte del equipo docente del Centro de Entrenamiento en Psicoterapia y Coaching, Centro MIP, en el marco del cual se desarrollaron las sesiones de psicoterapia observadas. Sin embargo, ninguno de los jueces era docente o supervisor de los terapeutas de las sesiones evaluadas, ni conocía previamente el desarrollo o resultados de dichos procesos terapéuticos

c.1) Entrenamiento y Calibración de jueces independientes. Se realizó un proceso de entrenamiento y calibración de los jueces independientes, el cual tuvo una duración de 10 horas. Durante este proceso, los jueces recibieron capacitación teórica sobre Activación de Recursos y los criterios de la escala AR. Posteriormente, observaron de manera conjunta una sesión de psicoterapia y discutieron los criterios de la rúbrica aplicados por cada uno para evaluar la sesión observada. A continuación, observaron y evaluaron 3 sesiones de manera

independiente, discutiendo luego los criterios utilizados y las discrepancias observadas, con el fin de aunar criterios. Para facilitar el registro de las evaluaciones de cada juez, se utilizó una pauta de observación que sitúa temporalmente, al interior de la sesión, las conductas que dan cuenta de los distintos criterios que indican la presencia del mecanismo Activación de Recursos (ver Anexo 2).

c.2) *Análisis de acuerdo interjueces:* Para el análisis de las evaluaciones independientes realizadas por los jueces se utilizó el Coeficiente de Kappa. Para esto, se convirtió los puntajes de la escala AR para comportarse como una variable dicotómica. Dado que la escala original es de 7 puntos (0 a 6), en una dicotomización de la variable (“Alto” nivel de Activación de Recursos/ “Bajo” Nivel de Activación de Recursos) los puntajes podrían dividirse, tanto desde el valor 3 como desde el valor 4, hacia arriba y hacia abajo, para representar las categorías “Alto” y “Bajo”, respectivamente. Considerar como “Alto”, los valores iguales o superiores a 3 favorecería la reducción de probabilidad de falsos negativos, mientras que considerar como “Alto” los valores iguales o superiores a 4, favorecería la reducción probabilidad de falsos positivos. En el presente artículo se reportan los resultados para ambas opciones.

Resultados

Validez de constructo: La definición de la característica principal de Activación de Recursos propuesta en la escala AR fue evaluada por los jueces expertos, de manera unánime, con el puntaje máximo de 5 puntos, coincidiendo en que la definición es clara y efectivamente describe el constructo que pretende evaluar. Por otro lado, respecto de los criterios que

permiten evaluar distintos niveles de presencia de la variable, las respuestas de los jueces, en promedio, muestran una disminución progresiva de aprobación, a medida que el instrumento describe niveles más altos de la variable. De esta manera, se observa un rango de puntuación promedio que va desde 4,8 (DS= 0,3) para la descripción del nivel más bajo, hasta 4,2 (DS= 0,6) para el nivel más alto de la variable. Las sugerencias de los jueces para los aspectos que consideraron problemáticos en estas definiciones proponen explicitar como criterio de mayor orientación de la actividad del terapeuta hacia dicho mecanismo, no sólo la inclusión sumativa de distintos aspectos temáticos relacionados (ej: disposición motivacional, habilidades, metas personales, avances, atribución interna de logros, etc.), sino también el grado de propositividad y efectividad del terapeuta para incluir y sostener la tematización de dichos aspectos en distintos momentos de la sesión desde, por ejemplo: Ignorar o desestimar cuando aparecen espontáneamente, para el nivel más bajo; Reforzar cuando aparece espontáneamente, en un nivel siguiente; Inspirar o alentar activamente para un nivel alto, y; Permitir el espacio suficiente para que el consultante pueda experimentar en sesión sus recursos como útiles para el cambio buscado o promover activamente su uso al servicio de sus metas, para un nivel máximo de la variable. Adicionalmente, los jueces sugieren considerar la coherencia entre las distintas intervenciones realizadas por el terapeuta durante la sesión orientadas a activar recursos, así como la coherencia de estas respecto de los temas explicitados durante la sesión, apuntando a distinguir entre intervenciones intencionadas hacia un propósito, de una sumativa de intervenciones aisladas.

Confiabilidad: Como se muestra en la Tabla 3, al dicotomizar la variable categorizando como “Alto” el grado de orientación de la actividad del terapeuta hacia el mecanismo Activación de Recursos a partir de un valor igual o superior a 3 puntos, el grado

de acuerdo entre los jueces es total (100%). Por otro lado, como puede observarse en la Tabla 4, al categorizar la variable como “Alta” a partir de un valor igual o superior a 4 se observa una coincidencia en 7 de los 8 casos evaluados, lo que representa un 87,5% de acuerdos. El puntaje del Coeficiente de Kappa en esta segunda opción es de $k=0,714$, lo que representa un nivel alto de acuerdo interjueces según el criterio ofrecido por Landis y Koch (1977).

Discusión

El nivel de acuerdo alcanzado por los observadores independientes es alto, demostrando un alto grado de confiabilidad de la escala AR, lo cual permite sugerir su uso con confianza, tanto con fines de investigación como clínicos y de entrenamiento de terapeutas. Cabe tener en cuenta que el alto nivel de confiabilidad observado considera una reducción de la variabilidad original del instrumento, luego de haber dicotomizado la variable en dos categorías (Alto nivel de Activación de Recursos/ Bajo nivel de Activación de Recursos), por lo que los presentes resultados apoyan la confiabilidad del instrumento para ser utilizado también de dicha forma. La realización de análisis y uso de esta manera del instrumento se sustenta en el estudio de validez de constructo realizados a través de jueces expertos, quienes identifican dificultades para diferenciar con claridad los grados más altos de presencia de la variable a partir de la operacionalización originalmente propuesta por el instrumento y, por otro lado, en hallazgos previos que encuentran diferencias significativas en el grado de Activación de Recursos en terapias con resultados terapéuticos altos y bajos, pero sin diferencias significativas entre terapias con resultados medios y altos (Gassmann & Grawe, 2006).

Respecto de la utilidad, la escala AR es el único instrumento disponible para evaluar la actividad terapéutica orientada hacia la Activación de Recursos desde la perspectiva de observadores externos que abarca la totalidad de una sesión como unidad total de análisis. Esto reduce considerablemente el tiempo de aplicación requerido comparado con otros instrumentos observacionales (TSA, CMP, ROMA), volviéndose especialmente útil en investigaciones donde no se requiera mayor resolución temporal, facilitando el análisis de muestras de mayor tamaño y, al mismo tiempo, posibilitando su uso rutinario con fines clínicos o de entrenamiento de terapeutas.

Específicamente, respecto de su utilidad en investigación, la escala AR ofrece nivel de especificidad temática similar al resto de instrumentos observacionales. De esta manera, y a partir de la evidencia sobre su confiabilidad aportada por von Consbruch et al. (2013) y el presente estudio, este instrumento puede ser utilizado para discriminar de manera gruesa, pero confiable, entre sesiones con una alta y baja orientación de la actividad del terapeuta dirigida a activar recursos de los pacientes, permitiendo la selección de episodios relevantes para su posterior análisis.

Respecto de su utilidad clínica, el bajo tiempo de administración hace factible su uso manera rutinaria, y su alta especificidad temática permite evaluar de manera confiable el grado en que el terapeuta se ha orientado hacia la Activación de Recursos, así como identificar los temas relacionados con este mecanismo que han sido más y menos desarrollados. Como se señaló anteriormente, la investigación empírica ha ofrecido evidencia acerca de la relación del mecanismo Activación de recursos y la experiencia de productividad de la sesión, la alianza terapéutica y los resultados globales de la psicoterapia (Flückiger, et

al., 2009; Flückiger & Grosse Holtforth, 2008a; Gassman & Grawe, 2006; Mander et al., 2013; 2015a; Smith & Grawe, 2003; 2005; Stangier et al., 2010; Znoj et al., 2010). De esta manera, la información sobre Activación de Recursos que provee la escala AR podría ser un complemento a utilizar por el terapeuta, el equipo terapéutico, o bien para el diálogo entre terapeuta y paciente, para la toma de decisiones acerca de focos o temas a desarrollar en una próxima sesión.

Respecto del entrenamiento de terapeutas, el ejercicio de observar sesiones utilizando esta escala, realizado con una cierta sistematicidad, podría contribuir a entrenar en los terapeutas la capacidad para identificar y crear oportunidades para activar recursos de los consultantes. Así mismo, su uso para observar sesiones donde uno mismo ha participado como terapeuta podría contribuir a identificar fortalezas y debilidades en el uso de este mecanismo, ofreciendo material para la revisión de alternativas de intervención que pudieran ampliar el repertorio actual, o bien, ayudar a identificar habilidades específicas que se quisieran entrenar.

Limitaciones

La alta homogeneidad en cuanto a la orientación teórico-clínica de los distintos observadores, así como entre terapeutas y observadores, pudo haber contribuido a favorecer un mayor grado de acuerdo interjueces, fenómeno que fue observado por von Consbruch et al. (2013). En este sentido, los observadores podrían evaluar simultáneamente, de manera inadvertida, como Activación de Recursos algunas intervenciones afines a los supuestos compartidos, no necesariamente relacionadas con esta variable. Y, al mismo tiempo, castigar

intervenciones ajenas o contrarias a los supuestos del trasfondo teórico/clínico compartido. Respecto de este punto, nuevos estudios con mayor heterogeneidad, tanto de jueces como de terapeutas, con mayor tamaño muestral, así como estudios de validez concurrente con otros instrumentos podrían contribuir a despejar dudas respecto de la confiabilidad y validez de esta escala.

Referencias

- Castronovo, M., Hirsch, H. & Hirsch, P. (s.f.). Guía y esquema gráfico para el uso de los recursos del consultante en terapia estratégica. Recuperado 24 Agosto, 2020, de <http://www.encyclopediasaludmental.org.ar/trabajo.php?id=14&idtt=39>
- Castronovo, M., Hirsch, H. (2013). Un análisis de la búsqueda y el uso de los recursos del consultante en la terapia estratégica: un esquema preliminar. *Revista De Familias y Terapias*, 35,141-157.
- de Shazer, Steve; Berg, Insoo Kim; Lipchik, Eve; Nunnally, Elam; Molnar, Alex; Gingerich, Wallace; Weiner-Davis, Michele (1986). "Brief Therapy: Focused Solution Development". *Family Process*. 25(2): 207–221.
- Eysenck, H. J. (1994). The outcome problem in psychotherapy: What have we learned? *Behaviour Research & Therapy*, 32, 477-495.
- Flückiger, C., Caspar, F., Grosse Holtforth, M., & Willutzki, U. (2009). Working with patients' strengths: A microprocess approach. *Psychotherapy Research*, 19(2): 213-223. doi:10.1080/10503300902755300

- Flückiger, C., & Grosse Holtforth, M. (2008a). Focusing the therapist's attention on the patient's strengths: A preliminary study to foster a mechanism of change in outpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 876-890. doi:10.1002/jclp.20493
- Flückiger, C., & Grosse Holtforth, M. (2008b). Ressourcenorientierte Mikroprozess Analyse (ROMA) - Ressourcendiagnostik und Ressourcenaktivierung im Therapieprozess. (Resource-Oriented Microproces Analysis – ROMA.) [Special issue]. *Zeitschrift für Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1, 171–185.
- Flückiger, C., Regli, D., Zwahlen, D., Hostettler, S., & Caspar, F. (2010). Der Berner Patienten- und Therapeutenstundenbogen 2000: Ein Instrument zur Erfassung von Therapieprozessen [The Bern Post Session Report for Patients and for Therapists 2000: An instrument to measure therapy processes]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 39(2), 71-79. doi:10.1026/1616-3443/a000015
- Freud, S. (2000). *Puntualizaciones sobre el Amor de Transferencia*. En *Obras Completas*, Vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu. (Originalmente publicado en 1915).
- Gassmann, D. (2002). Korrektive Erfahrungen im Psychotherapieprozess. Entwicklung und Anwendung der Konsistenztheoretischen Mikroprozessanalyse KMP [Corrective Experiences in the Psychotherapeutic Process. Development and Application of the Consistency Theory Micro Process Analysis CMP], Tesis no publicada, Universität Bern.

- Gassmann, D., & Grawe, K. (2006). General change Mechanisms: The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 1–11. doi:10.1002/cpp.442
- Gelso, C. J., & Woodhouse, S. (2003). Toward a positive psychotherapy: Focus on human strength. En W. B. Walsh (Ed.), *Counseling psychology and optimal human functioning* (pp 171-198). NY: Erlbaum.
- Goldfried, M. R., Raue, P. J. & Castonguay, L. G. (1998). The therapeutic focus in significant sessions of master therapists: A comparison of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 803-810.
- Grawe, K. (1997). Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 7, 1–19. doi:10.1080/10503309712331331843
- Grawe K, Donati R, Bernauer F. (1994). Psychotherapie im Wandel: von derKonfession zur Profession [The change of psychotherapy. From confession to profession]. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Regli, D., Smith, E., & Dick, A. (1999). Wirkfaktorenanalyse—ein Spektroskop für die Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 31, 201–225.
- Harbin, J., Gelso, C., & Perez, A. (2014) Therapist Work with Client Strengths: Development and Validation of a Measure. *The Counseling Psychologist*, 42(3) 345-373.

- Horvath, A. O., & Greenberg, L. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. En L. S. Greenberg y W. M. Pisonof, (Eds.), *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook* (pp. 529-556). Nueva York: Guilford.
- Berg, I. K. (1994). *Family based services: A solution-focused approach*. New York: Norton.
- Landis J, & Koch, G. (1977) The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33: 159-74.
- Mander, J., Wittorf, A., Schlarb, A., Hautzinger, M., Zipfel, S., & Sammet, I. (2013). Change mechanisms in psychotherapy: Multiperspective assessment and relation to outcome. *Psychotherapy Research*, 23(1), 105–116. doi:10.1080/10503307.2012.744111
- Mander, J., Jacob, G., Götz, L., Sammet, I., Zipfel, S., & Teufel, M. (2015). Associations between Grawe's general mechanisms of change and Young's early maladaptive schemas. *Psychotherapy Research*. 25(2) 249–262. doi:10.1080/10503307.2014.889330
- Mander, J., Schlarb, A. Teufel, M., Keller, F., Hautzinger, M., Zipfel, S., Wittorf, A., & Sammet, I. (2015). Development and Validation of a Revised Measure to Evaluate General Change Mechanisms in Psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22, 328–345.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, Vol. 19(3), 276-288.

- Regli, D., & Grawe, K. (2000). Die Berner Stundenbogen Version 2000—ein Forschungsinstrument [The Bern postsession reports—Research instrument. Manuscrito no publicado, Universität Bern.
- Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Salvo, J. D. (Aceptado) Activación de Recursos en Psicoterapia. ¿Cómo se ha estudiado y qué sabemos?: Una revisión sistemática.
- Seligman, M. E. P. (1999). The President's address. APA 1998 Annual Report. *American Psychologist*, 54, 559-562.
- Smith, E., & Grawe, K. (2003). What makes psycho-therapy sessions productive? A new approach to bridging the gap between process research and practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 275– 285. doi:10.1002/cpp.377.
- Smith, E., & Grawe, K. (2005). Which therapeutic mechanism Works when? A step towards the formulation of empirically validated guidelines for therapists' session-to-session decisions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 112–123. doi:10.1002/cpp.427.
- Stangier, U., Von Consbruch, K., Schramm, E., & Heidenreich, T. (2010). Common factors of cognitive therapy and interpersonal psychotherapy in the treatment of social phobia. *Anxiety, Stress, & Coping*. 23(3), 289-301. doi:10.1080/10615800903180239
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A. & Firth-Cozens, J. A. (1990). Correlations of session evaluations with treatment outcome. *British Journal of Psychology*, 29, 13-21.
- Vogel, E., Blanck, P., Bents, H., & Mander, J. (2016). Wirkfaktoren in der Gruppentherapie: Entwicklung und Validierung eines Fragebogens [Effective factors in group therapy:

Development and validation of a questionnaire]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 66(5), 170–179. doi:10.1055/s-0042-104495

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

Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369–376.

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

Tabla 1. *Instrumentos utilizados en artículos incluidos (Salvo, en revisión)*

Instrumento	Año	Perspectiva	Foco	Unidad de análisis
TSA	1999	O	P	10 minutos
CMP	NP	O	P y T	1 minuto
ROMA-T/P	2008	O	P y T	1 minuto
BPSR- T/P	2010	P y T	P y T	Sesión
SACiP	2013	P y T	P y T	Sesión
ITPQ	2015	P y T	P y T	Sesión
FEPiG	2016	P y T	P y T	Sesión

Nota: Año: Año de publicación (NP= no publicado); Perspectiva: Perspectiva de quien evalúa: (P= Paciente; T= Terapeuta; O= Observador externo); Foco: Sujeto en quien se observa el fenómeno: (P= Paciente; T= Terapeuta); Unidad de Análisis: duración temporal de episodios que observa el instrumento.

Tabla 2. Traducción escala Activación de Recursos, instrumento WIFA-K

Característica principal: El terapeuta usa los recursos del paciente con un objetivo claro, dándole la oportunidad de vivenciar sus características positivas, sus capacidades y sus metas personales y ocuparlas para el logro de las metas terapéuticas (querer y poder).

0 puntos El terapeuta no considera las capacidades existentes y las disposiciones motivacionales del paciente para superar sus problemas. Se concentra en su trastorno, sus deficiencias y fracasos, no lo involucra en la planificación y realización de la terapia, y no lo refuerza en términos de sus cambios positivos logrados, de sus metas personales y sus desarrollos.

Entre 1 y 2 puntos El terapeuta considera las capacidades existentes y las disposiciones motivacionales del paciente.

Entre 3 y 4 puntos El terapeuta considera las capacidades existentes y las disposiciones motivacionales del paciente y lo retroalimenta en torno a los avances impulsados por él en terapia.

Entre 5 y 6 puntos El terapeuta considera las capacidades existentes y las disposiciones motivacionales del paciente y lo retroalimenta en torno a los avances impulsados por él en terapia. Además, atribuye los cambios y desarrollos logrados al paciente y a sus metas personales, o le señala aspectos positivos de conductas problemáticas.

Tabla 3. *Evaluación y acuerdo interjueces, A.*

Terapia	Evaluador 1		Evaluador 2		Acuerdo
	Puntaje	Categoría	Puntaje	Categoría	
1	1	Bajo	2	Bajo	SI
2	6	Alto	6	Alto	SI
3	2	Bajo	2	Bajo	SI
4	3	Alto	5	Alto	SI
5	6	Alto	6	Alto	SI
6	4	Alto	4	Alto	SI
7	4	Alto	6	Alto	SI
8	4	Alto	6	Alto	SI

Tabla 4. *Evaluación y acuerdo interjueces, B.*

Terapia	Evaluador 1		Evaluador 2		Acuerdo
	Puntaje	Categoría	Puntaje	Categoría	
1	1	Bajo	2	Bajo	SI
2	6	Alto	6	Alto	SI
3	2	Bajo	2	Bajo	SI
4	3	Bajo	5	Alto	NO
5	6	Alto	6	Alto	SI
6	4	Alto	4	Alto	SI
7	4	Alto	6	Alto	SI
8	4	Alto	6	Alto	SI

Anexos

Encuesta sobre validez de constructo: Escala Activación de Recursos, WIFA-K

A continuación, se le presentará la traducción completa al español de la escala “Activación de Recursos” del instrumento WIFA-K (von Consbruch et al., 2013). Luego de que se haya familiarizado con este, se le pedirá, en su calidad de juez/a con expertiz en psicoterapia, que evalúe distintas afirmaciones sobre el instrumento en una escala tipo Likert de 5 puntos. Posterior a cada pregunta se le ofrecerá, adicionalmente, un espacio para incluir comentarios y observaciones que nos permitan entender su evaluación. Especialmente, si su puntaje fuera distinto a 5, para cualquiera de las preguntas, le pedimos encarecidamente que pueda ayudarnos dejándonos sus comentarios. Tanto su evaluación como sus comentarios son valiosos para perfeccionar este instrumento.

1. Respeto de la Característica principal de la escala:

"El terapeuta usa los recursos del paciente con un objetivo claro, dándole la oportunidad de vivenciar sus características positivas, sus capacidades y sus metas personales, y poder ocuparlas para el logro de las metas terapéuticas (querer y poder)".

La definición ofrecida describe adecuadamente la actividad de el/la terapeuta orientada a la Activación de Recursos de el/la paciente:

Desacuerdo					Acuerdo
	1	2	3	4	5

Déjenos aquí sus comentarios que nos permitan entender su evaluación y/o perfeccionar el presente instrumento.

2. Respeto del puntaje mínimo de la escala: "0 Puntos":

"El terapeuta no considera las capacidades existentes y las disposiciones motivacionales del paciente para superar sus problemas. Se concentra en su trastorno, sus deficiencias y fracasos, no lo involucra en la planificación y realización de la terapia, y no lo refuerza en términos de sus cambios positivos logrados, de sus metas personales y sus desarrollos".

La descripción expuesta más arriba representa adecuadamente la ausencia de actividad por parte de el/la terapeuta orientada a activar recursos de el/la paciente.

Desacuerdo					Acuerdo
	1	2	3	4	5

Déjenos aquí sus comentarios que nos permitan entender su evaluación y/o perfeccionar el presente instrumento.

3. Respeto del criterio para evaluar "Entre 1 y 2 Puntos":

"El terapeuta considera las capacidades existentes y las disposiciones motivacionales del paciente".

La descripción representa adecuadamente la situación en que la actividad de el/la terapeuta se orienta hacia la activación de recursos de el/la paciente, sin embargo, se encuentra bastante lejos de agotar las posibilidades de esfuerzo en esta dirección, siendo esto coherente con una puntuación baja.

Desacuerdo						Acuerdo
	1	2	3	4	5	

Déjenos aquí sus comentarios que nos permitan entender su evaluación y/o perfeccionar el presente instrumento.

4. Respeto del criterio para evaluar "Entre 3 y 4 Puntos":

"El terapeuta considera las capacidades existentes y las disposiciones motivacionales del paciente y lo retroalimenta en torno a los avances impulsados por él en terapia."

La descripción representa adecuadamente la situación en que el/ la terapeuta realiza variados esfuerzos orientados a activar los recursos de el/la paciente, en distintos aspectos, siendo esto coherente con una puntuación "media" o "media-alta".

Desacuerdo						Acuerdo
	1	2	3	4	5	

Déjenos aquí sus comentarios que nos permitan entender su evaluación y/o perfeccionar el presente instrumento.

5. Respeto del criterio para evaluar "Entre 5 y 6 Puntos":

"El terapeuta considera las capacidades existentes y las disposiciones motivacionales del paciente y lo retroalimenta en torno a los avances impulsados por él en terapia. Además, atribuye los cambios y desarrollos logrados por el paciente a su self y a sus metas personales, o le señala aspectos positivos de conductas problemáticas".

La descripción representa adecuadamente la situación en que el/la terapeuta realiza variados y consistentes esfuerzos orientados a activar los recursos de el/la paciente, en múltiples aspectos, de manera distinta y claramente más alta que los niveles anteriores

Desacuerdo						Acuerdo
	1	2	3	4	5	

Déjenos aquí sus comentarios que nos permitan entender su evaluación y/o perfeccionar el presente instrumento.

¡Muchas gracias por su colaboración!

Planilla de codificación WIFA-K. Activación de Recursos

Marque con una X en la casilla, correspondiente a la columna del periodo de tiempo de la sesión y tema observado, cuando observe cualquier actividad realizada por parte del/la terapeuta orientada a tematizar, o favorecer el desarrollo de alguno de los temas descritos en la primera columna de la izquierda (Objetivos, Motivación, Capacidades, Avances y Significaciones Positivas). Posteriormente, escriba “Si” o “No”, en la casilla inmediatamente inferior, si a su juicio, dicho tema corresponde, o no, al foco principal de la actividad realizada por el terapeuta durante dicho periodo de tiempo.

Minuto	Inicio			Medio			Final		
	1 a 5	5 a 10	10 a 15	15 a 20	20 a 25	25 a 30	30 a 35	35 a 40	40+
Objetivos									
Motivación									
Capacidades									
Avances									
Significaciones Positivas									

A continuación, registre el tiempo más exacto posible (minuto y segundos), así como la frase textual que a su juicio da inicio al turno de palabra del terapeuta, correspondiente a tematizar o favorecer el desarrollo de alguno de los temas señalados (Objetivos, Motivación, Capacidades, Avances, Significaciones positivas).

Basado en sus observaciones, y de acuerdo con los criterios descritos en la escala “Activación de Recursos” del instrumento WIFA-K, puntúe de 0 a 6 el grado en que usted evalúa que el terapeuta se orientó a activar los recursos del paciente durante la sesión.

Puntaje:

Artículo 3. Therapist activity focusing on patients' resources and its relation with early therapeutic outcome in psychotherapy.

Therapist activity focusing on patients' resources and its relation with early therapeutic outcome in psychotherapy.

José Domingo Salvo Rivera. Pontifical Catholic University of Chile, Doctorate in Psychotherapy Program. Millennium Institute for Depression and Personality Research, MIDAP²

Mariane Krause Jacob: Pontifical Catholic University of Chile. Millennium Institute for Depression and Personality Research (MIDAP)

Lucas Uribe Pesqueira. Center for Training in Psychotherapy and Coaching, Centro MIP

Ivonne Ramirez Claveriè. Center for Training in Psychotherapy and Coaching, Centro MIP

² Correspondence concerning this article should be addressed to José Domingo Salvo Rivera: jdsalvo@uc.cl

Abstract

Objective: This paper analyses the relationship between the therapist's activity focused on Grawe's Resource Activation (RA) transtheoretical mechanism of change and early therapeutic outcome in a natural setting with 32 clients. **Method:** RA was evaluated in the first session of each therapy, using the observational instrument Wirkfaktoren-K, developed by von Consbruch et al (2013). Subsequently, therapies were grouped into High and Low RA. Early therapeutic outcome, on the other hand, is defined as the change reported in patients' well-being and general functioning, between intake and fourth session assessment, and was evaluated by the Lambert's Outcome Questionnaire (OQ 45.2). **Results:** Findings indicate that patients from therapies in which the therapist showed a high focus on RA reported higher early therapeutic outcome than patients from therapies in which the therapist showed a low focus on RA. **Conclusions:** Findings support our hypothesis and the relevance of RA on early phases of psychotherapy, including the first session. Research and clinical relevance are discussed, as well as possibilities for future research.

Keywords: Resource Activation, therapist activity, therapeutic outcome, psychotherapy, common factors, patients' strengths.

Introduction

Towards the end of the 20th century, once sufficient evidence in favor of the effectiveness of psychotherapy in improving the well-being of people had been accumulated, as well as the equivalence of effectiveness between different therapeutic schools, the interest of empirical research began to focus on the study of factors related to change that were

common to the different existing approaches (Eysenck, 1994; Goldfried, Raue & Castonguay, 1998; Stiles, Shapiro & Firth-Cozens, 1990). In this context, based on the review of the empirical evidence available on effectiveness in psychotherapy, Grawe (Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Grawe, 1997) theoretically abstracts four generic mechanisms related to change, namely: a) Mastery; b) Clarification; c) Problems Actuation and; d) Resource Activation. This last mechanism is defined as the use of the patient's characteristics, abilities and motivational disposition at the service of therapeutic work (Grawe, 1997). Also included, as part of this mechanism, are all the actions carried out by the therapist aimed at encouraging the patient to have a positive perception of themselves and an experience of greater competence regarding the situation that brought them for a consultation (Grawe & Grawe- Gereber, 1999). Flückiger and Wüsten (2008) indicate as examples of interventions oriented towards RA, the reinforcement of qualities and competencies of patients; specify goals and personal motivations, and; promote a positive reinterpretation of aspects initially understood by the patient as problematic. In turn, the RA mechanism differs from other processes related to change, such as, the emotional expression of painful aspects or reaching a deeper understanding of the nature or cause of problems (Grawe, 1997).

Since the beginning of the present century, different studies have provided evidence about the relationship between the RA mechanism described by Grawe and the experience of session productivity (Smith & Grawe, 2003; 2005), the global results of psychotherapy (Gassman & Grawe, 2006; Flückiger et al., 2009; Mander et al., 2013; 2015; Stangier et al., 2010; Znoj et al., 2010); and the quality of the Therapeutic Alliance (Flückiger, et al., 2009; Flückiger & Grosse Holtforth, 2008). However, there are no studies that specifically report the relationship between this mechanism and the early changes experienced by patients

during the first psychotherapy sessions in terms of their well-being and functioning (Salvo, 2020). Taking into account the evidence from different investigations regarding the critical importance of the early phases of therapy for the achievement of better outcome (Gunlicks-Stoessel & Mufson, 2011; Strunk, Brotman, & DeRubeis, 2010), research on The relationship between RA and early therapeutic outcomes could contribute to the understanding of how change occurs in psychotherapy, offer guidelines for therapeutic decision-making, and contribute to the training of specific skills in the training of therapists. Additionally, little has been empirically studied about the activity performed by therapists to activate the resources of patients. A recent systematic review Salvo (2020), which includes the literature published in English and Spanish, on the empirical study of the RA mechanism, found four articles available that used some instrument to directly assess the therapist's activity focused on RA (Flückiger et al., 2009; Gassmann & Grawe, 2006; Smith & Grawe, 2003; 2005). None of them had the objective of evaluating the relationship of RA with early therapeutic results, nor do they report data in this regard. The objective of this article is to evaluate the relationship between the activity of the therapist, focused on RA, and the early therapeutic results reported by the patients.

The main hypothesis of the present study is the following: Patients of therapies where the therapist shows a high focus of their interventions on RA will experience greater early therapeutic results than patients of therapies where the therapist shows a low focus on RA.

Method

Participants

A sample of 32 individual outpatient psychotherapy processes, developed by 28 therapists and 32 different patients were studied. All therapies were carried out in Santiago, Chile and were recorded on audio and video. These therapies were collected from 3 sources: 5 correspond to therapies recorded in the context of the Fondecyt study N°: 1080136 (Krause, 2008); 10 correspond to recorded therapies in the context of Postdoctoral Project No. 3140402, National Research and Development Agency, Chile (Dagnino, 2017), and; 17 sessions were recorded in the context of the present study. The patients in the Fondecyt study N°: 1080136 were 38 years old on average. The patients in Postdoctoral Project No. 3140402 were 25 years on average, and the patients from therapies recorded for the present study had an average age of 32 years old. The therapies of the studies Fondecyt N°: 1080136 and Postdoctoral Project N° 3140402 were developed in different contexts of outpatient psychotherapy, including university psychological care centers and private consultation. The 15 therapists from these studies ascribed to different therapeutic orientations, among them: Social Constructivist, Cognitive Behavioral, Psychodynamic and Humanist. The therapies recorded for the present study were carried out in private consultation and in the context of second-year of the Brief Psychotherapy Training Program of the Centro de Entrenamiento en Psicoterapia y Coaching, MIP. The 17 therapists from the sessions recorded for this study ascribed to the Strategic Systemic orientation.

To be part of the present study, the first session had to be recorded, it had to correspond to an individual outpatient psychotherapy, and had a duration of, at least, four sessions; patients had to be over 18 years of age, not have psychotic, cognitive impairment

or substance-related disorders, and; therapists had to be licensed professionals. Table I describe the characteristics of the patients from the three indicated sources.

All participants, both patients and therapists, signed an informed consent form, that explained the objectives of the study and the confidentiality safeguards of the participants. This study has the approval of the Social Sciences Ethics Committee from the School of Psychology of the Pontifical Catholic University of Chile and the Millennium Institute for Research on Depression and Personality (MIDAP).

Instruments

Wirkfaktoren-K, Resource Activation Sub-scale. Wirkfaktoren-K (WIFA-K; von Consbruch et al., 2013) was developed as an observational instrument that allows evaluation of the degree to which the therapist focuses on working with the different therapeutic mechanisms described by Grawe (Grawe et al., 1994; Grawe, 1997), throughout a complete session of psychotherapy. The Resource Activation subscale (RA-K) assesses the degree to which the therapist focuses their activity on RA on a 7-point scale (from 0 to 6), based on the following criteria: consideration of the patient's objectives, motivation and capacities; feedback on progress; attribution of changes to the patient's efforts, and; positive resignification of aspects previously defined as problematic. A higher score on this scale indicates a greater focus of the therapist's activity on RA. For the present study, the version adapted and translated into Spanish by Salvo, Rojas, Krause and Schönfeld (accepted) is used. The RA-K subscale has shown a high degree of consistency, with an interclass

correlation index of 0.78 in its original German version (von Consbruch et al., 2013), and a kappa coefficient between 0.741 and 1 in its adaptation into Spanish (Salvo et al., accepted).

Outcome questionnaire OQ-45.2: Each patient answered the OQ-45.2 questionnaire at intake (OQ1) and before the fourth session (OQ4). In this manner, early therapeutic response is defined by the change reported by patients between both assessments. The OQ-45.2 instrument is a self-report questionnaire for patients, composed of 45 items evaluated on a five-point Likert-type scale (“0 = never” and “4 = almost always”), developed by Lambert et al. (1996). The items evaluate the general functioning and well-being of the patient during the last week, in 3 different areas, namely: Symptoms, Interpersonal Relations, and Social Role. The sum of the scores in these three areas forms the overall score of the instrument. A higher score on this instrument indicates greater discomfort, or experience of impaired well-being and general functioning. In its English version, the instrument has shown high test-retest reliability ($r = 0.84$, $p < 0.01$), and high internal consistency ($\alpha = 0.93$), it proved useful to document the effect of interventions over time (Lambert et al., 1996). In the context of the present study, the version adapted and validated into Spanish by von Bergen and De la Parra (2002) was used, who report a test-retest reliability of $r = 0.9$, $p < 0.01$, and an internal consistency of $\alpha = 0.91$. For the Chilean population, the cut-off score that distinguishes the clinical population from the non-clinical population, is 73 points in the global score of the instrument. And, the Reliable Change Index, which allows identifying the presence of a statistically significant change in the global score, corresponds to a difference equal to or greater than 17 points (Von Bergen and De la Parra, 2002). In the context of the present study, to evaluate early therapeutic change, the difference in the scores reported by the patients between the first and fourth sessions was considered.

Procedure

The RA evaluation was carried out in two stages: Stage 1): Two judges independently evaluated the first session of 8 therapies with the RA-K instrument. Prior to the evaluation, both judges participated in an eight-hour training and calibration in the use of the scale. None of the judges had prior information regarding the therapies, both being blind regarding the assessments reported by the patients. Both judges had a psychology degree, formal postgraduate training and more than ten years of experience in professional psychotherapy practice. During this stage, a high degree of inter-judge agreement was reached with a Kappa score between 0.74 and 1. This stage is described in detail in Salvo et al., (accepted). Stage 2: Based on the high degree of inter-judge agreement observed in the previous stage, only one of the judges evaluated the remaining 24 sessions.

Subsequently, based on the evaluation carried out by the judges, the sample was divided into two groups, namely: "High" and "Low" RA. Considering the evidence by Gassmann and Grawe (2006), who report significant differences in the degree to which therapists focus on RA, between therapies with low and medium outcome, as well as between therapies with low and high outcome, but not between therapies with medium and high outcome, it was decided to define the groups as follows. Low RA: from 0 to 2 points, and; High RA: from 3 to 6 points. Favoring, in this way, the grouping of medium and high scores in the same category. When performing a dichotomous categorization of the variable as indicated, 100% inter-judge agreement is observed. These results are exposed in greater detail in Salvo et al. (accepted). The High and Low RA groups were composed of 16 cases each. The patients in the High RA group were 11 women and 5 men, while the therapists were 11 women and 3 men. In the Low Ra group, the patients were 14 women and 2 men,

while the therapists were 13 women and 2 men. There were no significant differences regarding gender between both groups of patients ($\chi^2(1, N = 32) = 1.65, p = .2$), nor therapists ($\chi^2(1, N = 32) = 0.33, p = .56$).

Data analysis

To verify that there were no statistically significant differences in well-being at intake (OQ1) between the Low and High groups, a two-tailed Welch's t-test of unequal variances was carried out. Further, to test the main hypothesis of the study, a One-way ANCOVA was run to evaluate the effects of resource activation on therapeutic change (OQ4), controlling for the intake scores (OQ1). Even though no differences were found in OQ1 between groups, it was decided to control for intake score because the therapeutic change reached by each group at OQ4 could still be over or under estimated because of initial differences.

A Shapiro – Wilk test was used to assess the normality of the residuals, and was significant ($p = .0138$), so the dependent variable was transformed using a Box-Cox transformation following the recommendations of Osborne (2013). After the transformation, the test was no longer significant ($p = .0778$), so normality was assumed. All the other ANCOVA assumptions were met, both before and after applying the box-cox transformation; linearity between OQ1 and OQ4 for both groups was evaluated by visual inspection of a scatter plot, the interaction between the grouping variable and the covariate was not statistically significant ($F(1, 28) = 0.13, p = .72$) and the residual variances of both groups were assumed to be homogeneous as the Levene's test was not significant ($p = .32$).

All the analyses were performed with and without the Box-Cox transformation, and the conclusions were equivalent, so only the non-transformed ones are presented for ease of interpretation. The analyses were conducted using R version 4.0.3 for Windows (R Core Team, 2017), the statistical tests were made either with the native R methods or with the package *rstatix* 0.6.0 (Kassambara, 2020), box-cox transformations using the package *car* 3.0-10 (Fox & Weisberg, 2019), adjusted means computed with the package *emmeans* 1.5.2-1 (Lenth, 2020) and figures produced using the package *ggplot2* 3.3.2 (Wickham, 2016).

Results

Preliminary results

The results of the t-test for the OQ1 scores between the “High” and “Low” RA groups did not show statistically significant differences ($t(29.2) = 0.34, p = .74$), so that the level of well-being and functioning similar can be assumed between patients in both groups at the time of initiation of therapy. Figure 1 shows the histograms of initial well-being scores (OQ1) and of the therapeutic results evaluated at the beginning of the fourth session (OQ4 - OQ1), for the “High” and “Low” RA groups. In Histogram 1, a greater overlap of the distribution of scores of both groups in the first session is observed, compared with the distribution of the therapeutic outcome, shown on Histogram 2. In this last, two differentiated curves are observed for both groups.

At a descriptive level, as seen in Tables I and II, both groups begin therapy with an average level of well-being and functioning that places them within the clinical population, with 78.7 and 75.5 points respectively in OQ1. Additionally, both groups have the same number of patients who report a level of well-being that places them both, as clinical and

non-clinical population. For the fourth session, the adjusted mean OQ4 score (Searle, Speed & Milliken, 1980) was statistically significantly lower in the high resource activation group (59.0; 95% CI = [50.7, 67.3]) than in the low resource activation group (74.3; 95% CI = [66.0, 82.6]). This difference turned out to be clinically significant as: i) the average of the therapeutic results of the “High” RA group (OQ4 - OQ1) was greater than the Reliable Change Index of the OQ-45.2 instrument, and; ii) the group average went from being above to being below the cut-off score for the clinical population. Neither of these two conditions was observed in the "Low" RA group. Additionally, the difference in the averages of therapeutic results between both groups was also greater than the Reliable Change Index. On the other hand, at the subject level, it was observed that in the “High” RA group, 14 patients scored lower in OQ4 than in OQ1, while 2 scored higher. In the “Low” RA group, on the other hand, 4 patients scored lower in OQ4 than in OQ1, and 12 scored higher.

Comparison between groups

The results of ANCOVA (Table IV), as expected, show that intake score (OQ1) was significantly related to the score at the fourth session (OQ4) ($F(1, 29) = 23.24, p < .001$). Moreover, after adjusting for intake score, there was also a statistically significant difference in the OQ score of the fourth session between both groups ($F(1, 29) = 7.021, p = .013$). In this way, the results show that, regardless of the level of well-being and initial functioning of the patients, in those therapies where the therapists show a high activity focused on RA, the patients obtain significantly higher therapeutic results than those of therapies where the therapist shows less activity focused on RA. Figure II shows the regression lines of the pretreatment scores and at the fourth session for both groups.

Discussion

Different studies have reported evidence regarding the critical importance of the early phases of therapy for the achievement of global therapeutic outcome (Gunlicks-Stoessel & Mufson, 2011; Strunk, Brotman, & DeRubeis, 2010; Tschitsaz-Stucki & Lutz, 2009). However, there is little empirical knowledge regarding the factors that favor early therapeutic response and how these contribute to the achievement of later results (Zilcha-Mano et al., 2019).

This article provides evidence about the relevance of the focus of the therapist's interventions on RA during the initial phase of psychotherapy, specifically during the first session. The results show that a greater focus on RA of the therapist's interventions during the first session is significantly related to better therapeutic response evaluated at fourth session. This is consistent with other studies exploring the relationship between the RA mechanism and therapeutic outcomes (Gassman & Grawe, 2006; Flückiger et al., 2009; Mander et al., 2013; 2015; Stangier et al., 2010; Znoj et al., 2010). Now, as far as is known, this article is the first to report empirical evidence regarding to: a) Therapists' activity focused on RA during the first session, and; b) Significant relationship between RA and early therapeutic outcome, in the sense of changes in patients' well-being and general functioning.

In a congruent direction with the results found in the present study, Smith and Grawe (2005) report that, during the set of the first five psychotherapy sessions, while an experience of high session productivity is indistinctly related to multiple patterns of more or less

presence of different processes, the most frequent pattern of low productivity experience includes: good quality of therapeutic bond, high contribution of patient and therapist to the analysis of problems, high emotional involvement on the part of the patient, but the patient not feeling acknowledged on his resources. Said evidence is congruent, both with the results of the statistical analyses and with the descriptive results of the present study, where in addition to finding significant differences in the average early therapeutic outcome between the High and Low RA groups, at the individual level it is observed that in the group High RA, 2 of the 16 subjects reported lower well-being at fourth session, while in the Low RA group this was observed in 14 of the 16 subjects. In this sense, the difference observed between the High and Low RA groups could be explained not only by a relationship between a high therapists' focus on RA and positive outcome, but also by the decrease in well-being and functioning reported by the patients from therapies with low focus by the therapist in RA. In a figurative sense, it could be suggested that the RA mechanism is not only gasoline that impulse the motor of change, but also oil that protects it from wear. To our knowledge, this is the first article to report data suggesting a possible relationship between a low focus on RA and negative therapeutic outcome. However, due to the small sample size and that phenomenon not being directly addressed, this suggestion should be taken with caution pending future evidence.

On the other hand, regarding the relevance of the RA mechanism on initial therapeutic stages, Mander (2012) theorizes a greater relevance of RA in the Prochaska and DiClemente (1983) Stages of Change defined as late, while for early Stages of Change it supposes greater relevance of other mechanisms, such as Clarification and Activation of Problems. However, when testing this hypothesis, Mander et al. (2014) report mixed results, while in an initial

phase (fourth session) the Contemplation stage showed significant correlations with all the mechanisms tested, including RA and, also, all the therapeutic mechanisms tested, showed greater ability to predict global results of therapy in interaction with the Action Change Stage. Furthermore, the authors did not find a significant increase in the RA mechanism over the time course of the therapies, which had been observed by Flückiger et al, (2010).

Part of the possible differences and difficulties of comparison between different studies can be attributed to the different operationalizations of the RA mechanism; the perspective and focus, from whom and in whom it is evaluated; the methodological heterogeneity between the different studies and specific characteristics of the samples (Mander et al., 2014; Salvo, 2020). Now, either because of its relationship with the achievement of positive therapeutic outcome, or because it constitutes a protective factor against a decrease in well-being, or that its relevance remains the same or increases throughout the therapy, the consistent conclusion among different investigations, including the present study, is in favor of the relationship between RA and therapeutic outcome, now including the first session.

Limitations

The present study does not check for psychopathology or other patients' characteristics that could have an effect on the achievement of early therapeutic outcome, other than the level of well-being and global functioning at intake. Given that part of the sample is composed of data from previous studies, other variables were not considered related to the experience of the consultants or therapists during the development of the therapy. On the other hand, the objectives and design of the present study do not allow for elucidating whether the relationship observed between the therapist activity focused on RA

during the first session and the early therapeutic response can be explained by the effect of said session, regardless of what might have happened in the subsequent ones, or due to the consistency between the first session and the following ones on RA. The first option would assume that the effect of the relationship between the RA therapist's activity during the first session is strong enough to be observed after three sessions. And, second option, it assumes that the therapist's activity during a session is sufficiently representative of their performance, at least in the short term. While neither option excludes the other, the two could have different practical implications. If the first is true, after a high focus on RA during the first session, the therapist could vary the focus of their interventions on RA, to privilege other mechanisms during the following sessions, and still observe the effect of relationship with early therapeutic outcome. If the second were true, to observe this relationship, it would be necessary for the therapist to maintain a sufficiently high focus on RA after the first session.

Suggestions for future research

In addition to the specific evidence on RA and early therapeutic response, the present study constitutes the first reported use of the WIFA-K instrument to evaluate the relationship between therapist activity focused on RA and a second variable. The advantage of this instrument, over others available (Gassmann 2002; Grawe et al., 1999; Flückiger & Grosse Holtforth, 2008), is that it constitutes a way of evaluating the therapist activity that requires a substantially shorter administration time. This, in exchange for sacrificing thematic and temporal specificity. However, part of the thematic and temporal specificity can be maintained by using a record sheet, such as the one developed in the present study (see Salvo et al., accepted). The results presented provide evidence about the usefulness of a brief instrument such as the WIFA-K to assess RA from the perspective of external observers, with

sufficient sensitivity to investigate an effect on the therapeutic results. Given the novelty of the design of the present study, both regarding the type of instrument used and the number of evaluations carried out, the reported evidence suggests the feasibility of replicating the experience with a comparatively high cost-effectiveness compared to other microprocess studies on the activity of the therapist focused on RA (Flückiger & Grosse Holtforth, 2008; Flückiger, et al., 2009; Flückiger, et al., 2014; Gassmann & Grawe, 2006; Smith & Grawe, 2003; 2005; favoring the replication in naturalistic contexts and practice-based research endeavors.

Funding

This work was funded by the ANID Millennium Science Initiative /Millennium Institute for Research on Depression and Personality-MIDAP ICS13_005.

Acknowledgement

We want to thank the Center for Training in Psychotherapy and Coaching, Centro MIP, its management team, administrative team, teachers and students, for providing logistical support in the collection of the sample. We also want to thank all the therapists and patients who participated in the present study.

Disclosure statement

The authors report no conflict of interest

References

- Eysenck, H. J. (1994). The outcome problem in psychotherapy: What have we learned? *Behaviour Research & Therapy*, 32, 477-495.
- Flückiger, C., & Grosse Holtforth, M. (2008). Focusing the therapist's attention on the patient's strengths: A preliminary study to foster a mechanism of change in outpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 876-890. <https://doi.org/10.1002/jclp.20493>
- Flückiger, C., Caspar, F., Grosse Holtforth, M., & Willutzki, U. (2009). Working with patients' strengths: A microprocess approach. *Psychotherapy Research*, 19(2): 213-223. <https://doi.org/10.1080/10503300902755300>.
- Flückiger, C., Regli, D., Zwahlen, D., Hostettler, S., & Caspar, F. (2010). Der Berner Patienten- und Therapeutenstundenbogen 2000: Ein Instrument zur Erfassung von Therapieprozessen [The Bern Post Session Report for Patients and for Therapists 2000: An instrument to measure therapy processes]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 39, 71–79. doi:10.1026/1616-3443/a000015
- Flückiger, C. & Wüsten, G. (2008). *Ressourcenaktivierung – Ein Manual für die Praxis*. Bern: Huber.
- Flückiger, C., Zinbarg, R., Znoj, H., & Ackert, M. (2014). Resource activation in generalized anxiety: An observer-based microprocess analysis of patients' in-session outcomes. *Psychotherapy*. 51(4) 535–545.

Fox, J. & Weisberg, S. (2019). *An R Companion to Applied Regression*, Third Edition. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.

Gassmann, D. (2002). *Korrektive Erfahrungen im Psychotherapieprozess. Entwicklung und Anwendung der Konsistenztheoretischen Mikroprozessanalyse KMP [Corrective Experiences in the Psychotherapeutic Process. Development and Application of the Consistency Theory Micro Process Analysis CMP]*, Unveröffentlichte Dissertation, Universität Bern.

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

Goldfried, M. R., Raue, P. J. & Castonguay, L. G. (1998). The therapeutic focus in significant sessions of master therapists: A comparison of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 803-810.

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

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

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

Grawe, K., Regli, D., Smith, E., & Dick, A. (1999). Wirkfaktorenanalyse—ein Spektroskop für die Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 31, 201–225

- Gunlicks-Stoessel, M., & Mufson, L. (2011). Early patterns of symptom change signal remission with interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Depression and anxiety, 28*(7), 525–531. <https://doi.org/10.1002/da.20849>
- Haas, E., Hill, R.D., Lambert, M.J., & Morrell, B. (2002). Do early responders to psychotherapy maintain treatment gains? *Journal of Clinical Psychology, 58*, 1157-1172.
- Kassambara, A. (2020). rstatix: Pipe-Friendly Framework for Basic Statistical Tests. R package version 0.6.0.
- Kleinstäuber, M., Lambert, M. J., & Hiller, W. (2017). Early response in cognitive-behavior therapy for syndromes of medically unexplained symptoms. *BMC psychiatry, 17*(1), 195. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1351-x>
- Krause, M. (2008-2011). Proyecto Fondecyt: 1080136
- Lenth, R. (2020). emmeans: Estimated Marginal Means, aka Least-Squares Means. R package version 1.5.2-1.
- Lutz, W., Stulz, N., & Köck, K. (2009). Patterns of early change and their relationship to outcome and follow-up among patients with major depressive disorders. *Journal of affective disorders, 118*(1-3), 60–68. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.01.019>
- Mander, J. (2012). *The stages of change and general change mechanisms interaction (STACIN) Study (Vol. 1)*. Hamburg: Verlag Dr Kovac.
- Mander, J., Wittorf, A., Schlarb, A., Hautzinger, M., Zipfel, S., & Sammet, I. (2014). Change mechanisms in psychotherapy: Multiperspective assessment and relation to outcome.

- Psychotherapy Research*, 23(1), 105–116.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2012.744111>
- Mander, J., Jacob, G., Götz, L., Sammet, I., Zipfel, S., & Teufel, M. (2015). Associations between Grawe's general mechanisms of change and Young's early maladaptive schemas. *Psychotherapy Research*, 25(2), 249–262.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2014.889330>.
- Osborne, J. W. (2013). Eight: improving the normality of variables through box-cox transformation: debunking the myth of distributional irrelevance. In Osborne, J. W. *Best practices in data cleaning: A complete guide to everything you need to do before and after collecting your data* (pp. 169-190). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781452269948>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. 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. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
- R Core Team (2017). R: A language and environment for statistical computing. *R Foundation for Statistical Computing*, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.
- Salvo Rivera, J. D. (2020). Activación de Recursos en Psicoterapia. ¿Cómo se ha estudiado y qué sabemos?: Una revisión sistemática. *Rev. CES Psico*, 13(3), 82-99.
- Salvo, J. D., Rojas, M. I., Krause, M. y Schönfeld, M. (aceptado). Una herramienta para la investigación en psicoterapia, uso clínico y entrenamiento de terapeutas: Adaptación

al español, análisis de validez y confiabilidad de la escala Activación de Recursos del instrumento WIFA-K.

Searle, S. R., Speed, F. M., & Milliken, G. A. (1980). Population Marginal Means in the Linear Model: An Alternative to Least Squares Means. *The American Statistician*, 34(4), 216–221. <https://doi.org/10.1080/00031305.1980.10483031>

Smith, E., & Grawe, K. (2003). What makes psycho-therapy sessions productive? A new approach to bridging the gap between process research and practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 275– 285. <https://doi.org/10.1002/cpp.377>.

Smith, E., & Grawe, K. (2005). Which therapeutic mechanism Works when? A step towards the formulation of empirically validated guidelines for therapists' session-to-session decisions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 112–123. <https://doi.org/10.1002/cpp.427>.

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

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

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

- Von Bergen A, De La Parra G. (2002). OQ-45.2 Cuestionario para Evaluación de Resultados y Evolución en Psicoterapia: Adaptación, Validación e Indicaciones para su Aplicación e Interpretación. *Revista de Terapia Psicológica* 20, 161-76.
- von Consbruch, K., Flückiger, C., Stangier, U., Beutel, M., Herpertz, S., Hoyer, J., Leibing, E., Leichsenring, F., Salzer, S., Strauß, B., Wiltink, J. (2013). WIFA-k: Ein neues Messinstrument zur zeitökonomischen Erfassung allgemeiner Wirkfaktoren nach Grawe. [WIFA-k: A new instrument for a time-efficient assessment of common factors in psychotherapy]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 63, 286–289. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1331206>.
- Wickham, H. (2016). *ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis*. Springer International Publishing, New York.
- Zilcha-Mano, S., Errázuriz, P., Yaffe-Herbst, L., German, R. E., & DeRubeis, R. J. (2019). Are there any robust predictors of “sudden gainers,” and how is sustained improvement in treatment outcome achieved following a gain? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(6), 491–500. <https://doi.org/10.1037/ccp0000401>
- Znoj, H.-J., Messerli-Burgy, N., Tschopp, S., Weber, Rainer; C., Christen, L., Christen, S., & Grawe, K. (2010). Psychotherapeutic process of cognitive _behavioral intervention in HIV-infected persons: Results from a controlled, randomized prospective clinical trial. *Psychotherapy Research*, 20(2), 203-213. <https://doi.org/10.1080/10503300903246663>.

Anexos

Table I: Participants descriptive data by source

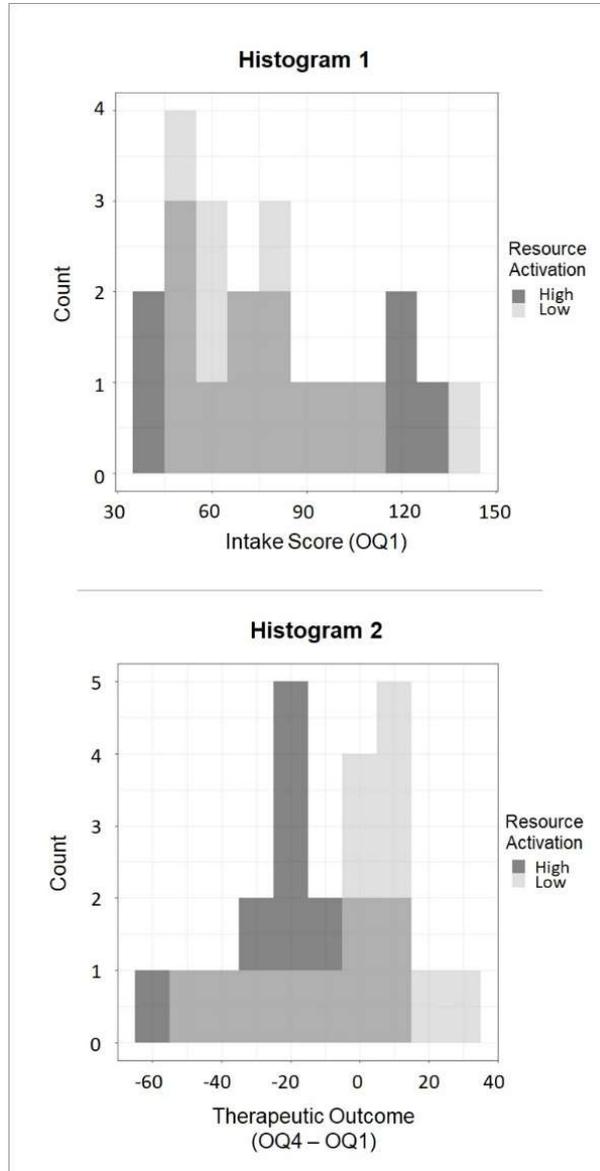
	Sessions recorded for the present study	ANID Postdoctoral Proyect N° 3140402 (Dagnino, 2017)	Fondecyt Study N°:1080136 (Krause, 2008)	Total
Sessions= N	17	10	5	32
Female/Male Patients= N	12/5	8/2	5/0	25/7
Female/Male Therapists= N	14/2	7/2	4/0	25/4
Intake score (OQ1) = M (Sd)	71,5 (22,69)	89,5 (26,5)	71,2 (32,7)	77,1 (26,4)

N= number of cases

OQ1= global score on the Outcome Questionnaire OQ-45.2 (Lambert et al., 1996), assessed at intake

M (Sd)= Mean (Standard deviation)

Figure I: Frequency distributions of intake assessment of well-being and early therapeutic outcome, from High and Low Resource Activation therapies.



Note: OQ1: Intake score for OQ-45.2 Questionnaire;
 OQ4: Fourth session score for OQ-45.2 Questionnaire

Table II: Descriptive data: Means and standard deviations. High and Low Resource Activation groups.

	High RA		Low RA	
	M	SD	M	SD
OQ1	78,7	28,9	75,5	24,5
OQ4	59,9	19,4	73,4	23,3
OQ4 - OQ1	18,8	19,4	2,1	21,1

RA: Resource Activation

OQ1: Intake score for OQ-45.2 Questionnaire

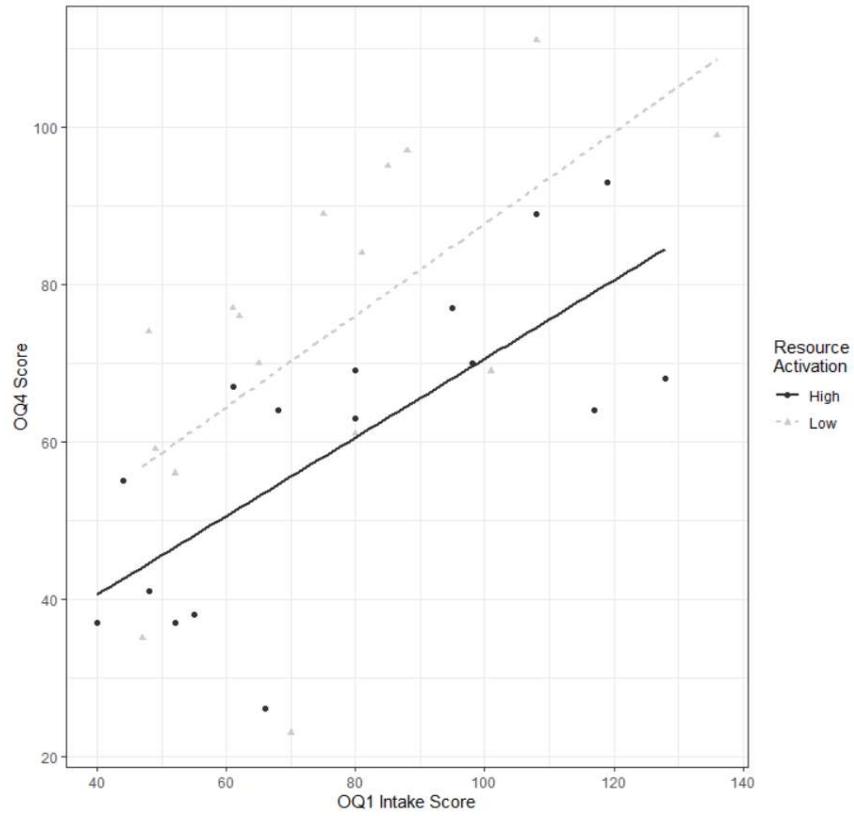
OQ4: Fourth session score for OQ-45.2 Questionnaire

Table III: Descriptive data by number of patients. High and Low Resource Activation groups.

	High RA	Low RA
	N=	N=
Total cases	16	16
OQ1 \geq 73	8	8
OQ4 \geq 73	4	9
OQ1 - OQ4 \geq 17	9	4
OOQ4 < OQ1	14	4

RA: Resource Activation; N=: Number of cases; OQ1: Intake score for OQ-45.2 Questionnaire; OQ4: Fourth session score for OQ-45.2 Questionnaire; 73=: Clinical population cut-off score for OQ 45.2 Questionnaire in Chilean population (higher scores means more psychological distress); 17=: Reliable change index for OQ 45.2 Questionnaire in Chilean population.

Figure II: Regression lines of intake and fourth session assessment scores of well-being by High and Low Resource Activation therapies.



Note: OQ1: Intake score for OQ-45.2 Questionnaire; OQ4: Fourth session score for OQ-45.2 Questionnaire

Artículo 4. Activación de Recursos durante la primera sesión de terapias con y sin resultados terapéuticos tempranos: La actividad del terapeuta al microscopio.

**Activación de Recursos durante la primera sesión de terapias con y sin
resultados terapéuticos tempranos: La actividad del terapeuta al microscopio.**

José Domingo Salvo Rivera. Pontificia Universidad Católica de Chile. Programa de Doctorado en Psicoterapia. Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad, MIDAP³

Mariane Krause Jacob: Pontificia Universidad Católica de Chile.. Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad, MIDAP

Lucas Uribe Pesqueira. Centro de entrenamiento en Psicoterapia y Coaching, Centro MIP.

Ivonne Ramirez Claveriè. Centro de entrenamiento en Psicoterapia y Coaching, Centro MIP.

³ Correspondence concerning this article should be addressed to José Domingo Salvo Rivera: jdsalvo@uc.cl

Resumen

Objetivo: El objetivo del presente artículo es determinar diferencias en el grado en que los terapeutas enfocan su actividad en activar recursos de los pacientes durante la primera sesión de terapias con y sin resultados terapéuticos tempranos (RT), y caracterizar las intervenciones realizadas por los terapeutas enfocadas en la activación de recursos. Para los análisis se utilizó una muestra de 32 sesiones de distintos procesos de psicoterapia ambulatoria realizados en contextos naturalistas, con terapeutas de distintas orientaciones teóricas. **Método:** Para evaluar el foco de los terapeutas en la Activación de Recursos (AR) se utilizó el instrumento observacional Wirkfaktoren-K para jueces independientes. Las terapias fueron agrupadas a partir de la presencia o ausencia de RT, evaluados entre el inicio y la cuarta sesión a través del cuestionario de autoreporte OQ-45.2 de Lambert. **Resultados:** Los resultados muestran diferencias significativas entre ambos grupos. Específicamente, los terapeutas del grupo Con RT dedicaron 3 veces más tiempo de la sesión a trabajar en AR que aquellos del grupo Sin RT. Adicionalmente, se ofrece evidencia detallada respecto de la variación del foco en AR a lo largo de la sesión y la proporción en que distintos contenidos relacionados con AR son abordados en ambos grupos.

Palabras clave: Activación de Recursos, psicoterapia, fortalezas, resultados terapéuticos tempranos

Introducción

Hacia finales del siglo XX, una vez que se hubo acumulado evidencia suficiente respecto de la efectividad de la psicoterapia, así como de la equivalencia de efectividad entre distintas escuelas, el interés de la investigación comenzó a centrarse en el estudio de factores comunes a los distintos enfoques de psicoterapia (Eysenck, 1994; Goldfried, Raue & Castonguay, 1998; Stiles, Shapiro & Firth-Cozens, 1990). En este contexto, basado en uno de los primeros metaanálisis sobre efectividad en psicoterapia Grawe (Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Grawe, 1997) abstrae teóricamente cuatro mecanismos genéricos relacionados con el cambio, a saber: a) Maestría; b) Clarificación; c) Activación de Problemas y; d) Activación de Recursos. Este último es definido como el uso de los recursos de los pacientes, especialmente en términos de sus características, habilidades y disposición motivacional, al servicio del trabajo terapéutico (Grawe, 1997). Se consideran también como Activación de Recursos (en adelante AR), todas las acciones realizadas por el terapeuta orientadas a favorecer que el paciente tenga una percepción positiva de sí mismo y una experiencia de mayor competencia respecto de la situación que le trae a consultar (Grawe & Grawe-Gereber, 1999). Por otro lado, otros procesos como la expresión emocional de aspectos dolorosos, o alcanzar una mayor comprensión de la naturaleza o causa de los problemas, se consideran ajenos a este mecanismo (Grawe, 1997).

Desde principios del presente siglo, distintos estudios han aportado evidencia acerca de la relación entre AR y los resultados finales de la psicoterapia (Gassman & Grawe, 2006; Flückiger et al., 2009; Mander et al., 2013; 2015; Stangier et al., 2010; Znoj et al., 2010). Sin embargo, algunos estudios reportan datos que sugieren ser cautelosos sobre la generalización de dicha conclusión (Flückiger, Zinbarg, Znoj & Ackert; 2014; Sander, Zobel, Dykieriek &

Schramm, 2013). Adicionalmente, una revisión sistemática reciente (Salvo, 2020) identifica vacíos tanto respecto de la relación entre AR y cambios terapéuticos tempranos, como respecto de la actividad del terapeuta relacionada con este mecanismo.

A partir de la evidencia disponible es posible considerar que un mayor conocimiento sobre cómo los terapeutas intervienen para favorecer la activación de los recursos de los pacientes podría ofrecer guías para la toma de decisiones terapéuticas, aportar al entrenamiento de habilidades específicas y contribuir a la comprensión de cómo ocurre el cambio en psicoterapia (Castronovo, Hirsch & Hirsch, 2020; Harbin, Gelso & Perez Rojas, 2014; Salvo, 2020). El presente artículo tiene por objetivo determinar diferencias en el grado en que los terapeutas enfocan su actividad en activar recursos de los pacientes durante la primera sesión de terapias con y sin resultados terapéuticos tempranos (en adelante RT), y caracterizar las intervenciones realizadas por los terapeutas enfocadas en AR.

Método

Participantes

Se evaluó una muestra de 32 procesos de psicoterapia, las características de dicha muestra se detallan en otro artículo (Salvo et al., en revisión). A modo de descripción general, todas las psicoterapias fueron desarrolladas en contextos naturalistas, en Santiago de Chile, en distintos contextos de psicoterapia ambulatoria, incluyendo centros de atención psicológica universitaria, centros de entrenamiento de postítulo para terapeutas y consulta particular. Los pacientes participantes de las terapias, eran mayores de 18 años y ninguno

presentaba trastornos psicóticos, de discapacidad cognitiva ni relacionado con sustancias. A su vez, todos los terapeutas eran profesionales titulados, que adscribían a distintos enfoques teóricos, incluidos: Constructivista Social, Cognitivo Conductual, Psicodinámico, Sistémico Estratégico y Humanista.

Instrumentos

Wirkfaktoren-K. El instrumento Wirkfaktoren-K (WIFA-K; von Consbruch et al., 2013) fue desarrollado como un instrumento observacional que permite evaluar el grado en que el terapeuta se enfoca en trabajar con los distintos mecanismos terapéuticos transteóricos descritos por Grawe, a lo largo de una sesión completa de psicoterapia. La subescala de Activación de Recursos (AR-K), evalúa el grado en que el terapeuta enfoca su actividad en AR en una escala de 7 puntos (de 0 a 6), a partir de los siguientes criterios: consideración de las capacidades del paciente; retroalimentación acerca de avances; atribución de los cambios a los esfuerzos del paciente, y; resignificación positiva de aspectos definidos inicialmente como problemáticos. Un mayor puntaje en esta escala da cuenta de un mayor enfoque de la actividad del terapeuta en trabajar con los recursos del paciente. Para el presente estudio se utiliza la versión adaptada y traducida al español por Salvo, Rojas, Krause y Schönfeld (aceptado). La subescala AR-K ha mostrado un alto grado de consistencia, con un índice de correlación interclase de 0,78 en su versión original en alemán (von Consbruch et al., 2013), y un coeficiente kappa entre 0,741 y 1 en su adaptación al español (Salvo et al., Aceptado).

Cuestionario de Resultados Terapéuticos OQ-45.2. En el contexto del presente estudio, para evaluar RT se consideró la diferencia de los puntajes reportados por los pacientes entre la primera y la cuarta sesión en el instrumento OQ-45.2 desarrollado por Lambert et al.

(1996). El cuestionario OQ-45.2 es un instrumento de auto reporte para pacientes, compuesto por 45 ítems evaluados en una escala tipo Likert de cinco puntos (“0= nunca” y “4= casi siempre”), Los ítems evalúan el funcionamiento general y bienestar del paciente durante la última semana en 3 áreas distintas, a saber: Sintomatología, Relaciones Interpersonales, y Rol Social. Un mayor puntaje en el puntaje total de este instrumento da cuenta de mayor malestar, o experiencia de afectación del bienestar y funcionamiento general. En su versión en inglés el instrumento ha mostrado una alta confiabilidad test-retest ($r= 0.84$, $p< 0.01$), y una alta consistencia interna ($\alpha= 0.93$) (Lambert et al., 1996). En el contexto del presente estudio se utilizó la versión adaptada y validada al español por von Bergen y De la Parra (2002), quienes reportan una confiabilidad test-retest de $r= 0.9$, $p< 0.01$, y una consistencia interna de $\alpha= 0.91$. Para la población chilena, el puntaje de corte que permite distinguir a la población clínica de la población no clínica es de 73 puntos en el puntaje global del instrumento. Y, el Índice de Cambio Confiable, que permite identificar la presencia de un cambio estadísticamente significativo en el puntaje global, corresponde a una diferencia igual o mayor a 17 puntos (Von Bergen y De la Parra, 2002).

Procedimiento

Evaluación de respuesta terapéutica temprana. Todos los pacientes respondieron el cuestionario OQ-45.2 al inicio de las sesiones uno (OQ1) y cuatro (OQ4). La presencia o ausencia de RT fue definida a partir del puntaje de corte de la población clínica y el índice de cambio confiable del instrumento para la población chilena:

“Con” RT : a) $OQ1 - OQ4 \geq 17$, cuando $OQ1 \geq 73$, y; b) $OQ4 < 73$, cuando $OQ1 < 73$

“Sin” RT : a) $OQ1 - OQ4 < 17$, cuando $OQ1 \geq 73$, y; b) $OQ4 \geq 73$, cuando $OQ1 < 73$

Al dividir la muestra de dicha manera, no se encontró diferencias estadísticamente significativas en la proporción de género entre los grupos para pacientes ni terapeutas ($\chi^2 (1, N = 32) = 0.413, p = .52$), en el nivel de bienestar pretratamiento, a partir de los puntajes de OQ1, ($t(24.42) = -0.11, p = .92$), ni en la proporción de pacientes que reportan un puntaje de bienestar en OQ1 por sobre y por debajo de la población clínica ($\chi^2 (1, N = 32) = 0.5, p = .48$). La Tabla I resume las características de ambos grupos.

Evaluación del foco de las actividad terapéutica en Activación de Recursos. Se evaluó la primera sesión de cada terapia a través del instrumento AR-K. En una primera etapa, dos jueces independientes evaluaron 8 sesiones, obteniendo un acuerdo interjueces con un puntaje kappa entre 0,741 y 1. Esta etapa se describe a cabalidad en Salvo et al., (aceptado). En una segunda etapa, a partir del alto grado de acuerdo interjueces alcanzado, las 24 sesiones restantes fueron evaluadas por un sólo juez. Ninguno de los jueces contaba con información previa respecto de las terapias observadas, siendo ambos ciegos respecto de los resultados terapéuticos reportados por los pacientes.

Análisis

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

(Kassambara, 2020), y las figuras fueron realizadas usando el paquete ggplot2 3.3.2 (Wickham, 2016).

Caracterización de la actividad de los terapeutas enfocadas en AR. Para caracterizar la actividad de los terapeutas enfocada en AR, en ambos grupos, se analizó las planillas de registro del instrumento AR-K utilizada por los jueces. Esta planilla fue desarrollada en el contexto del presente estudio para contribuir a la fundamentación de la toma de decisiones de los jueces respecto de su evaluación global de la sesión. Dicha planilla se expone íntegramente en un artículo anterior (Salvo et al., aceptado). En términos generales, la planilla consta de dos partes: La primera, utilizada para el presente análisis, es una tabla de 5x9, donde las 5 filas corresponden a cada uno de los aspectos considerados por el instrumento AR-K como parte de los criterios para evaluar AR, a saber: Objetivos, Motivación, Capacidades, Avances y Significaciones Positivas. Por otro lado, las 9 columnas corresponden al tiempo de la sesión, dividido en bloques de 5 minutos. Para cada sesión observada, los jueces deben marcar con una X en la celda perteneciente a fila y columna correspondiente, cada vez que observen alguna actividad del terapeuta enfocada en los temas señalados. Posteriormente, los jueces deben determinar si el trabajo respecto de dicho tema constituyó, o no, el foco principal de la actividad del terapeuta durante el bloque temporal de cinco minutos en el cual fue observado. A partir de dichos registros fue posible determinar la frecuencia de bloques temporales en los cuales los terapeutas se enfocaron en AR, variaciones de esta frecuencia a lo largo del tiempo de la sesión y el aspecto temático principal de la actividad de los terapeutas enfocada en AR. Para comparar las variaciones promedio de la frecuencia en que los terapeutas se enfocaban en AR a lo largo de la sesión, se utilizó la frecuencia de bloques temporales, agrupados en tres momentos: Inicio, Medio y

Final. Si bien la división de bloques de 5 minutos permitía una mayor especificidad temporal, se decidió agrupar igual cantidad de bloques de cinco minutos para representar cada uno de los 3 momentos de la sesión señalados a partir de las siguientes razones: a) las sesiones tenían distintas duraciones; b) la primera interacción entre terapeuta y paciente ocurría transcurrido distintos tiempos de grabación para distintas sesiones; c) considerando, además, el reducido tamaño muestral, al reducir la especificidad temporal se buscó disminuir variaciones anecdóticas específicas de los casos observados; d) al agrupar los bloques en una unidad de análisis de mayor duración temporal, que a la vez está dotada de significado, se buscó ganar en parsimonia al momento de discutir los resultados.

Resultados

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

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

Diferencia de promedios. Los resultados de la prueba t para los promedios de puntajes de AR-K entre los grupos con (2.91, SD = 1.70) y sin (1.67, SD = 0.87) RT, mostró diferencias estadísticamente significativas ($t(27.57) = -2.72, p = .011$), lo cual corresponde a

un tamaño de efecto grande ($d = -0.92$). La figura I (Ver Anexos) muestra la distribución de puntajes del instrumento AR-K para los grupos con y Sin RT.

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

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

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

mayor diferencia se observa durante el tiempo Medio de la sesión (Con RT: 0,66 unidades de desviación estándar sobre el promedio; Sin RT: 0,53 unidades de desviación estándar bajo el promedio). La Figura III grafica estas diferencias.

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

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

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

La figura IV (Ver Anexos) grafica dichos patrones en proporción del tiempo total de la sesión en que se observó actividad de los terapeutas enfocada en AR para cada grupo.

Discusión

Distintos estudios han reportado evidencia respecto de la importancia crítica de las fases tempranas de la terapia para el logro de los resultados terapéuticos finales (Gunlicks-Stoessel & Mufson, 2011; Strunk, Brotman, & DeRubeis, 2010). Sin embargo, existe poco conocimiento empírico respecto de los factores que favorecen los resultados terapéuticos tempranos y cómo estos contribuyen al logro de resultados posteriores (Zilcha-Mano et al., 2019). El mecanismo transteórico Activación de Recursos descrito por Grawe ha demostrado una relación significativa con los resultados globales de la terapia, sin embargo, previo al presente estudio, no se tiene conocimiento de otra investigación que hubiese reportado una relación significativa entre Activación de Recursos y los resultados terapéuticos tempranos

en términos de bienestar. Ahora bien, la coherencia entre los resultados aquí reportados y los resultados reportados en (Salvo, et al., en revisión) dan cuenta de la robustez del efecto de relación entre ambas variables. Adicionalmente, hasta donde sabemos, el presente artículo es el primero en ofrecer una caracterización empíricamente fundada de la actividad de los terapeutas enfocada en AR durante la primera sesión de psicoterapia.

Respecto de las características observadas en las intervenciones enfocada en AR realizadas por los terapeutas, se observó que la cantidad promedio de tiempo de la sesión durante el cual el foco principal de la actividad de los terapeutas fue AR, mostró ser aproximadamente, 3 veces mayor en el grupo Con RT comparado con el grupo Sin RT.

Por otro lado, se observó también diferencias en el grado en que los terapeutas de terapias con y Sin RT se enfocan en AR a lo largo de la sesión. Los resultados muestran que las diferencias entre terapias con y sin resultados tempranos son observables desde los primeros minutos de la sesión. La Viñeta I (Ver Anexos) ofrece un ejemplo de los primeros 5 minutos de una sesión perteneciente al grupo Con RT, y que fue evaluada con un puntaje alto en Activación de Recursos.

Por otro lado, las diferencias observadas muestran similitudes con los resultados reportados por Gassmann y Grawe (2006), a saber: a) en ambos estudios se observa un mayor foco de actividad enfocada en AR, a favor de los terapeutas de terapias con mejores resultados, en todos los momentos de la sesión, y; b) en ambos estudios, los terapeutas de terapias con peores resultados muestran un aumento de la actividad enfocada en AR sólo hacia el final de la sesión. Sin embargo, en el presente estudio no se observó el fenómeno de disminución hacia la mitad de la sesión reportado por Gassmann y Grawe (2006). Ahora bien,

cabe tener en cuenta que los resultados de ambos estudios no son del todo comparables, en tanto las variables independientes son distintas, que en los análisis reportados en el presente artículo corresponde a la al bienestar y funcionamiento de los pacientes, mientras que Gassmann y Grawe (2006) evalúan experiencias respecto de la sesión (Clarificación y Maestría). Por otro lado, el nivel de unidad de análisis también es distinto. Mientras en los análisis aquí reportados se evaluó bloques cinco minutos, Gassmann y Grawe (2006) analizan la sesión a un nivel de minuto por minuto. Y, en tercer lugar, para realizar los análisis, dichos autores incluyen y promedian datos de sesiones correspondientes a distintos momentos del proceso terapéutico, y no sólo de la primera sesión, como se realiza aquí. De todas maneras, en términos generales, los resultados de ambos estudios son coherentes y complementarios en fundamentar la relación entre AR y el cambio terapéutico.

Por otro lado, en cuanto al nivel temático de la actividad de los terapeutas enfocada en AR, la diferencia más grande entre terapias Con y Sin RT se observó en la proporción de tiempo dedicado por los terapeutas a trabajar acerca de las Competencias de los pacientes. Otras diferencias importantes se observaron respecto de la actividad enfocada en Avances y sobre Objetivos. Para estos resultados de caracterización a nivel temático, no se identificó evidencia previa publicada que pudiera ser comparable (Salvo, 2020), constituyendo estos resultados la primera evidencia empírica al respecto, hasta donde llega nuestro conocimiento. Ahora, sobre la actividad de los terapeutas enfocada en cada uno de estos temas, cabe especificar que, si bien los terapeutas de terapias Sin RT dedican una proporción mayor de su actividad enfocada en AR a trabajar en ciertos temas (ej: Objetivos), que aquellos de terapias Con RT, la cantidad total de actividad AR en terapias Con RT es 3 veces mayor. Una representación más clara de estas diferencias puede observarse en la Figura III (Ver Anexos).

O bien, al traducir dichos porcentajes en tiempo cronológico de la sesión (Ej: Con RT Objetivos: 6 minutos aprox.; Sin RT, Objetivos: 3 minutos aprox.).

Los resultados aquí presentados tienen el valor de ofrecer la primera caracterización empíricamente fundada de la actividad de los terapeutas enfocada en AR durante la primera sesión. En caso de confirmarse y expandirse los resultados reportados en el presente artículo, a través de nueva evidencia, dichos hallazgos podrían considerarse como información útil, tanto para la toma de decisiones en la práctica de la psicoterapia, como para la supervisión y entrenamiento de terapeutas.

Finalmente, tanto los resultados del presente artículo como los reportados en Salvo et al., (en revisión), apoyan la evidencia acumulada respecto de la relación entre AR y los resultados terapéuticos, en general, de la psicoterapia y contribuyen a su generalización, en tanto observa resultados congruentes con los encontrados en estudios desarrollados en otros contextos geográfico-culturales. Hasta donde se tiene conocimiento, el presente estudio, al cual pertenece este artículo, constituye la primera investigación empírica en AR conducida fuera de Alemania o Suiza.

Limitaciones

El presente estudio no controla por tipo de diagnóstico u otras características de los pacientes, distintas al nivel de bienestar y funcionamiento inicial, que pudieran tener algún efecto en el logro de resultados terapéuticos tempranos. Tampoco se controla por variables propias de los terapeutas. Dado que parte de la muestra está compuesta por datos de estudios anteriores, no se controló tampoco por variables relacionadas con la experiencia de los consultantes o terapeutas durante el desarrollo de la terapia.

Por otro lado, la metodología del presente estudio no permite dilucidar si la relación observada entre la actividad del terapeuta enfocada en AR durante la primera sesión y los resultados terapéuticos tempranos se puede explicar por efecto de lo observado durante dicha sesión, independiente de lo ocurrido en las próximas, o bien, si el efecto de lo observado durante la primera sesión se explica, al menos en parte, debido a la consistencia entre esta y las siguientes. De ser posible, en futuras investigaciones, se sugiere incorporar alguna evaluación posterior del mecanismo AR y controlar posibles variables concurrentes e interferentes.

Referencias

- Castronovo, M., Hirsch, H. & Hirsch, P. (s.f.). Guía y esquema gráfico para el uso de los recursos del consultante en terapia estratégica. Recuperado 24 Agosto, 2020, de <http://www.encyclopediasaludmental.org.ar/trabajo.php?id=14&idtt=39>
- Eysenck, H. J. (1994). The outcome problem in psychotherapy: What have we learned? *Behaviour Research & Therapy*, 32, 477-495.
- Flückiger, C., Caspar, F., Grosse Holtforth, M., & Willutzki, U. (2009). Working with patients' strengths: A microprocess approach. *Psychotherapy Research*, 19(2): 213-223. <https://doi.org/10.1080/10503300902755300>.
- Flückiger, C., Zinbarg, R., Znoj, H., & Ackert, M. (2014). Resource activation in generalized anxiety: An observer-based microprocess analysis of patients' in-session outcomes. *Psychotherapy*, 51(4), 535–545. <https://doi.org/10.1037/a0034119>

- Gassmann, D., & Grawe, K. (2006). General change Mechanisms: The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 1–11.
- Goldfried, M. R., Raue, P. J. & Castonguay, L. G. (1998). The therapeutic focus in significant sessions of master therapists: A comparison of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 803-810.
- Grawe, K. (1997). Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 7, 1–19.
- Grawe K, Donati R, Bernauer F. (1994). Psychotherapie im Wandel: von der Konfession zur Profession [The change of psychotherapy. From confession to profession]. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung. *Psychotherapeut* 44, 63–73. <https://doi.org/10.1007/s002780050149>
- Gunlicks-Stoessel, M., & Mufson, L. (2011). Early patterns of symptom change signal remission with interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Depression and anxiety*, 28(7), 525–531. <https://doi.org/10.1002/da.20849>
- Harbin, J., Gelso, C., & Perez, A. (2014) Therapist Work with Client Strengths: Development and Validation of a Measure. *The Counseling Psychologist*, 42(3) 345-373.
- Kassambara, A. (2020). rstatix: Pipe-Friendly Framework for Basic Statistical Tests. R package version 0.6.0.

- Lambert, M. J., Lunnen, K., Umphress, V., Hansen, N. B., & Burlingame, G. M. (1996). *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire (OQ - 45.1)* Salt Lake: IHC Center for Behavioral Health Care Efficacy.
- Mander, J., Jacob, G., Götz, L., Sammet, I., Zipfel, S., & Teufel, M. (2015). Associations between Grawe's general mechanisms of change and Young's early maladaptive schemas. *Psychotherapy Research*, 25(2) 249–262. doi:10.1080/10503307.2014.889330.
- Mander, J., Wittorf, A., Schlarb, A., Hautzinger, M., Zipfel, S., & Sammet, I. (2013). Change mechanisms in psychotherapy: Multiperspective assessment and relation to outcome. *Psychotherapy Research*, 23(1), 105–116. doi:10.1080/10503307.2012.744111
- R Core Team (2017). R: A language and environment for statistical computing. *R Foundation for Statistical Computing*, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.
- Salvo, J. D. (2020). Activación de Recursos en Psicoterapia. ¿Cómo se ha estudiado y qué sabemos?: Una revisión sistemática. *Rev. CES Psico*, 13(3), 82-99.
- Salvo, J. D., Krause, M., Uribe, L., Ramirez, I. (en revisión). Therapist activity focusing on patients' resources and its relation with early therapeutic outcome in psychotherapy.
- Salvo, J.D., Rojas, M.I., Krause, M., Schönfeld, M. (aceptado). Una herramienta para la investigación en psicoterapia, uso clínico y entrenamiento de terapeutas: Adaptación al español, análisis de validez y confiabilidad de la escala Activación de Recursos del instrumento WIFA-K. *Revista de Terapias Y Familias*. 30(50).

- Sander, L., Zobel, I., Dykieriek, P., & Schramm, E. (2013). Common Factors in the treatment of chronic depression. Comparison of 2 psychotherapy methods. *Verhaltenstherapie*, 22, 228–235. <https://doi.org/10.1159/000345644>
- Stangier, U., Von Consbruch, K., Schramm, E., & Heidenreich, T. (2010). Common factors of cognitive therapy and interpersonal psychotherapy in the treatment of social phobia. *Anxiety, Stress, & Coping*. 23(3), 289-301.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A. & Firth-Cozens, J. A. (1990). Correlations of session evaluations with treatment outcome. *British Journal of Psychology*, 29, 13-21.
- Strunk, D. R., Brotman, M. A., & DeRubeis, R. J. (2010). The process of change in cognitive therapy for depression: predictors of early inter-session symptom gains. *Behaviour research and therapy*, 48(7), 599–606. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.03.011>
- von Consbruch, K., Flückiger, C., Stangier, U., Beutel, M., Herpertz, S., Hoyer, J... Wiltink, J. (2013). WIFA-k: Ein neues Messinstrument zur zeitökonomischen Erfassung allgemeiner Wirkfaktoren nach Grawe. [WIFA-k: A new instrument for a time-efficient assessment of common factors in psychotherapy]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 63, 286–289. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1331206>
- Von Bergen A, De La Parra G. (2002). OQ-45.2 Cuestionario para Evaluación de Resultados y Evolución en Psicoterapia: Adaptación, Validación e Indicaciones para su Aplicación e Interpretación. *Revista de Terapia Psicológica* 20, 161-76.
- Wickham, H. (2016). ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis. Springer International Publishing, New York.

Zilcha-Mano, S., Errázuriz, P., Yaffe-Herbst, L., German, R. E., & DeRubeis, R. J. (2019).

Are there any robust predictors of “sudden gainers,” and how is sustained improvement in treatment outcome achieved following a gain? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(6), 491–500. <https://doi.org/10.1037/ccp0000401>

Znoj, H.-J., Messerli-Burgy, N., Tschopp, S., Weber, Rainer; C., Christen, L., Christen, S., & Grawe, K. (2010). Psychotherapeutic process of cognitive_behavioral intervention in HIV-infected persons: Results from a controlled, randomized prospective clinical trial. *Psychotherapy Research*, 20(2), 203-213.

Anexos

Tabla I: Características grupos Con y Sin resultados terapéuticos tempranos

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

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

Figura I: Distribución de puntajes Activación de Recursos, grupos Con y Sin RT

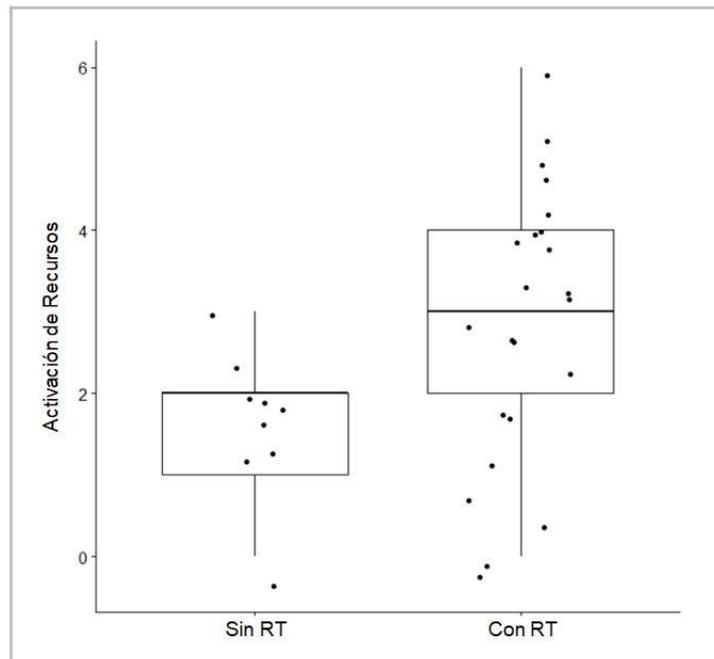
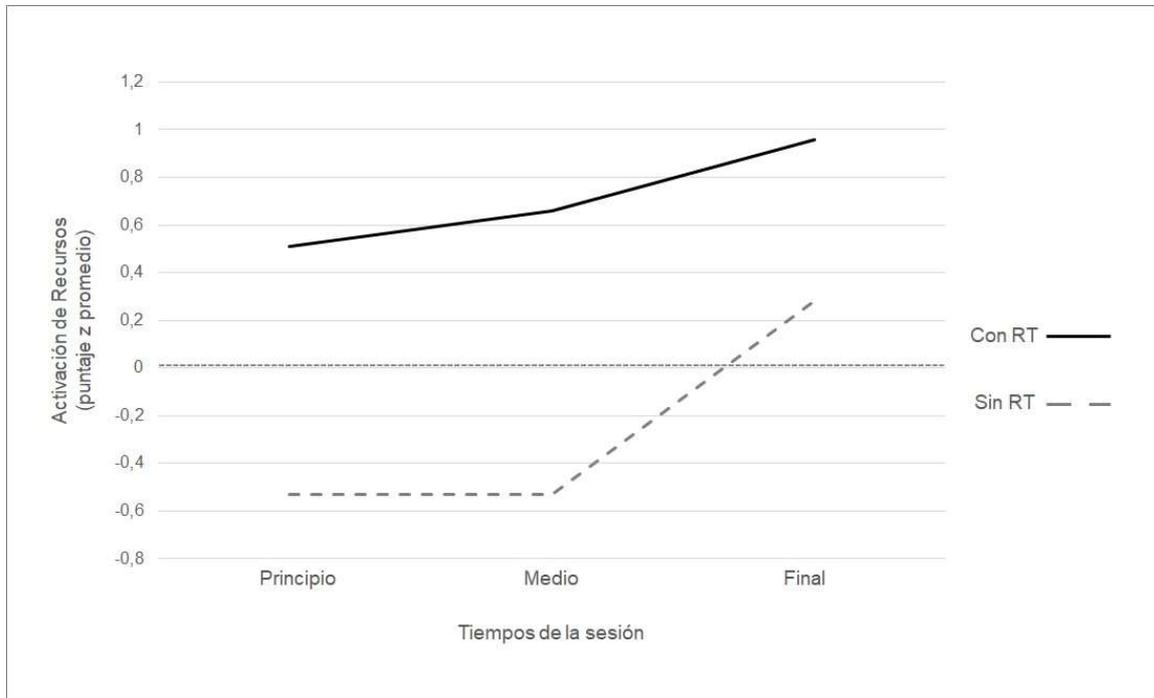
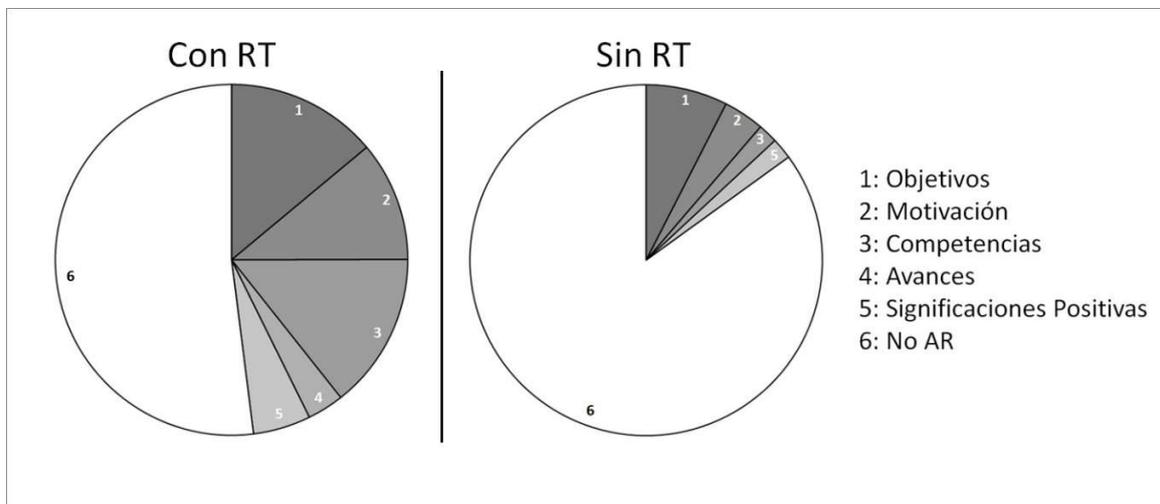


Figura II: Actividad del terapeuta en AR x Tiempos de la sesión en terapias Con y Sin RT.



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

Figura III: Proporción del tiempo total de la sesión con actividad del terapeuta enfocada en Activación de Recursos observada en terapias con y sin resultados terapéuticos tempranos: Diferencias a nivel de contenido



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

Conclusiones y Discusión

La presente tesis buscó responder al objetivo de determinar diferencias de resultados terapéuticos tempranos entre terapias con un alto versus bajo foco de actividad del terapeuta en la Activación de Recursos, y caracterizar la actividad del terapeuta enfocada en activar recursos en terapias con y sin resultados terapéuticos tempranos.

Tanto la relevancia como la justificación del diseño del presente estudio fueron fundamentados a través de la revisión sistemática de la literatura en inglés y español acerca de AR y su relación con otras variables de proceso y resultado en psicoterapia, la cual se reporta en el primer artículo de la presente tesis (Salvo, 2020). A partir de dicha revisión fue posible concluir lo siguiente:

- i. La evidencia acerca de la relación entre AR y resultados globales de la psicoterapia es mayoritariamente favorable, en el sentido de que un mayor nivel de AR se relaciona, y predice, el logro de los resultados. Sin embargo, algunos estudios reportan datos que sugerirían tomar con precaución la generalizabilidad de dicha conclusión.
- ii. Los estudios sobre AR han privilegiado el análisis de datos levantados a partir del reporte retrospectivo de la experiencia en sesión o del desarrollo del proceso, por sobre la observación de la actividad durante la sesión.
- iii. Se encontró escasa evidencia empírica respecto de la relación entre la actividad del terapeuta enfocada en AR y resultados terapéuticos tempranos en psicoterapia, en el sentido de cambios en el bienestar y funcionamiento general de los pacientes;

- a. En el único artículo identificado que reporta evidencia al respecto, no se encontró resultados estadísticamente significativos (Mander et al., 2015a).
- iv. Entre los estudios que incluyen análisis de datos levantados a partir de la observación de la actividad del terapeuta enfocada en AR por parte de jueces independientes, no se reportan resultados sobre efectos ni caracterización respecto de la primera sesión de psicoterapia;
- v. Se observó una alta heterogeneidad entre los distintos estudios respecto de su metodología, incluyendo el diseño general, la operacionalización de AR, tamaños muestrales, características de la muestra, etc., lo que dificulta la comparación de los distintos resultados y sugiere la necesidad de nuevos estudios que repliquen o refuten la evidencia disponible;
- vi. Se observó una alta homogeneidad respecto de la comunidad de autores que han investigado AR, así como respecto de los contextos geográficos en los cuales los distintos estudios han sido conducidos, lo cual sugiere la necesidad de nuevos estudios, en contextos diferentes, para la generalización de las conclusiones.
 - a. No se encontró reportes de estudios empíricos desarrollados en contextos hispanohablantes.

Adicionalmente, los resultados de dicha revisión sugieren que, tanto la escasa evidencia respecto de la actividad del terapeuta enfocada en AR como la alta homogeneidad de contextos geográficos-académicos en que se han desarrollado los estudios, pudiera explicarse, al menos en parte, debido a la dificultad de acceso a los instrumentos existentes para evaluar AR, en tanto estos están disponibles solo en idioma alemán (Grawe et al., 1999; von Consbruch et al., 2013), corresponden a desarrollos no publicados (Gassmann, 2002;

Grawe, Regli, Smith, & Dick, 1999) o bien , el nivel de detalle de unidades de análisis para el cual están diseñados, a nivel de minuto a minuto, implica una elevada inversión de tiempo para su utilización (Flückiger & Grosse Holtforth, 2008).

Por otro lado, a partir de la revisión sistemática realizada, se identificó que la subescala de Activación de Recursos de la escala Wirkfaktoren-K (WIFA-K; von Consbruch et al., 2013) es el único instrumento observacional para la evaluación de la actividad de los terapeutas enfocada en AR que abarca la totalidad de una sesión como unidad de análisis. Dicha característica reduce considerablemente el tiempo requerido para su aplicación, comparado con otros instrumentos observacionales, como los instrumentos Therapy Spectrum Analysis (Grawe, Regli, Smith, & Dick, 1999), Consistency Theory Micro-Process Analyses (Gassmann, 2002) y Ressourcenorientierte Mikroprozessanalyse (Flückiger & Grosse Holtforth, 2008b), permitiendo analizar un mayor número de sesiones con menor inversión de recursos. Sin embargo, dicha ventaja se logra a costa de reducir la especificidad temporal y temática de la información obtenida. Ahora bien, para los fines de testear la hipótesis principal y responder al primer objetivo específico del presente estudio, el nivel de detalle que ofrece el instrumento WIFA-K fue evaluado como suficiente, aunque no así para poder responder al segundo objetivo específico. Tomando esto en cuenta, junto con adaptar y validar dicha escala al español, se diseñó una planilla de registro para las observaciones de los jueces independientes, de manera de poder obtener la información necesaria para responder al segundo objetivo específico del presente estudio. Los resultados de dicho proceso y la planilla de registro desarrollada fueron expuestos en el segundo artículo de la presente tesis (Salvo et al., aceptado). Los resultados mostraron un alto nivel de acuerdo

interjueces y una adecuada validez de constructo, lo que permitió usar el instrumento con confianza para los fines del presente estudio.

La hipótesis principal del presente estudio, así como el primer objetivo específico, fueron abordados en el tercer artículo compendiado en la presente tesis (Salvo et al., en revisión, a). Los resultados allí reportados ofrecen evidencia estadísticamente significativa a favor de la hipótesis, a saber: En las terapias donde el terapeuta enfocó su actividad en AR en un nivel alto durante la primera sesión, los pacientes reportaron mayores resultados terapéuticos tempranos que los pacientes de terapias donde los terapeutas enfocaron su actividad en AR en un nivel bajo ($F(1, 29) = 7.021, p = .013$). Este efecto mostró ser estadísticamente significativo e independiente del efecto del nivel de bienestar y funcionamiento pretratamiento de los pacientes, lo cual fue controlado estadísticamente a través de un análisis de covarianza.

Dichos resultados, hasta donde llega nuestro conocimiento, representan el primer reporte acerca de:

- a) Evidencia a favor de, la relación entre Activación de Recursos y resultados terapéuticos tempranos, entendida como cambios en el nivel de bienestar y funcionamiento de los pacientes, y;
- b) Evidencia empírica que permita caracterizar la actividad del terapeuta enfocada en AR durante la primera sesión de psicoterapia.

Dichas conclusiones se apoyan en la revisión sistemática de la literatura reportada en el primer artículo compendiado en la presente tesis (Salvo, 2020). Específicamente, tal como se señaló recientemente, el único artículo identificado que reportó datos respecto de la

relación entre AR y resultados terapéuticos tempranos, entendidos de forma similar al presente estudio, no había encontrado efectos significativos (Mander et al., 2015a). Ahora bien, la metodología utilizada para evaluar AR en ambos estudios es distinta. En el presente estudio se utilizó una metodología observacional cuyo foco fue la actividad de los terapeutas durante la sesión. El estudio de Mander et al. (2015a), en cambio, utilizó una metodología retrospectiva, para evaluar la experiencia de pacientes y terapeutas acerca de la reciente sesión a través de un cuestionario de auto reporte. Ambas metodologías tienen sus pros y contras, ofreciendo información complementaria. Específicamente, en el presente estudio, la metodología utilizada permitió evaluar criterios de frecuencia, proactividad, persistencia, coherencia y consideración al momento de evaluar y caracterizar la presencia del mecanismo AR. Sin embargo, no se incluyó la perspectiva de los pacientes respecto de si experimentaron efectivamente, o no, una activación de sus recursos. El estudio de Mander et al., (2015a), en cambio, consideró la perspectiva de terapeutas y pacientes; sin embargo, el instrumento utilizado no permite saber qué experiencias consideraron éstos para realizar sus evaluaciones respecto de la activación de recursos, si distintos pacientes o terapeutas basan su evaluación en los mismos criterios, o no, ni asegura que la evaluación sobre AR sea independiente respecto de otros procesos experimentados por los participantes durante la sesión evaluada. Y, aún cuanto esto último fuera posible, el instrumento de auto reporte utilizado por Mander et al., (2015a) no permite dilucidar quién hizo qué, ni cómo o cuándo lo hizo, para activar los recursos de los pacientes. Estas últimas preguntas constituyen el foco del cuarto artículo de la presente tesis, que abordó el segundo objetivo específico del presente estudio.

Por otro lado, si bien no se encontraron estudios previos que reportaran evidencia específica de la relación entre resultados y la actividad del terapeuta durante la primera sesión

y los resultados terapéuticos tempranos, en términos del bienestar y funcionamiento de los pacientes, algunas investigaciones previas reportan efectos que sugieren dicha hipótesis. Smith & Grawe (2003; 2005), por ejemplo, observan una relación significativa entre AR, durante el conjunto de las primeras cuatro sesiones y la experiencia de productividad global de dichas sesiones.

Ahora bien, existen autores que teorizan efectos en una dirección distinta a la hipótesis del presente estudio. Específicamente Mander et al., (Mander, 2012; Mander et al., 2014) hipotetizan que AR tendrá una mayor relación con los resultados terapéuticos en Etapas de Cambio definidas como tardías según la conceptualización de Prochaska y DiClemente (1983). Y que, durante Etapas de Cambio más tempranas, los mecanismos Activación de Problemas y Clarificación, descritos por Grawe (1997), serían los que mostrarían una mayor relación con los resultados terapéuticos. Si dicha hipótesis encontrara evidencia a favor, habría razones para cuestionar la generalización de los resultados del presente estudio. En dicho escenario, la actividad de los terapeutas enfocada en AR durante la primera sesión se relacionaría con mejores resultados terapéuticos tempranos, solo sí, o principalmente, cuando los pacientes comiencen la terapia en una etapa de cambio avanzada (Acción o Mantenimiento). El supuesto detrás de la hipótesis de Mander et al. (2014; Mander, 2012) es que, en tanto la definición general de AR implica el uso de los recursos de los pacientes, este puede entenderse como un mecanismo de cambio conductual, a diferencia de los mecanismos Activación de Problemas y Clarificación Motivacional, los cuales podrían entenderse como mecanismos de cambio experienciales. Ahora bien, aunque el mecanismo AR podría operacionalizarse sólo desde una perspectiva conductual de uso de los recursos, el modelo general de psicoterapia definido por Grawe (1997) permite entenderlo

teóricamente como un mecanismo que puede incluir también, por ejemplo, una perspectiva de análisis de los recursos, clarificación motivacional y aumento de conciencia de los recursos, dando lugar a procesos que pueden entenderse como cambio experiencial. Aún más, en la versión para los pacientes del instrumento de auto reporte *Multiperspective Assessment of General Change Mechanisms in Psychotherapy* (Mander et al., 2013), desarrollado por los mismos autores y utilizado para evaluar AR en el estudio que testea dicha hipótesis (Mander et al., 2014), al menos dos de los tres ítems de la escala de Activación de Recursos apuntan a un nivel que podría considerarse como experiencial, a saber: “En la sesión de hoy pude sentir dónde se asientan mis fortalezas” y “Por medio de la sesión de hoy, me sentí realizado en mi autoconcepto” (Mander et al., 2013, p 108, traducción propia). Al testear dicha hipótesis, acerca del AR como mecanismo de cambio conductual, Mander et al. (2014) reportaron resultados mixtos, que según sus conclusiones apoyaban parcialmente dicha hipótesis. Específicamente, los autores encontraron que, en una fase inicial de la terapia (cuarta sesión), la etapa Contemplación mostró correlaciones significativas con todos los mecanismos probados, incluido AR y, por otro lado, que todos los mecanismos mostraron mayor capacidad de predecir resultados globales en la Etapa de Cambio Acción, y no sólo los definidos como conductuales. De esta manera, si bien la hipótesis y supuestos de Mander et al. (2014; Mander, 2012) son distintos a la hipótesis del presente estudio, los resultados de Mander et al. (2014) son coherentes con los resultados reportados en el tercer y cuarto artículo de la presente tesis.

Por otro lado, Flückiger et al. (2010) observaron una tendencia al incremento a lo largo de la terapia para todos los mecanismos terapéuticos descritos por Grawe, especialmente para AR y Activación de Problemas. Si bien dichos resultados no son

directamente contrarios a la hipótesis del presente estudio, representan un antecedente que hizo suponer la posibilidad de no encontrar efectos significativos a partir de datos evaluados sólo a partir de la primera sesión, especialmente considerando que no existía evidencia previa acerca de la sensibilidad del instrumento WIFA-K, además del reducido tamaño muestral utilizado en el presente estudio. De esta manera, si bien la hipótesis podía ser fundamentada con cierta confianza, las decisiones respecto de la metodológica suponían un cierto riesgo difícil de estimar, pero que valía la pena evaluar. Cabe señalar, de todas maneras, que el efecto observado por Flückiger et al. (2010) fue observado también en Mander et al. (2015a), pero no en Mander et al. (2015b). Ahora bien, los resultados del presente estudio ofrecen evidencia acerca de una alta presencia de actividad enfocada en AR en terapias con resultados terapéuticos positivos tempranos, y una relación entre la actividad del terapeuta enfocada en AR durante la primera sesión y los resultados terapéuticos tempranos con un tamaño de efecto grande. No se evaluó, sin embargo, si la presencia de actividad enfocada en AR aumentó o permaneció estable a lo largo de las terapias.

El cuarto artículo de la presente tesis, cuyo objetivo es caracterizar la actividad de los terapeutas enfocada en AR durante la primera sesión de terapias con y sin resultados terapéuticos positivos, reporta evidencia respecto de la proporción de la sesión enfocada en AR, variaciones de este foco a lo largo de la sesión y la proporción en que distintos contenidos temáticos relacionados con AR son abordados. Adicionalmente, ofrece nueva evidencia consistente para el efecto de relación entre un mayor foco en AR de la actividad del terapeuta durante la primera sesión y los resultados terapéuticos tempranos. A diferencia de los análisis reportados en el tercer artículo, donde AR fue definida como variable independiente (con dos valores posibles: “alta” o “baja”), y los resultados terapéuticos fueron la variable dependiente

(con un rango de valores posible entre 0 y 180), para los análisis del cuarto artículo, los resultados terapéuticos tempranos fueron definidos como la variable independiente (con dos valores posibles: “con” o “sin”), y AR fue la variable dependiente (con un rango de valores posibles entre 0 y 7, correspondientes al puntaje de la escala AR del instrumento WIFA-K). Si bien los análisis reportados en los artículos 3 y 4 fueron realizados a partir del mismo conjunto de terapias, al definir las variables de manera distintas, los grupos de comparación en los que se dividió la muestra incluyeron distintos casos. En los resultados de los análisis del cuarto artículo, se observó que en las terapias con resultados terapéuticos tempranos, los terapeutas enfocaban más su actividad en AR que los terapeutas de terapias sin resultados terapéuticos tempranos ($t(27.57) = -2.72, p = .011$). La coherencia entre los resultados de los análisis conducidos en el artículo tercero y cuarto dan cuenta de la robustez del efecto de relación entre la actividad de los terapeutas enfocada en AR y los resultados terapéuticos tempranos. Por otro lado, dichos resultados sustentan estadísticamente la relevancia de la caracterización realizada posteriormente.

Adicionalmente, en tanto para los análisis realizados en el segundo y tercer artículo se utilizó una dicotomización de los valores de la escala AR del instrumento WIFA-K, los análisis del cuarto artículo corresponden al primer uso reportado de a partir del rango completo de los valores de la escala para evaluar su relación con una segunda variable. Dichos resultados ofrecen nueva evidencia a favor de la validez y sensibilidad del instrumento, complementaria a los resultados reportados en el segundo artículo (Salvo et al., aceptado)

Por otro lado, respecto de la caracterización de la actividad de los terapeutas, se pudo constatar una tendencia general en terapias sin resultados tempranos, a privilegiar otros focos

de trabajo, distintos a AR, durante la primera sesión de psicoterapia. En este grupo, en promedio, se observó actividad de los terapeutas enfocada en AR durante 1/6 del tiempo de la sesión. En terapias con resultados tempranos, en cambio, se observó actividad de los terapeutas enfocada en AR durante 1/2 del tiempo de la sesión. Adicionalmente, la distribución de este tiempo mostró ser más homogénea en terapias con resultados tempranos, con una tendencia progresiva al aumento a lo largo de la sesión y siempre por sobre el promedio total de ambas muestras. En terapias sin resultados tempranos, en cambio, se observó un foco de actividad en AR por debajo del promedio de ambas muestras, y sin variaciones entre el inicio y medio de la sesión, seguido por un aumento drástico recién hacia el final de esta. El patrón de variación de la actividad de los terapeutas en AR en terapias sin resultados terapéuticos tempranos, a lo largo de la sesión, fue idéntico al observado por Gassmann y Grawe (2006) en sesiones “no exitosas”. El patrón observado en las terapias con resultados terapéuticos, por otro lado, es similar al de sesiones “exitosas” del estudio de dichos autores, aunque en el presente estudio no se observó la disminución en AR que estos observaron en alrededor del tiempo medio de la sesión. En el estudio de Gassmann y Grawe (2006), las sesiones “exitosas” y “no exitosas” fueron operacionalizadas como aquellas con el puntaje más bajo, de cada terapia, en los mecanismos Clarificación y Maestría, evaluada por los pacientes. Si bien las variables independientes de ambos estudios son distintas, y para la selección de sesiones en el estudio de Gassmann y Grawe (2006) no se consideró a qué número de sesión correspondía cada una al interior de cada proceso, los resultados de ambas investigaciones son coherentes y complementarias en fundamentar la relación entre AR y el cambio terapéutico.

Por otro lado, a partir de los datos analizados, fue posible caracterizar distintos focos temáticos de la actividad de los terapeutas enfocada en AR, e identificar diferencias al respecto entre terapias con y sin resultados terapéuticos tempranos. Para dichos resultados no se identificó evidencia previa publicada que pudiera ser comparable (Salvo, 2020). La diferencia más grande entre terapias con y sin resultados terapéuticos se observó respecto de la proporción de la actividad y tiempo dedicado a trabajar acerca de las Competencias de los pacientes. Específicamente, mientras en terapias con resultados tempranos los terapeutas dedicaron, en promedio, alrededor del 30% del total de la actividad enfocada en AR, en terapias sin resultados terapéuticos los hicieron un 12%. Otros dos hallazgos llamativos se observaron respecto a la proporción de la actividad enfocada en AR que los terapeutas de terapias con y sin resultados tempranos dedicaron al trabajo sobre Avances (con resultados tempranos: 7%; sin resultados tempranos: 0%) y sobre Objetivos (con resultados tempranos: 29%; sin resultados tempranos: 50%). Respecto del trabajo sobre Objetivos cabe especificar que, si bien los terapeutas de terapias sin resultados tempranos dedican una proporción mayor de su actividad enfocada en AR, comparado con los terapeutas de terapias con resultados tempranos positivos, la cantidad total de actividad AR en terapias con resultados tempranos es 3 veces mayor que en aquellas sin resultados tempranos. La implicancia real de dicho porcentaje puede apreciarse de mejor manera traducido en tiempo cronológico aproximado de la sesión (con resultados tempranos: 6 minutos; sin resultados tempranos: 3 minutos).

Como se señaló y ejemplificó previamente, parte de las posibles diferencias y dificultades de comparación entre distintos estudios puede atribuirse a las distintas metodologías, operacionalizaciones y características de las muestras utilizadas en los estudios (Salvo, 2020). Ahora bien, ya sea que se observe, o no, una tendencia al aumento de AR a lo largo

del tratamiento, o bien, que el efecto de relación entre AR y los resultados terapéuticos aumente o se mantenga igual a lo largo del tratamiento, la evidencia mayoritaria de distintas investigaciones, incluido los análisis reportados en los artículos tercero (Salvo et al., en revisión, a) y cuarto (Salvo et al., en revisión, b), sugiere la conclusión a favor de la relación entre AR y los resultados terapéuticos, desde el comienzo de la psicoterapia, incluida ahora también la evidencia específica respecto de la importancia de AR durante la primera sesión y los resultados terapéuticos tempranos.

En caso de confirmarse y expandirse los resultados reportados en la presente tesis, a través de nueva evidencia, dichos hallazgos podrían considerarse como información útil, tanto para la toma de decisiones en la práctica de la psicoterapia, como para el desarrollo de nuevas intervenciones que permitan focalizar y entrenar la capacidad de los terapeutas de activar los recursos de sus pacientes. Bajo el supuesto de que el foco de la actividad del terapeuta depende, al menos en parte, de factores propios de los mismos terapeutas, resultaría razonable pensar en la posibilidad de que estos, en caso de quererlo, pudieran decidir y entrenar su capacidad de enfocar su actividad en AR. Hasta donde llega nuestro conocimiento, sólo un estudio previo ha explorado dicha posibilidad (Flückiger & Grosse Holtfoth, 2008). En dicho estudio se reporta la efectividad de una intervención breve en su capacidad de aumentar la actividad de los terapeutas enfocada en AR, así como diferencias significativas en la reducción promedio de sintomatología a favor de los pacientes cuyos terapeutas participaron de dicha intervención, comparado con los pacientes de terapias donde los terapeutas no participaron de la intervención. En ambos grupos, los pacientes eran ciegos respecto de la participación, o no, de los terapeutas en la intervención orientada a aumentar el foco en AR. Dicho estudio muestra, por otro lado, que los terapeutas que participaron de

la intervención tendieron a disminuir su actividad enfocada en AR en las sesiones posteriores a la finalización de la intervención, lo que sugiere que AR es un mecanismo que no depende sólo de los supuestos o intención de los terapeutas, sino que requeriría de capacidades que pueden ganar o perder efectividad con mayor o menor entrenamiento. Al respecto, a partir de la experiencia reportada en Salvo et al. (aceptado), acerca de la consistencia, validez y breve tiempo de administración de la escala de Activación de Recursos del instrumento WIFA-K, puede sugerirse su utilización como parte de una intervención de entrenamiento para terapeutas que quisieran aumentar su capacidad de enfocar su actividad en AR, tanto para identificar focos de oportunidades de desarrollo, como para revisar el propio desempeño en el tiempo y evaluar el progreso. A partir de los mismos resultados es posible sugerir la utilización de dicho instrumento para informar la toma de decisiones en la práctica rutinaria de psicoterapia y/o en la supervisión clínica.

Limitaciones

El presente estudio no controló por tipo de diagnóstico u otras características de los pacientes, distintas al nivel de bienestar y funcionamiento inicial, que pudieran tener algún efecto en el logro de resultados terapéuticos tempranos. Dado que parte de la muestra está compuesta por datos utilizados en estudios anteriores, no fue posible incorporar nueva información a partir de la perspectiva de los pacientes o terapeutas. Por otro lado, los objetivos y diseño del presente estudio no permiten dilucidar si la relación que se encontró entre la actividad del terapeuta enfocada en AR durante la primera sesión y los resultados terapéuticos tempranos se puede explicar por efecto de lo observado durante dicha sesión, independiente de lo que pudiera haber sucedido en las próximas, o bien debido a un efecto de consistencia de lo ocurrido entre la primera sesión y las siguientes.

Por otro lado, en tanto no se evaluó otros focos de la actividad de los terapeutas, pudiera existir un efecto no controlado relacionado con el nivel de actividad o proactividad del terapeuta, en general, sobre los resultados terapéuticos. Es decir, que los terapeutas que realizaron menos actividad enfocada en AR pudieran haber realizado también menos actividad enfocada en otros mecanismos. Ahora bien, en tanto se entiende que existe una relación entre los distintos mecanismos terapéuticos descritos por Grawe (1997) y que una terapia efectiva debiera incluir el uso de los distintos mecanismos, aún evaluando otros mecanismos resulta difícil diferenciar su efecto independiente, siendo esto parte de las dificultades relativas a la investigación en contextos naturalistas y con tamaño de muestra reducido.

Sugerencias para futuras investigaciones

Los resultados presentados aportan evidencia acerca de la utilidad de un instrumento breve como el instrumento WIFA-K para evaluar AR desde la perspectiva de observadores externos, con suficiente sensibilidad para pesquisar un efecto sobre los resultados terapéuticos. Dada la novedad del diseño del presente estudio, tanto respecto al tipo de instrumento utilizado como al número de evaluaciones realizadas, la evidencia reportada sugiere la factibilidad de replicación de la experiencia con una costo-efectividad comparativamente alta respecto de otros estudios de microproceso sobre la actividad del terapeuta enfocada en AR (Flückiger & Grosse Holtforth, 2008; Flückiger, et al., 2009; Flückiger, et al., 2014; Gassmann & Grawe, 2006; Smith & Grawe, 2003; 2005; favoreciendo la replicación de investigación empírica con este foco en contextos naturalistas.

A partir de la experiencia del presente estudio, y con el fin de superar distintas limitaciones reportadas respecto de la presente metodología se sugiere, siempre que sea posible, adicionar alguna de las medidas de AR que incorporen la perspectiva de los pacientes. Una posibilidad de combinar dos perspectivas, y que permitiría contar con registros sesión a sesión de una misma terapia para observar la evolución longitudinal a lo largo del proceso, es utilizar alguno de los instrumentos de autoreporte de la experiencia de los pacientes disponible, y, posteriormente, utilizar el instrumento WIFA-K, u otro instrumento observacional, para aquellas sesiones que se definan como relevantes.

Por otro lado, un fenómeno respecto del cual no existe evidencia y cuya investigación pudiera complementar los resultados del presente estudio, es el grado de consistencia de los terapeutas, respecto de sí mismos, en la proporción de su actividad dedicada a la Activación de Recursos, a través de su participación en distintos procesos terapéuticos. Dicha evidencia contribuiría a esclarecer la direccionalidad o co-determinación de la relación entre la actividad del terapeuta enfocada en AR y la actividad AR de los pacientes.

Finalmente, el presente estudio constituye la primera investigación empírica sobre el mecanismo AR descrito por Grawe (1997), conducida fuera de Alemania o Suiza y, por lo tanto, también la primera con muestra hispanohablante. En este sentido, el presente estudio tiene el valor de contribuir a la generalización de la evidencia disponible acerca de la relación entre AR y los resultados terapéuticos. Aun así, este constituye un primer paso en este sentido, por lo que se sugiere la conducción de nuevos estudios, realizados en distintos contextos geográfico-culturales e, idealmente, con un mayor tamaño muestral, para aumentar la confianza acerca de la generalización de la evidencia disponible.

Referencias

- Bandura, A. (1986). From thought to action: Mechanisms of personal agency. *New Zealand Journal of Psychology*, 15, 1-17.
- Booth, R., & O'Brien, P.J. (2008). An holistic approach for counsellors: Embracing multiple intelligences. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 30(2), 79-92
- Castronovo, M., Hirsch, H. & Hirsch, P. (s.f.). Guía y esquema gráfico para el uso de los recursos del consultante en terapia estratégica. Recuperado 24 Agosto, 2020, de <http://www.encyclopediasaludmental.org.ar/trabajo.php?id=14&idtt=39>
- Cheavens, J. S., Strunk, D. R., Lazarus, S. A., & Goldstein, L. A. (2012). The compensation and capitalization models: a test of two approaches to individualizing the treatment of depression. *Behaviour research and therapy*, 50(11), 699–706. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.08.002>
- Cohen, Z. D., & DeRubeis, R. J. (2018). Treatment Selection in Depression. *Annual review of clinical psychology*, 14, 209–236. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084746>
- Davidson, T. (2014). STRENGTH: A System of Integration of Solution-Oriented and Strength-Based Principles. *Journal Of Mental Health Counseling*, 36(1), 1-17.
- de Shazer, S. (1982). *Patterns of brief family therapy: An ecosystemic approach*. New York, NY: The Guilford Press
- Eysenck, H. J. (1994). The outcome problem in psychotherapy: What have we learned? *Behaviour Research & Therapy*, 32, 477-495.

- Flückiger, C., Caspar, F., Grosse Holtforth, M., & Willutzki, U. (2009). Working with patients' strengths: A microprocess approach. *Psychotherapy Research*, 19(2): 213-223. <https://doi.org/10.1080/10503300902755300>.
- Flückiger, C., & Grosse Holtforth, M. (2008). Focusing the therapist's attention on the patient's strengths: A preliminary study to foster a mechanism of change in outpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 876-890. doi:10.1002/jclp.20493
- Flückiger, C., Regli, D., Zwahlen, D., Hostettler, S., & Caspar, F. (2010). Der Berner Patienten- und Therapeutenstundenbogen 2000: Ein Instrument zur Erfassung von Therapieprozessen [The Bern Post Session Report for patients and for therapists 2000: An instrument to measure therapy processes]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 39(2), 71–79.
- Flückiger, C. & Wüsten, G. (2008). *Ressourcenaktivierung – Ein Manual für die Praxis*. Bern: Huber.
- Flückiger, C., Zinbarg, R., Znoj, H., & Ackert, M. (2014). Resource activation in generalized anxiety: An observer-based microprocess analysis of patients' in-session outcomes. *Psychotherapy*, 51(4), 535–545. <https://doi.org/10.1037/a0034119>
- Freud, S. (2000). *Puntualizaciones sobre el Amor de Transferencia*. En *Obras Completas*, Vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu. (Originalmente publicado en 1915).
- Gadner, H. (1983). La Teoría de las Inteligencias Múltiples. *Revista Española de Investigación en Educación*, 9(2), 65-87.
- Gassmann, D. (2002). Korrektive Erfahrungen im Psychotherapieprozess. Entwicklung und Anwendung der Konsistenztheoretischen Mikroprozessanalyse KMP [Corrective Experiences in the Psychotherapeutic Process.

- Development and Application of the Consistency Theory Micro Process Analysis
CMP], Unveröffentlichte Dissertation, Universität Bern.
- Gassmann, D., & Grawe, K. (2006). General change Mechanisms: The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 1–11.
- Gelso, C. J., & Woodhouse, S. (2003). Toward a positive psychotherapy: Focus on human strength. En W. B. Walsh (Ed.), *Counseling psychology and optimal human functioning* (pp 171-198). NY: Erlbaum.
- Goldfried, M. R., Raue, P. J. & Castonguay, L. G. (1998). The therapeutic focus in significant sessions of master therapists: A comparison of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 803-810.
- Grawe, K. (1997). Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 7, 1–19.
- Grawe, K. (2004). *Psychological therapy*. Hogrefe & Huber Publishers.
- Grawe K, Donati R, Bernauer F. (1994). Psychotherapie im Wandel: von der Konfession zur Profession [The change of psychotherapy. From confession to profession]. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung. *Psychotherapeut* 44, 63–73. <https://doi.org/10.1007/s002780050149>
- Haan, N. (1977). *Coping and Defending. Processes of Self-environment Organization*. New York: Academic Press
- Harbin, J., Gelso, C., & Perez, A. (2014) Therapist Work with Client Strengths: Development and Validation of a Measure. *The Counseling Psychologist*, 42(3) 345-373.

- Hartmann, H. (1958): *Ego Psychology and the Problem of Adaptation*. Nueva York: IUP.
(Originalmente publicado en 1939).
- Hoberman, H. M., Lewinsohn, P. M., & Tilson, M. (1988). Group treatment of depression: Individual predictors of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 393-398
- Kobasa, S. C. (1982). The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. In Sanders, G., & Suls, J. (Eds.), *Social psychology of health and illness* (pp. 3-32). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lopez, S. (2008). *Positive psychology: Exploring the best in people*. Westport, CT: Praeger Publications.
- Lopez, S., Ciarlelli, R., Coffman, L., Stone, M., & Wyatt, L. (2000). *Diagnosing for strengths: On measuring hope building blocks*. En C. R. Snyder (Ed.). *Handbook of hope: Theory, measures, and interventions* (pp. 57-85). San Diego: Academic Press.
- Mander, J. (2012). *The stages of change and general change mechanisms interaction (STACIN) Study (Vol. 1)*. Hamburg: Verlag Dr Kovac.
- Mander, J., Jacob, G., Götz, L., Sammet, I., Zipfel, S., & Teufel, M. (2015a). Associations between Grawe's general mechanisms of change and Young's early maladaptive schemas. *Psychotherapy Research*, 25(2) 249–262. doi:10.1080/10503307.2014.889330.
- Mander, J., Schlarb, A., Teufel, M, Keller, F., Hautzinger, M., Zipfel, S., Wittorf, A., & Sammet, I. (2015b). The Individual Therapy Process Questionnaire: Development and Validation of a Revised Measure to Evaluate General Change Mechanisms in Psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22, 328–345.

- Mander, J., Wittorf, A., Klingberg, S., Teufel, M., Zipfel, S., & Sammet, I. (2014) The patient perspective on therapeutic change: The investigation of associations between stages of change and general mechanisms of change in psychotherapy research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(2) 122–137. <https://doi.org/10.1037/a0036976>
- Mander, J., Wittorf, A., Schlarb, A., Hautzinger, M., Zipfel, S., & Sammet, I. (2013). Change mechanisms in psychotherapy: Multiperspective assessment and relation to outcome. *Psychotherapy Research*, 23(1), 105–116. doi:10.1080/10503307.2012.744111
- McLean, P. D., & Hakstian, A. R. (1979). Clinical depression: Comparative efficacy of outpatient treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 818-836.
- Minuchin, S. & Fishman, H. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., & The PRISMA Group. (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. *Open Med*, 3(3), 123-130.
- O' Hanlon, W. (2001). *Desarrollar posibilidades. Un itinerario por la obra de uno de los fundadores de la terapia breve*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- 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* (p. 270–376). John Wiley & Sons.
- Pearson, M. (2011). Multiple intelligences and the therapeutic alliance: Incorporating multiple intelligence theory and practice in counselling. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 13(3), 259 – 274.

- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. 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. <https://doi:10.1037/0022-006X.51.3.390>.
- Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rose, S. & Black, B. (1985). *Advocacy and empowerment: Mental health care in the community*. Boston: Routledge and Kegan Paul.
- Rude, S. S. (1986). Relative benefits of assertion or cognitive self-control treatment for depression as a function of proficiency in each domain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 390-394.
- Rude, S. S., & Rehm, L. P. (1991). Response to treatments for depression: The role of initial status on targeted cognitive and behavioral skills. *Clinical Psychology Review, 11*(5), 493–514. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(91\)90001-B](https://doi.org/10.1016/0272-7358(91)90001-B)
- Salvo, J. D. (2020). Activación de Recursos en Psicoterapia. ¿Cómo se ha estudiado y qué sabemos?: Una revisión sistemática. *Rev. CES Psico, 13*(3), 82-99.
- Salvo, J. D., Rojas, M.I., Krause, M., Schönfeld, M. (aceptado). Una herramienta para la investigación en psicoterapia, uso clínico y entrenamiento de terapeutas: Adaptación al español, análisis de validez y confiabilidad de la escala Activación de Recursos del instrumento WIFA-K. *Revista de Terapias Y Familias. 30*(50).
- Salvo, J. D., Krause, M., Uribe, L., Ramirez, I. (en revisión, a). Therapist focus on Resource Activation and early therapeutic response.
- Salvo, J. D., Krause, M., Uribe, L., Ramirez, I. (en revisión, b). Activación de Recursos durante la primera sesión de terapias con y sin resultados terapéuticos tempranos: La actividad del terapeuta al microscopio.

- Sander, L., Zobel, I., Dykieriek, P., & Schramm, E. (2013). Common Factors in the treatment of chronic depression. Comparison of 2 psychotherapy methods. *Verhaltenstherapie*, 22, 228–235. <https://doi.org/10.1159/000345644>
- Smith, E., & Grawe, K. (2003). What makes psycho-therapy sessions productive? A new approach to bridging the gap between process research and practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 275– 285. doi:10.1002/cpp.377.
- Smith, E., & Grawe, K. (2005). Which therapeutic mechanism Works when? A step towards the formulation of empirically validated guidelines for therapists' session-to-session decisions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 112–123. doi:10.1002/cpp.427.
- Solomon, B. B. (1976). *Black empowerment: Social work in oppressed communities*. New York: Columbia University Press
- Stangier, U., Von Consbruch, K., Schramm, E., & Heidenreich, T. (2010). Common factors of cognitive therapy and interpersonal psychotherapy in the treatment of social phobia. *Anxiety, Stress, & Coping*. 23(3), 289-301.
- Steinmetz, J. L., Lewinsohn, P. M., Antonuccio, D. O. (1983). Prediction of individual outcome in a group intervention for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 331-337.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A. & Firth-Cozens, J. A. (1990). Correlations of session evaluations with treatment outcome. *British Journal of Psychology*, 29, 13-21.
- von Bertalanffy, L. (1969). *General System Theory*. New York: George Braziller
- von Consbruch, K., Flückiger, C., Stangier, U., Beutel, M., Herpertz, S., Hoyer, J., Leibing, E., Leichsenring, F., Salzer, S., Strauß, B., Wiltink, J. (2013). WIFA-k: Ein neues Messinstrument zur zeitökonomischen Erfassung allgemeiner Wirkfaktoren nach Grawe. [WIFA-k: A new instrument for a time-efficient assessment of common factors

- in psychotherapy]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 63, 286–289. doi: 10.1055/s-0032-1331206.
- Werner E, & Smith R. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. McGraw-Hill; New York.
- Wong, Y. (2006). Strength-centered therapy: A socialconstructionist, virtues-based psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Practice, Research, Training*, 43, 133–146.
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369–376.
- Znoj, H.-J., Messerli-Burgy, N., Tschopp, S., Weber, Rainer; C., Christen, L., Christen, S., & Grawe, K. (2010). Psychotherapeutic process of cognitive_behavioral intervention in HIV-infected persons: Results from a controlled, randomized prospective clinical trial. *Psychotherapy Research*, 20(2), 203-213.

Anexos

Escala Activación de Recursos, WIFA-K (von Consbruch et al., 2013), Adaptación al español (Salvo et al., aceptado)

WIFA-I) Activación de recursos (potenciales y motivacionales)

Característica principal: El terapeuta usa los recursos del paciente con un objetivo claro, dándole la oportunidad de vivenciar sus características positivas, sus capacidades y sus metas personales y ocuparlas para el logro de las metas terapéuticas (poder y querer).

0 Puntos El terapeuta no considera las capacidades existentes y las disposiciones motivacionales del paciente para superar sus problemas. Se concentra en su trastorno, sus deficiencias y fracasos, no lo involucra en la planificación y realización de la terapia, y no lo refuerza en términos de sus cambios positivos logrados, de sus metas personales y sus desarrollos.

Entre 0 y 2 puntos El terapeuta considera las capacidades existentes y las disposiciones motivacionales del paciente.

Entre 2 y 4 puntos El terapeuta considera las capacidades existentes y las disposiciones motivacionales del paciente y lo retroalimenta en torno a los avances impulsados por él en terapia.

Entre 4 y 6 puntos El terapeuta considera las capacidades existentes y las disposiciones motivacionales del paciente y lo retroalimenta en torno a los avances impulsados por él en terapia. Además, atribuye los cambios y desarrollos logrados por el paciente a su self y a sus metas personales o le señala aspectos positivos de conductas problemáticas.

Cuestionario de Resultados OQ-45.2 (Lambert et al., 1996)

Adaptación al español (von Bergen and De la Parra (2002))

Cuestionario de resultados OQ-45.2

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M F

Nº Ficha: _____ Sesión Nº _____ Fono: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Para ayudarnos a entender como se ha estado sintiendo, básiese en los **ULTIMOS SIETE DIAS**, incluyendo el día de hoy. Lea cuidadosamente las frases y seleccíone 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	Con frecuencia	Siempre			
1. Me llevo bien con otros	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me canso rápidamente.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nada me interesa	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me siento presionado (estresado) en el trabajo/escuela.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me siento culpable.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me siento irritado, molesto.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me siento contento con mi matrimonio/pareja.	4	3	2	1	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pienso en quitarme la vida.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Me siento débil.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me siento atemorizado.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Encuentro satisfacción en mi trabajo/ escuela.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Soy una persona feliz.	4	3	2	1	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Trabajo/estudio excesivamente (mas de la cuenta).	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Me siento inútil.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Me abruma (anqustia) los problemas de mi familia.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Mi vida sexual me llena.	4	3	2	1	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Me siento solo.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Discuto frecuentemente.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Me siento querido y que me necesitan.	4	3	2	1	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Disfruto mi tiempo libre.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Tengo dificultades para concentrarme.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre	SI	SI	SI
23. Me siento sin esperanza en el futuro.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>		
24. Estoy contento conmigo mismo.	4	3	2	1	5	<input type="checkbox"/>	*	
25. Me perturban o molestan pensamientos de los que no me puedo deshacer.	1	2	3	4	5	<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)	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>		
27. Tengo malestares estomacales.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>		
28. Trabajo/estudio tan bien como lo hacia antes.	4	3	2	1	5	<input type="checkbox"/>	*	
29. Mi corazón palpita demasiado.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>		
30. Tengo dificultades para llevarme bien con mis amigos y conocidos.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>		
31. Estoy satisfecho con mi vida.	4	3	2	1	5	<input type="checkbox"/>	*	
32. Tengo problemas en el trabajo/escuela debido a las drogas o el alcohol. (Si esto no le ocurre marque nunca).	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>		
33. Siento que algo malo va a ocurrir.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>		
34. Tengo los músculos adoloridos.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>		
35. Me atemorizan los espacios abiertos, el manejar, el estar dentro de un bus, el metro, ascensores, etcétera.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>		
36. Me siento nervioso.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>		
37. Me satisfacen mis relaciones con mis seres queridos.	4	3	2	1	5	<input type="checkbox"/>	*	
38. Siento que me va bien en el trabajo/escuela.	4	3	2	1	5	<input type="checkbox"/>	*	
39. Tengo muchas discusiones en el trabajo/escuela.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>		
40. Siento que algo anda mal con mi mente.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>		
41. Tengo dificultades para dormir, o no me puedo quedar dormido.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>		
42. Me siento triste.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>		
43. Mis relaciones con otros me satisfacen.	4	3	2	1	5	<input type="checkbox"/>	*	
44. Me enoja tanto en el trabajo/escuela que puedo hacer algo de lo que después me puedo arrepentir.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>		
45. Me dan dolores de cabeza.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>		
						+	+	
						Total=		

Developed by Michael Lambert, Ph.D. and Gary M. Burtigara, Ph.D.
 © Copyright 1996 American Professional Credentialing Services LLC.
 All Rights Reserved. License Required For All Uses.
 Validado en Castellano por Guillermo de la Parra C. y Alejandra von Bergen R.

Para mayor información contact Guillermo de la Parra C.
 E-MAIL: gdelap@net.vb
 Alejandra von Bergen R.
 E-MAIL: avonbergen@terra.cl

Consentimiento de Participación de Consultantes en el estudio “Activación de Recursos en Psicoterapia”

Esta es una invitación a participar en calidad de consultante en una investigación sobre retroalimentación de proceso-resultado en psicoterapia. El investigador responsable es José Domingo Salvo Rivera. El presente estudio se enmarca en el contexto de la investigación doctoral del investigador y cuenta con la aprobación del Comité de Ética de Ciencias Sociales y la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile y del Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP). Por favor, lea cuidadosamente esta información antes de decidir si acepta, o no, participar en el estudio.

Yo _____ he sido invitado/a a participar en el estudio “Activación de Recursos en Psicoterapia” en calidad de terapeuta. Este proyecto de investigación estudia las intervenciones realizadas por los terapeutas orientadas a activar recursos en los pacientes, durante la primera sesión de un proceso de psicoterapia. Su finalidad es aportar conocimiento sobre el uso de estas intervenciones y su relación con resultados en el bienestar de los pacientes.

Entiendo que, como parte de este estudio sólo la primera sesión de psicoterapia será grabada en audio y/o video. Entiendo, además, que los consultantes que participen de este estudio contestarán un cuestionario sobre su percepción de bienestar y funcionamiento psicológico, con el fin de evaluar cambios a lo largo del proceso terapéutico, al inicio de la primera sesión y, posteriormente, cada cuatro sesiones. El tiempo necesario para completar dicho cuestionario es de aproximadamente 5 minutos.

Entiendo que la información de las terapias tendrá un trato **confidencial**, y los datos recogidos a partir de estas no serán publicados en su versión original ni en forma alguna que permita la identificación de sus participantes. Así mismo, entiendo que toda información será debidamente almacenada y resguardada por el investigador responsable en oficinas del MIDAP, y utilizada sólo por el equipo autorizado para los fines investigativos del estudio y sub estudios del MIDAP. Adicionalmente, sé que mi participación y la de mi paciente son voluntarias y cualquiera de ambos podemos decidir unilateralmente retirarnos del estudio en cualquier momento que así lo consideremos, pudiendo solicitar que se retiren todos los datos de las terapias de las cuales yo participe.

Sí, he leído y entiendo este documento y estoy de acuerdo en participar en este estudio

Firma del/la consultante

Firma del Investigador responsable del estudio

Lugar y fecha

(Dos copias)

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede contactar a José Domingo Salvo Rivera, investigador responsable de este estudio. Su teléfono es el 982786171, y su correo es jdsalvo@uc.cl

Consentimiento de participación de terapeutas en el estudio “Activación de Recursos en Psicoterapia”

Esta es una invitación a participar en calidad de terapeuta en una investigación sobre retroalimentación de proceso-resultado en psicoterapia. El investigador responsable es José Domingo Salvo Rivera. El presente estudio se enmarca en el contexto de la investigación doctoral del investigador y cuenta con la aprobación del Comité de Ética de Ciencias Sociales y la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile y del Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP). Por favor, lea cuidadosamente esta información antes de decidir si acepta, o no, participar en el estudio.

Yo _____ he sido invitado/a a participar en el estudio “Activación de Recursos en Psicoterapia”. Este proyecto estudia las intervenciones orientadas a activar recursos en los pacientes, realizadas por los terapeutas durante la primera sesión de un proceso de psicoterapia. Su finalidad es aportar conocimiento sobre el uso de estas intervenciones y su relación con resultados en el bienestar de los pacientes.

Entiendo que, como parte de este estudio sólo la primera sesión de psicoterapia será grabada en audio y/o video. Entiendo, además, que deberé contestar un cuestionario sobre mi percepción de bienestar y funcionamiento psicológico con el fin de evaluar cambios a lo largo del proceso terapéutico. Dicho cuestionario deberé contestarlo antes, o al inicio, de la primera sesión y, posteriormente, cada cuatro sesiones. El tiempo necesario para completar este cuestionario es de aproximadamente 5 minutos.

Entiendo que mis datos personales, así como cualquier información respecto de las terapias que formen parte de este estudio tendrán un trato **confidencial**, y no serán publicados en forma alguna que permita la identificación de ninguno de los participantes. Así mismo, entiendo que toda esta información será debidamente almacenada y resguardada por el investigador responsable en oficinas del MIDAP, y utilizada sólo por el equipo autorizado para los fines investigativos del estudio y sub estudios de MIDAP. Adicionalmente, sé que mi participación en este estudio es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento que así lo considere, pudiendo solicitar que se retiren todos mis datos este.

Sí, he leído y entiendo este documento y estoy de acuerdo en participar en este estudio

Firma del/la consultante

Firma del Investigador responsable del estudio

Lugar y fecha

(Dos copias)

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede contactar a José Domingo Salvo Rivera, investigador responsable de este estudio. Su teléfono es el 982786171, y su correo es jdsalvo@uc.cl