



Facultad de Humanidades
Carrera de Licenciatura en Psicología
Trabajo Final de Carrera

“Respuestas tempranas en psicoterapia y su predicción a partir de los niveles iniciales de sintomatología ansiosa y depresiva en los pacientes”

Alumno: Manuel Meglio
Matricula: (402) 21551
Tutor a Cargo: Lic. Rocío Tamara Manubens
Año: 2021

Índice

Agradecimientos	3
Resumen	4
Introducción	5
Presentación del tema	5
Problemas de Investigación	7
Pregunta de Investigación	9
Relevancia de la temática	9
Objetivos generales y específicos	9
Alcances y Límites del Trabajo	10
Antecedentes	11
Estado del Arte	18
Marco Teórico	24
Desarrollo Metodológico	25
Procedimientos	25
Variables e Hipótesis de Trabajo	26
Participantes	26
Instrumentos	28
Método de Recolección y Análisis de Datos	29
Resultados	31
Resultados descriptivos de la muestra	31
Resultados de los análisis del modelo multinivel	32
Conclusión	34
Limitaciones y futuras investigaciones	36
Referencias Bibliográficas	38
Apéndice	47
Apéndice I	47
Apéndice II	51

Agradecimientos

Para comenzar, quiero agradecer a mi pareja Melanie y a mi madre Maria Elena, que siempre han apoyado cada decisión y camino que he tomado en mi vida.

Luego deseo agradecer a Rocío, mi tutora, que fue esencial en todo este proceso, con su guía, sus enseñanzas y su buen humor para aplacar la ansiedad y la incertidumbre que incesantemente se hicieron presentes en cada obstáculo de este camino.

También siento un profundo agradecimiento con el Dr. Juan Martín Gómez Penedo, director del Equipo de Investigación en Psicología Clínica (EIPSI), que me abrió las puertas y guió por este apasionante mundo que es la investigación científica en el campo de la psicoterapia.

Por último, quisiera agradecer al resto de mi familia, a los demás integrantes del equipo EIPSI por su continuo apoyo y a todos los recursos humanos que fueron parte de mi tiempo en la Universidad de Belgrano, compañeros, profesores y, principalmente, los amigos que me regalaron estos años en la Universidad.

Resumen

Antecedentes: Las respuestas tempranas son un predictor robusto de los resultados de la psicoterapia. Su investigación puede brindar información relevante para la personalización de los tratamientos. **Objetivos:** Este estudio busca observar la aparición de respuestas tempranas en las primeras cinco sesiones de psicoterapia y analizar si se vinculan con los niveles sintomatológicos al iniciar la misma. **Metodología:** Se convocó una muestra no probabilística por bola de nieve de 40 pacientes (tratados por 13 terapeutas) que completaron escalas de medición de sintomatología ansiosa (GAD-7) y depresiva (PHQ-9) al inicio del tratamiento y una escala de medición de sintomatología clínica (HSCL-11) antes de cada una de las primeras cinco sesiones. Para el análisis de datos se utilizaron modelos lineales jerárquicos de dos niveles (medidas de trayectorias individuales anidadas entre-pacientes), donde se incluyó el análisis de la variabilidad intra-pacientes y la variabilidad entre-pacientes. Se ajustaron diferentes modelos para determinar las trayectorias de evolución de los pacientes y la capacidad predictiva de los niveles iniciales de sintomatología ansiosa y depresiva sobre dichas trayectorias. **Resultados:** El modelo de trayectoria de la severidad con el mejor ajuste fue un modelo de evolución lineal, $X^2(1) = 29, p < .001$. Sin embargo, no se observó una mejora al incluir un término cuadrático, $X^2(3) = 2.85, p = .42$. El modelo lineal mostró que los pacientes tendieron a reducir 0.09 unidades de severidad clínica (HSCL-11), sesión a sesión. Al incluir niveles iniciales de depresión y ansiedad, el ajuste del modelo mejoró: $X^2(4) = 46.87, p < .001$. Hubo efectos significativos de los niveles de depresión iniciales sobre los niveles de severidad clínica en la quinta sesión del tratamiento, $\gamma_{02} = 0.74, EE = 0.15, 95\% [0.46, 1.03], t(83) = 5.09, p < .001$. Luego, no se encontraron efectos significativos de los niveles iniciales de ansiedad y depresión sobre la tasa de cambio sesión a sesión. **Conclusión:** Los resultados sugieren la posibilidad de predecir la aparición de respuestas tempranas a partir de los niveles iniciales de sintomatología de los pacientes, no obstante estos resultados deben ser explorados con mayor profundidad. Se observó que a mayores niveles de depresión inicial, se asoció a peores niveles de sintomatología clínica al iniciar la quinta sesión.

Palabras clave: Respuestas Tempranas; Modelo Lineal Jerárquico; Ansiedad; Depresión.

Introducción

Presentación del tema:

Se ha demostrado que la psicoterapia es una práctica eficaz para abordar patologías mentales (ver Barkham & Lambert, 2021). Los cambios terapéuticos que esta produce en los pacientes supera ampliamente la ausencia de tratamiento y, en algunos casos, la aplicación de otro orden de intervenciones, como pueden ser los abordajes psicofarmacológicos (Lambert, 2013; Wampold, 2001). Por ejemplo, en un meta-análisis realizado por Barth y colaboradores (2016), se analizaron 198 estudios con el objetivo de comparar la eficacia de las intervenciones de siete modelos psicoterapéuticos distintos para el abordaje de la depresión en adultos. Los resultados mostraron que todos los modelos explorados resultaron beneficiosos para la depresión de forma similar. Estos resultados se presentaron a pesar de que los pacientes pertenecían a diferentes poblaciones y de que se hayan empleado diferentes dispositivos en cada modelo psicoterapéutico. Aunque múltiples investigaciones han presentado resultados similares (Wampold, 2001), aún un gran porcentaje de pacientes no alcanzan un cambio significativo al finalizar un proceso psicoterapéutico, siendo más significativa esta ausencia de cambio en los trastornos más complejos (por ejemplo, en pacientes con trastorno de la personalidad) (Lambert, 2013). En este sentido, el conjunto de pacientes que no experimentan cambios representan un área donde la psicoterapia tiene un gran margen de mejora tanto desde el aspecto clínico como desde la investigación científica (Lambert, 2013). De esta forma, se busca modificar las condiciones que impiden que estos pacientes no obtengan los efectos deseados de la psicoterapia y, al mismo tiempo, potenciar los resultados de los tratamientos psicoterapéuticos (Gómez Penedo, Juan, Manubens & Roussos, 2018).

A partir de lo desarrollado previamente, se destaca la importancia del cambio en psicoterapia. Ogles (2013) sostiene que todos los modelos de psicoterapia tienen en común el objetivo de producir alguna forma de cambio en el paciente, aunque el tipo de cambio buscado en cada modelo difiere en donde se focaliza y cómo se conceptualiza. En esta línea, cada modelo psicoterapéutico ha propuesto diversas teorías sobre el funcionamiento mental y sus formas patológicas, así como sus propias nociones de lo que es la psicoterapia y los distintos recursos técnicos con los que cuenta para abordar estas problemáticas (Gómez Penedo et al., 2017). En la actualidad, la proliferación de modelos psicoterapéuticos es cada vez mayor (Ver Feixas & Miro, 1993), lo que ha generado una amplia heterogeneidad en el campo, llevando a diversos autores a intentar encontrar una definición rectora de lo que es la psicoterapia. Cometido que ha hallado conclusiones disímiles, donde cada postura enfatiza elementos diferentes de la psicoterapia que, lejos de contradecirse entre sí, se complementan (Olivera, 2016). Existe poco consenso en la forma de comprender el cambio y su conexión con los objetivos últimos de un tratamiento (Gómez Penedo et al., 2018). Igualmente, por su carácter transversal en todos los modelos, el cambio se ha convertido en la principal medida de resultados, permitiendo evaluar los efectos de la psicoterapia (Ogles, 2013).

En la década de 1990 nuevas tendencias cambiaron el terreno y buscaron unificar e integrar el campo de la psicoterapia. La denominada Psicoterapia Basada en la Evidencia (PBE) (Fernández Alvarez, 2014) comenzó a adquirir fuerza en la estructura conceptual y metodológica de la psicoterapia. Este nuevo modelo metodológico se produjo como fruto de la influencia de la medicina basada en la evidencia, en la que, desde principios de los años 70', prepondera una práctica clínica con pruebas sistemáticas que evidencien su validez empírica (Fernández Alvarez, 2014). De esta forma, influenciado por las tendencias en medicina, en la década de los 90' la investigación científica comenzó a ocupar un lugar importante dentro de la psicoterapia, como un estándar de calidad de la misma. No obstante, como se ha mencionado, a pesar de haber pruebas sustanciales de que la psicoterapia es beneficiosa, todavía persisten grandes enigmas sobre: "qué" funciona para "quién" y "cómo" (Fernández-Álvarez et al., 2020).

Las incógnitas presentadas previamente buscan respuestas en el marco de la investigación sobre el proceso de la psicoterapia. Autores como Greenberg y Pinsoff (1986) definen este campo como el estudio sobre la interacción entre los sistemas del paciente y del psicoterapeuta, con el objetivo de identificar los procesos de cambio en aquella interacción (como se citó en Llewelyn & Hardy, 2001). En la misma línea, Lambert y Hill (1994) definen su campo de estudio como la identificación de lo que pasa en las sesiones de psicoterapia, examinando las variables del comportamiento del psicoterapeuta y del paciente, y la interacción entre estos durante el tratamiento (como se citó en Llewelyn & Hardy, 2001). Llewelyn y Hardy (2001) también añaden que la investigación del proceso psicoterapéutico se enfoca en estudiar el contenido de las sesiones de psicoterapia y los mecanismos a través de los cuales se logra el cambio del paciente, tanto en sesiones únicas como a lo largo del tiempo. A pesar de la amplitud de estas definiciones, Hardy y Llewelyn (2015) consideran que el enfoque central de todas ellas es encontrar que subyace y genera el cambio terapéutico.

En las últimas dos décadas se ha impulsado notablemente el estudio de los efectos rápidos del tratamiento y los patrones de cambio temprano, revelándose pruebas sustanciales sobre la vinculación de las "*respuestas tempranas*" (Ilardi & Craighead, 1994) y los resultados de la psicoterapia (Singla, Hollon, Fairburn, Dimidjian & Patel, 2019). Entendiendo las respuestas tempranas como una mejora sintomática significativa durante la fase inicial del tratamiento (Lutz, De Jong, Rubel & Delgadillo, 2021). En la actualidad, diversos estudios sostienen esta relación, permitiendo aseverar que las respuestas tempranas en la psicoterapia son un indicador robusto que predice los resultados del tratamiento psicoterapéutico (Beard & Delgadillo, 2019; Chang, Delgadillo & Waller, 2021).

A nivel metodológico, la medición y el análisis de las respuestas tempranas se suele conceptualizar a partir del constructo del cambio clínicamente significativo (Jacobson & Truax, 1991). Pero en la actualidad varios estudios las definen utilizando trayectorias de cambio latentes al principio del tratamiento para predecir los resultados del mismo (por ejemplo, Erekson, Clayson, Park & Tass, 2018; Hayes, Laurenceau, Feldman, Strauss & Cardaciotto, 2007; Lutz et al., 2014), dentro del análisis a partir de la utilización de modelos multinivel y

mixtos (Lutz et al., 2021). Esta última metodología implica un avance relativamente reciente con respecto al modelado estadístico. Por ejemplo, los modelos lineales jerárquicos (Raudenbush & Bryk, 2002) son un modelo multinivel que permite estimar la trayectoria que mejor se ajusta a los datos en promedio, permitiendo también la identificación de las trayectorias individuales de cada uno de los sujetos de la muestra (Gómez Penedo, Muiños, Hirsch & Roussos, 2019), lo que ofrece un medio para captar mejor las realidades clínicas a las que se enfrentan los psicoterapeutas (Pachankis & Goldfried, 2007). Esto ha permitido superar las problemáticas metodológicas de los ensayos clínicos controlados, donde se presupone que los miembros de la muestra proceden de una misma población. Así se consigue dar lugar a la heterogeneidad de cada paciente en un momento dado (Moggia Narváez, 2019). En este sentido, medir los cambios en las trayectorias individuales es una metodología que resulta compatible con la tendencia epistemológica de las Investigaciones Orientadas por la Práctica (*Practice Oriented Research* [POR, por su sigla en inglés]; Areas et al., 2018). Dentro de estas se destaca la Evidencia Basada en la Práctica (EBP) como un modelo epistemológico de investigación orientado al desarrollo de evidencia extraída de entornos clínicos naturalísticos, con el objetivo de que la práctica clínica y la investigación se integren en una relación recíproca (Fernández-Álvarez et al., 2020). Estos modelos naturalísticos implementan la evaluación por autorregistro del paciente, que ofrece la posibilidad de trascender la evaluación sesgada de los terapeutas, reconociendo la importancia del pacientes en el resultado del tratamiento (Fernández-Álvarez, Fernández-Álvarez & Castonguay, 2018).

De esta forma, las respuestas tempranas pueden estudiarse a partir de la medición de la tasa de severidad clínica de las trayectorias individuales al finalizar las primeras 4 o 5 sesiones, como evaluación del estado clínico general del paciente; y a partir de la medición de los cambios en las trayectorias individuales durante estas primeras sesiones, para evaluar la tasa de cambio en el paciente (Gómez Penedo, Zilcha-Mano & Roussos, 2019). El autorregistro es un instrumento que permite llevar a cabo estas mediciones dentro del contexto naturalístico de la psicoterapia, con el fin último de proporcionar un feedback útil para adaptar la práctica psicoterapéutica a los requerimientos del paciente y, al mismo tiempo, retroalimentar el desarrollo de la investigación.

Problema de investigación

Como se plantea en el anterior apartado, los nuevos modelados estadísticos han permitido el desarrollo de nuevas metodologías de medición que extraen información en un contexto naturalístico y cotidiano (Areas et al., 2018; Fernández-Álvarez et al., 2020; Gómez Penedo et al., 2018). En este sentido, se ha abierto la posibilidad de investigar en mayor profundidad las dimensiones de las respuestas tempranas, que en la actualidad carecen de un consenso que defina los mecanismos involucrados en el fenómeno (Rubel et al., 2015). Debido a esta divergencia conceptual, se ha informado que el fenómeno ocurre con una amplia

variabilidad, que oscila entre un 15% y un 52% de los casos, pudiendo ser explicado por las diferentes operacionalizaciones del constructo (Erekson et al., 2018). No obstante, muchos estudios han mostrado evidencias empíricas de que los pacientes que mejoran tempranamente tienden a obtener mejores resultados en los tratamientos (Lutz et al., 2014; Rubel et al., 2015). Por lo que, en la actualidad, algunas líneas de investigación se están focalizando en estudiar características de los pacientes y/o variables de la psicoterapia que podrían asociarse a la aparición de las respuestas tempranas (Gómez Penedo, 2017).

En su tesis doctoral, Gómez Penedo (2017) observó que los problemas interpersonales de los pacientes pueden predecir la aparición de respuestas tempranas. Al mismo tiempo, encontró una correlación entre las intervenciones psicoterapéuticas realizadas en las primeras sesiones y la aparición de respuestas tempranas. Dentro de estas últimas se observó que las mejoras tempranas aparecen mayormente antes de que se introduzcan intervenciones específicas. Por lo tanto, el uso de intervenciones comunes, principalmente las que estaban orientadas a fortalecer la alianza terapéutica, registraron los mayores niveles de respuestas tempranas. Esta investigación indica la posibilidad de que las respuestas tempranas y su relación con las intervenciones psicoterapéuticas pueden estar moderadas por las características previas de los pacientes (Gómez Penedo, 2017). Se enfatiza la importancia de indagar y describir cuales pueden ser las variables del proceso asociadas a respuestas tempranas. No obstante, los estudios sobre estas variables son poco prolíficos y con resultados poco contundentes, además de que en su mayoría se caracterizan por ser de índole teórica, encontrándose escasos trabajos empíricos sobre la temática (Ver Gómez Penedo, 2017).

En este contexto de modernos modelos estadísticos y metodologías de investigación, se evidencia la necesidad de desarrollar investigaciones empíricas que den cuenta de las variables que predicen el fenómeno de las respuestas tempranas. Esto aportará más información a la definición de un constructo que puede resultar muy beneficioso a la práctica psicoterapéutica. En este sentido, se puede concluir que la literatura académica no ha abordado empíricamente en profundidad las variables que pueden estar vinculadas a las respuestas tempranas, en especial las condiciones clínicas pre tratamiento como los niveles de sintomatología, y específicamente sintomatología con alta prevalencia, como son la sintomatología ansiosa (Yang et al., 2021) o la sintomatología depresiva (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). Sumado a esta problemática, se extiende la necesidad de implementar investigaciones naturalistas que brinden información que sea representativa del proceso psicoterapéutico y que, al mismo tiempo, pueda ser beneficiosa para la práctica clínica. Este tipo de metodologías de investigación nutre la relación investigador y psicoterapeuta, que beneficia al desarrollo de ambos campos de la psicología (Areas et al., 2018).

Pregunta de investigación

¿Cómo es la relación entre los niveles de sintomatología pre tratamiento del paciente y las respuestas tempranas en las primeras sesiones de psicoterapia?

Relevancia de la temática

La importancia de la siguiente investigación radica en su relevancia para la práctica psicoterapéutica. Como se ha mencionado en los apartados anteriores, la relación entre las intervenciones y los resultados en la psicoterapia podrían estar moderados por las características de quienes consultan (Gómez Penedo, 2017). En este sentido, explorar las características vinculadas al desarrollo de respuestas tempranas, permite generar un recurso psicoterapéutico donde se puede adaptar las intervenciones a la variabilidad presente en cada paciente. De esta forma, se podría discriminar si algunos pacientes necesitan una mayor cantidad de intervenciones específicas o comunes, en función de sus cualidades previas al inicio de la terapia (Gómez Penedo, 2017). Intervenciones adecuadas en este periodo pueden generar respuestas tempranas positivas con altas probabilidades de que, por extensión, presente resultados positivos en la psicoterapia. Esta información podría resultar de ayuda en el diseño de tratamientos orientados a la búsqueda de respuestas tempranas y, por carácter transitivo, a lograr mejores resultados y un uso más optimizado de los recursos terapéuticos (Gómez Penedo, 2017).

La línea de investigación del presente trabajo tiene la potencialidad de enriquecer el rol de las intervenciones en psicoterapia, motivando la identificación de marcadores en las características de los pacientes a partir de los cuales una técnica podría afectar positiva o negativamente al paciente. Además, puede ser una experiencia que ejemplifica la aplicación de una investigación orientada a la práctica, nutriéndose de una relación recíproca que permita adquirir valiosa información que se aproxime a la experiencia natural y cotidiana del paciente, y, al mismo tiempo, aporte un feedback relevante para la práctica psicoterapéutica.

Objetivos generales y específicos

Objetivos generales

Estudiar la relación entre los niveles de sintomatología de los pacientes al inicio de los tratamientos y las respuestas tempranas durante las primeras cinco sesiones de psicoterapia.

Objetivos específicos

1. Estudiar la relación entre los niveles de sintomatología ansiosa de los pacientes al inicio de los tratamientos y la tasa de cambio de la severidad clínica durante las primeras cinco sesiones de psicoterapia.
2. Estudiar la relación entre los niveles de sintomatología depresiva de los pacientes al inicio de los tratamientos y la tasa de cambio de la severidad clínica durante las primeras cinco sesiones de psicoterapia.
3. Estudiar la relación entre los niveles de sintomatología ansiosa de los pacientes al inicio de los tratamientos y los niveles de severidad clínica al iniciar la quinta sesión de psicoterapia.
4. Estudiar la relación entre los niveles de sintomatología depresiva de los pacientes al inicio de los tratamientos y los niveles de severidad clínica al iniciar la quinta sesión de psicoterapia.

Alcances y Límites del Trabajo

La siguiente tesina es una investigación empírica, que pretende hacer un primer acercamiento, mediante un estudio exploratorio, a la sintomatología ansiosa y depresiva como un factor predictivo de la aparición del fenómeno de las respuestas tempranas en pacientes entre 18 a 65 años con variedad de condiciones psicopatológicas.

Dentro de los alcances del trabajo se abordará el estudio de las respuestas tempranas (Ilardi & Craighead, 1994), pudiendo encontrarse en la literatura científica y en el presente trabajo algunas variación del término, como “cambio temprano” o “respuestas rápidas”, ya que se utilizan como sinónimos directos (Gómez Penedo, 2017). También, encontrándose en la literatura variabilidad conceptual acerca de la extensión de tiempo (en términos de sesiones) que abarca el periodo de las respuestas tempranas (Rubel et al., 2015). Para el propósito del presente trabajo se establecerá en 5 sesiones el periodo de las respuestas tempranas. Cabe aclarar que en el presente estudio no se desarrollará la noción de mejorías súbitas (Tang & DeRubeis, 1999b), que presenta cierto solapamiento con el constructo de respuestas tempranas, aunque es conceptualmente distinto.

La tesina se enfocará en el análisis sobre la variedad en la severidad sintomatológica, haciendo principal hincapié en la sintomatología depresiva y ansiosa. No se abordaron otras posibles variables del paciente o terapeuta que pudieran también intervenir en el surgimiento de las respuestas tempranas.

Para esto el análisis estadístico sobre los resultados se realizó utilizando los modelos lineales jerárquicos (*Hierarchical Linear Model* [HLM, por su sigla en inglés], Raudenbush & Bryk, 2002), que permiten diferenciar cambios en las trayectorias individuales sesión a sesión,

anidadas en 2 niveles de análisis: intra-paciente y entre-pacientes. No se utilizará como estrategia de análisis estadístico la significancia clínica (Jacobson & Truax, 1991), otro de los métodos comúnmente utilizados en el estudio de las respuestas tempranas (Lutz et al., 2021).

Antecedentes

Desde los comienzos de la psicoterapia, todos los abordajes que fueron surgiendo apoyaban su visión en el supuesto de que el cambio en psicoterapia tiene un curso gradual y acumulativo, que se va desarrollando progresivamente sesión a sesión en el proceso psicoterapéutico (Lambert, 2013; Rubel et al., 2015). En la década de los 80 y principio de los 90, varias investigaciones exploraron la presencia en las primeras sesiones de los tratamientos de cambios significativamente relevantes y su relación con los resultados de la psicoterapia (Gómez Penedo, 2017). Entre estos estudios, un meta-análisis de Howard, Kopta, Krause y Orlinsky (1986), pionero en la utilización del modelo dosis-respuesta para el estudio en psicoterapia, aportó luz en contra de la tradicional percepción lineal de la praxis clínica. Se abarcaron un total de 2431 pacientes en psicoterapias de distintos marcos teóricos, con diversidad de cuadros psicopatológicos y duración variable, de investigaciones publicadas en los 30 años previos al estudio. En esta investigación se informó que el 14% de los pacientes mejoraron antes de asistir a la sesión inicial, el 53% mejoraron después de 8 sesiones, el 75% en 26 sesiones y el 83% después de 52 sesiones. De estos resultados, entre un 29% y un 38% de las mejoras se presentaron en las primeras tres sesiones del tratamiento, siendo el momento en el que se producía la mayor tasa de mejora de los pacientes. Estos datos indican que había un patrón estable entre los estudios analizados, que mostraban una cierta relación entre la cantidad de terapia recibida y la mejoría del paciente. Este resultado llevó a los autores a concluir que el tratamiento psicoterapéutico produce un beneficio que supera las tasas de remisión espontánea, ya que se había demostrado que los paciente que reciben tratamientos obtienen ganancias sustanciales al principio del proceso psicoterapéutico. Además identificaron que la relación entre el número de sesiones y la mejora del paciente es una curva de aceleración negativa que lleva a rendimientos decrecientes para dosis más altas (Howard et al., 1986). Este efecto es similar a la administración de fármacos, que luego de superar cierto umbral de dosis, donde su beneficio está en su punto más alto, le continúa un descenso de sus beneficios, hasta pudiendo alcanzar un efecto perjudicial (Howard et al., 1986). Estas conclusiones se vieron fortalecidas por un análisis que realizaron McNeilly y Howard (1991), donde demostraron que la psicoterapia producía en 15 sesiones la misma tasa de recuperación que la remisión espontánea luego de 2 años, siendo especialmente importante el efecto rápido de la psicoterapia porque alivia el sufrimiento más rápidamente. Una de las limitaciones principales que tenían estos estudios era que sus análisis dependían de las mediciones

realizadas antes y después de que apareciera la mejoría de los pacientes, modelando como era el cambio a lo largo del tiempo a partir de estimaciones poco representativas del proceso de cambio (Lambert, 2013).

En los últimos 30 años se ha prestado mucha más atención a la investigación del proceso de la psicoterapia, dando importancia a la variable tiempo y basándose en que la trayectoria de recuperación de un paciente individual probablemente difiera de la media del grupo de alguna manera (Ilardi & Craighead, 1994; Tang & DeRubeis, 1999a). A medida que se ha generalizado la práctica de controlar la respuesta al tratamiento en el proceso psicoterapéutico de los pacientes, se comenzó a identificar un fenómeno de suma importancia: la aparición de respuestas dramáticas al tratamiento, o sea mejoras significativas en un corto plazo de tiempo, que se encontraba en contraste con la creencia de que un cambio acumulativo ocurría sesión a sesión (Barkham & Lambert, 2021). Se empezaron a identificar que hay muchos cursos diferentes de progreso en similares circunstancias entre pacientes o en un mismo modelo psicoterapéutico (Lambert, 2013).

Las primeras investigaciones que utilizaron mediciones rudimentarias para evaluar las respuestas dramáticas al tratamiento, concluyeron que con la presencia de este fenómeno hay mejores resultados al final del tratamiento e incluso en un seguimiento de hasta 24 meses (Renaud et al., 1998). No obstante, la definición, los mecanismos y la forma de etiquetar estos fenómenos han variado de un estudio a otro. Según Lambert (2013) los ejemplos más representativos corresponden a: respuesta rápida (Fennell & Teasdale, 1987), respuesta temprana (Ilardi & Craighead, 1994), mejorías súbitas (Tang & DeRubeis, 1999b), respuesta rápida temprana (Haas, Hill, Lambert & Morrell, 2002), grandes mejoras repentinas (Gaynor et al., 2003) y mejorías súbitas tempranas (Stiles et al., 2003).

Uno de los casos más representativos sobre la conceptualización de este fenómeno es una revisión realizada en 1994 por Ilardi y Craighead, donde identificaron todas las investigaciones empíricas que hasta la fecha habían evaluado este fenómeno en terapias cognitivas para la depresión. En total pudieron identificar ocho investigaciones, y de sus cálculos concluyeron que en promedio el 63.4% de las mejoras sintomáticas de los tratamientos estudiados, se produjeron dentro de las primeras cuatro semanas. Estos cambios se identificaron como respuestas tempranas a los tratamientos, que resultaron tener un significativo valor predictivo de los resultados al finalizar la terapia (Haas et al., 2002; Renaud et al., 1998). Es decir, que aquellos pacientes que presentaban significativas mejoras en las primeras sesiones de psicoterapia, tenían una probabilidad mayor de recuperarse o de alcanzar un nivel significativo de cambio al finalizar el tratamiento (Gómez Penedo, 2017). En otro estudio, basado en el modelo dosis-respuesta, Kopta, Howard, Lowry y Beutler (1994), estudiaron en 854 pacientes, con distintos tipos de psicoterapias, las tasas de respuesta a diferentes grupos sintomatológicos. Para realizar esto calcularon la mediana de dosis efectiva, que es la dosis de sesiones necesarias para que el 50% de los pacientes respondan positivamente al tratamiento, presentando cambios clínicamente significativos (Jacobson &

Truax, 1991). Los autores encontraron que, en promedio, la mediana de dosis efectiva de los síntomas de estrés agudo era de 5 sesiones, o sea que por lo menos el 50% de los pacientes logran cambios clínicamente significativos en estos síntomas. En cambio para síntomas crónicos y para síntomas caracterológicos, la mediana de dosis efectiva era de 14 sesiones y 52 sesiones, respectivamente. No obstante, en estos dos últimos casos se encontraron patrones atípicos de más de un 20% de los pacientes que presentaron cambios clínicamente significativos dentro de las primeras cuatro sesiones. Estos resultados encontrados hicieron concluir a los autores que no todos los síntomas responden de la misma manera al tratamiento, algunos lo hacen con mayor velocidad y otros necesitan más tiempo para cambiar. En términos generales, los estudios originales de respuestas tempranas se establecieron sobre la base del porcentaje de cambio logrado en las primeras sesiones de un tratamiento o a partir de criterios pre-establecidos como los de significancia clínica (Jacobson & Truax, 1991), donde se veía si el paciente había mejorado de forma significativa en relación a una media muestral, establecida como un punto de corte determinado de este efecto (Rubel et al., 2015). El criterio establecido por Jacobson y Truax (1991) para determinar un cambio clínicamente significativo, tiene dos condiciones: (a) El cambio alcanzado por el paciente debe ser lo suficientemente grande para ser considerado un cambio fiable, o sea estadísticamente significativo, en tanto alcanza la cantidad mínima de cambio que debe producirse para ser mayor que el error de medición del instrumento específico en la población clínica; (b) El paciente debe completar el tratamiento con una puntuación que se halle más próximo a la media de funcionamiento de la población general, utilizando como punto de corte las normas del instrumento, que sirven para diferenciar entre los individuos que tienen más probabilidades de cumplir los criterios de una problemática psicológica clínicamente significativa (Lutz et al., 2021; Rubel et al., 2015). Este método entiende la significación clínica como la vuelta al funcionamiento normal (Lutz et al., 2021), donde se utilizan criterios a priori, que permiten diferenciar si un tratamiento fue exitoso, dependiendo del estado del paciente al finalizar el proceso psicoterapéutico.

Con respecto a la relación entre las respuestas tempranas y los resultados de la psicoterapia, uno de los primeros estudios en identificar dicha relación fue realizado en 1987 por Fennell y Teasdale. En este estudio se investigaron las respuestas rápidas al tratamiento en pacientes con depresión con Terapia Cognitivo Conductual (TCC; n=17) y con tratamientos naturalísticos (TAU, por su sigla en inglés; n=14). Los autores identificaron que los cambios producidos en la sintomatología depresiva en las 3 primeras sesiones con TCC, correlacionó de manera significativa con los niveles de cambio de los pacientes al finalizar la psicoterapia. También, se observó que el grupo de pacientes que fue identificado con respuestas rápidas al tratamiento con TCC se encontraba significativamente menos deprimido al finalizar el tratamiento que los otros grupos identificados, inclusive comparado con los pacientes que presentaron respuestas rápidas al tratamiento con TAU. Posteriormente, en 1998, Renaud y colaboradores estudiaron en tres tipos de psicoterapias (TCC, terapia de familia y terapia de apoyo) la presencia de respuestas rápidas al tratamiento durante las 2 primeras sesiones, en

pacientes adolescentes con depresión. Para identificar la presencia del fenómeno se utilizó como criterio que el paciente tenga una disminución, en la segunda sesión, de como mínimo un 50% de sus puntajes en el Inventario de Depresión de Beck (BDI, por su sigla en inglés; Beck, Ward, Mendelsohn, Mock & Erbaugh, 1961). A partir de esto, se encontró que en los tres tipos de psicoterapia, aquellos pacientes que cumplieron el criterio que los identificaba como respondedores rápidos al tratamiento (7.1%) presentaban mayores niveles de cambio y mejores tasas de remisión de la depresión en comparación con grupos que presentaron una mejoría menor al 50% en el BDI (29.2%) o los que no presentaron ninguna mejoría (64.6%). Además, el grupo de pacientes que presentaron una respuesta rápida al tratamiento tuvieron menores niveles de recaídas o los lapsos sin estas fueron más prolongados. Poco tiempo después, en el año 2002, Haas y colaboradores buscaron expandir estos hallazgos en la identificación de respuestas tempranas (dentro de las primeras 3 sesiones) en pacientes con diversidad de diagnósticos psicopatológicos. Los resultados de este estudio mostraron que el 84% de los pacientes que presentaron respuestas tempranas tuvo mejoras confiables y el 46% al terminar la psicoterapia se recuperó de su condición. Por otro lado, los pacientes que no presentaron respuestas tempranas o respondieron de forma moderada tuvieron menores tasas de mejora (10% y 30%, respectivamente) y menores tasas de recuperación (8% y 20%, respectivamente). Todas estas investigaciones permitieron colocar a las respuestas tempranas en los tratamientos como un predictor de los resultados del proceso psicoterapéutico, siendo observado en diferentes cuadros psicopatológicos y modelos de psicoterapia, a pesar que en sus orígenes estuvo principalmente asociado a la terapia TCC para la depresión (Gómez Penedo, 2017). Por otro lado, también se observa que el fenómeno de las respuestas tempranas parece ser un rasgo diferencial de la psicoterapia en comparación con otras prácticas en salud mental. Esto se concluye a partir de los resultados hallados en otros modelos terapéuticos en salud mental, como es el caso de las intervenciones farmacológicas para el tratamiento de la depresión, donde las respuestas tempranas se asocian de forma habitual al efecto placebo, siendo consideradas un indicador negativo del pronóstico del paciente (Quitkin, Rabkin, Ross & McGrath, 1984; Stewart et al., 1998).

Después del surgimiento de las respuestas tempranas, aparecieron críticas a los modelos iniciales de estas (ver Tang & DeRubeis, 1999a), con propuestas alternativas para estudiar el cambio en psicoterapia, como los modelos de mejorías súbitas (Tang & DeRubeis, 1999b). En 1999, Tang y DeRubeis (1999a) realizaron grandes críticas metodológicas y conceptuales al trabajo realizado por Ilardi y Craighead en 1994. Para ello realizaron un re-análisis de los datos utilizados por Ilardi y Craighead (1994), donde criticaron especialmente el supuesto de que los patrones de cambio de los pacientes eran homogéneos y que no se evalúe las trayectorias individuales de cambio de los pacientes. No solo encontraron que los patrones de cambio de los pacientes no eran homogéneos, sino que tampoco se observó homogeneidad en los patrones de aquellos pacientes que presentaron respuestas tempranas al tratamiento. Por lo que, en otro estudio, Tang y DeRubeis (1999b) analizaron las trayectorias

individuales de cambio de 61 pacientes con un diagnóstico de depresión mayor y atendidos con terapia TCC de un mínimo de ocho sesiones y un máximo de 20, donde se identificaron patrones de cambios compartidos por distintos pacientes, que tienen un alto valor clínico. Es así que desarrollaron el concepto de mejorías súbitas (sudden gains), haciendo referencia a dramáticos cambios sintomatológicos que se producían de una sesión a otra. La magnitud de estos cambios era mucho mayor a las habituales variaciones entre sesiones y correspondían a una gran proporción del cambio producido durante todo el tratamiento (Tang & DeRubeis, 1999b). En este estudio observaron que en el 39% de la muestra presentó mejorías súbitas, y que estas podían suceder en cualquier momento del proceso terapéutico. A causa de los criterios metodológicos utilizados para la identificación de las mejorías súbitas, no se contemplaron las que surgieron dentro de las primeras 3 sesiones del tratamiento, pero a pesar de esto la mediana de la presencia de mejorías súbitas se estableció antes o durante la quinta sesión, o sea de forma muy temprana en el proceso psicoterapéutico (Tang & DeRubeis, 1999b). También, se observó en este estudio que los pacientes que presentaron mejorías súbitas tuvieron mejores resultados de forma significativa del tratamiento que en los casos donde no se presentaron. Sumado a que tuvieron tasas de recuperación más altas (79%), en comparación con los que no tuvieron mejorías súbitas (41%), con cambios que se mantuvieron a lo largo de todo el tratamiento (Tang & DeRubeis, 1999b). Los autores observaron que estos patrones se presentaban en un alto porcentaje de pacientes deprimidos, tratados con psicoterapia, y que esto podría ser un terreno fértil para identificar sesiones que fueran claves en el tratamiento. Al igual que sucedió con el estudio de respuestas tempranas, estos primeros acercamientos al concepto de mejorías súbitas se centraron únicamente en estudios clínicos controlados de pacientes con depresión tratados con terapia TCC. Por esta razón, Stiles y colaboradores (2003) buscaron estudiar esta conceptualización del fenómeno en otras formas de psicoterapia y en diversidad de condiciones psicopatológicas. Para ello realizaron un estudio con 135 pacientes en dispositivos terapéuticos naturales, los cuales incluyeron tratamientos gestálticos, psicodinámicos, cognitivos e integrativos, entre otros. Los resultados revelaron que en las primeras 16 sesiones el 17% de la muestra presentó criterios de mejorías súbitas, siendo que el cambio producido por las mejorías súbitas representó en promedio un 105% del cambio total al finalizar el proceso psicoterapéutico. Estos resultados mostraron que las mejorías súbitas presentaban un porcentaje inferior al registrado en el estudio de Tang y DeRubeis (1999b), pero también que se presentan en variedad de abordajes psicoterapéuticos (Stiles et al., 2003). Sumando a esta evidencia, otro estudio correspondiente al año 2003, registró la presencia de un 39% de mejorías súbitas en una muestra de 87 adolescentes con depresión tratados con TCC, terapias de familia sistémico-conductuales y tratamientos de apoyo no directivos (Gaynor et al., 2003). Además, el 82% de los pacientes que presentaron respuestas tempranas tuvo cambios clínicamente significativos al concluir con el proceso psicoterapéutico, en comparación con los pacientes que no tuvieron este patrón de respuesta (53%). Debido a que estas metodologías, que comenzaron a estudiar las mejorías súbitas, no incluían los

cambios producidos en las primeras 3 sesiones de psicoterapia, recibieron críticas por resultar ser un impedimento para integrar estos hallazgos al estudio de las respuestas tempranas (Busch, Kanter, Landes & Kohlenberg, 2006). En esta línea, Busch y colaboradores (2006) estudiaron las mejorías súbitas que se presentaban entre la primera y la segunda sesión, utilizando un criterio modificado de la versión original de Tang y DeRubeis (1999b). Este estudio reveló, en una muestra de pacientes deprimidos tratados con TCC, que el 16% de la misma alcanzó mejorías súbitas en el periodo entre la primera y la segunda sesión, siendo que el nivel de cambio producido representó el 50% del cambio total producido en el tratamiento. Sumado al hecho de que todos los pacientes que presentaron mejorías súbitas tempranas se recuperaron al terminar el tratamiento, mientras que de los que no las presentaron se recuperaron en el 46% de los casos (Busch et al., 2006). Estas investigaciones sumaron evidencia sobre la fuerte asociación entre las mejorías súbitas y los resultados de la psicoterapia, tanto en variedad de modelos psicoterapéuticos como en distintas condiciones psicopatológicas (Gómez Penedo, 2017)

El surgimiento de los estudios de mejorías súbitas dieron mayor énfasis al análisis de las trayectorias individuales, que han permitido el surgimiento de estudios enfocados hacia el análisis de los patrones de evolución sintomática en las primeras sesiones, o sea, que permitieron identificar patrones de respuestas tempranas en los tratamientos (Gómez Penedo, 2017). Estos nuevos estudios se basaron en el uso de modelos multinivel y mixtos como estrategias estadísticas de análisis de datos, entre los que podemos encontrar el uso de HLM y los modelos mixtos de crecimiento (*Growth Mixed Model* [GMM, por su sigla en inglés]; Nagin & Odgers, 2010). Estos modelos estadísticos permiten analizar los datos aunque se viole el supuesto de independencia de las observaciones, y son esperables los fenómenos de correlación entre los residuos, debido a autocorrelaciones de las mediciones. Todos estos modelos tienen en común la capacidad para manejar la estructura multinivel del cambio psicoterapéutico, ya que la psicoterapia se desarrolla en varios niveles analíticos de datos anidados, como pueden ser las sesiones a lo largo del tiempo (medidas repetidas) anidadas dentro de cada paciente (primer nivel intra-paciente), mientras que los grupos de pacientes (segundo nivel inter-pacientes) están anidados dentro de los terapeutas (tercer nivel), los grupos de tratamiento o instituciones (Lutz et al., 2021). Por estas características son modelos especialmente útiles para identificar los patrones en la medición repetida en el tiempo de una variable. En esta línea, utilizando HLM, Hayes y colaboradores (2007) observaron que un gran porcentaje de los pacientes con depresión presentaron respuestas tempranas, pero que en algunos de estos pacientes surgía un aumento sintomatológico al progresar el tratamiento, donde se percibía un patrón de cambio discontinuo que denominaron pico de depresión (*depression spike*). Este pico se vio asociado con la fase de exposición en el proceso psicoterapéutico, y presentaba en forma posterior una nueva reducción en su sintomatología hasta la finalización del tratamiento. Tanto las respuestas tempranas como los picos de depresión, predijeron mejores resultados, en el caso de las respuestas tempranas en relación a

mayores niveles de esperanza y en el caso de los picos de depresión en relación a un mayor procesamiento cognitivo (Hayes et al., 2007). Esta metodología de estudio presenta un aumento importante en los últimos 10 años. Dentro de la primera mitad de la década del 2010, distintos estudios identificaron patrones de respuesta a los tratamientos utilizando como estrategia de análisis de datos los GMM. Rubel, Lutz y Schulte (2013) estudiaron, en una muestra de 1129 pacientes en tratamientos naturalísticos, los diferentes patrones de progreso producidos durante las primeras 6 sesiones de psicoterapia. Los resultados mostraron que los pacientes que presentaban cambios significativos a partir de la primera sesión y que tenían un grado de progreso que incrementaba o se mantenía en las primeras cinco sesiones tenían mejores resultados del tratamiento con menores dosis de terapia, que el resto de pacientes. En otra investigación, Lutz y colaboradores (2014) registraron, en pacientes con trastorno de pánico tratados con terapia TCC, 4 patrones de trayectorias de cambio durante las primeras 5 sesiones de psicoterapia: 1) respuestas tempranas, 2) cambio lento, 3) ausencia de cambio y 4) deterioro. El 20.2% de la muestra presentaron respuestas tempranas al tratamiento, teniendo además los mejores resultados al finalizar el proceso psicoterapéutico, con un efecto del doble de tamaño en comparación con los otros grupos identificados. Luego en el año 2015, Rubel y colaboradores estudiaron los patrones de respuesta al inicio del tratamiento, en una gran muestra compuesta por 5484 pacientes pertenecientes a 26 centros de asistencia en psicoterapia. En sus resultados, registraron 4 patrones de cambio dentro del periodo de las primeras 3 sesiones: respuestas tempranas (7.2%), respuestas lentas con alto nivel inicial de padecimiento (27.7%), respuestas lentas con bajo nivel inicial de padecimiento (62.7%) y deterioro temprano (2.4%). Los pacientes que presentaron las trayectorias de respuestas tempranas mostraron una probabilidad significativamente mayor de tener una mejora relevante al término del proceso psicoterapéutico, siendo que el 92.7% obtuvo mejoras confiables y el 65.2% cambios clínicamente significativos al finalizar el tratamiento. Por otro lado, la totalidad de la muestra que alcanzó un cambio confiable representó el 35%, junto a un 16% que tuvo un cambio clínicamente significativo. Estos diseños resultan muy importantes para la investigación, ya que permiten un análisis individual de la evolución de los pacientes, permitiendo una comprensión mayor acerca del cómo, cuándo y por qué, se genera el cambio en psicoterapia (Hayes et al., 2007).

Debido a que los pacientes que presentaban respuestas tempranas tendían a obtener mejores resultados de las terapias, algunas líneas de investigación en psicoterapia se enfocaron en identificar y estudiar características de los pacientes o variables de la terapia, que puedan llegar a vincularse al mecanismo o a la aparición de estas respuestas rápidas a los tratamientos. Ya que esta información podría aportar herramientas para diseñar tratamientos dirigidos a la estimulación de la presencia de estos cambios tempranos y, de forma transitiva, alcanzar resultados positivos de los tratamientos (Gómez Penedo, 2017). Una de las características más indagadas, dentro del escaso marco abordado en este tipo de investigaciones, es la relación entre las respuestas tempranas y los problemas interpersonales.

Un ejemplo de estos estudios, es el caso del trabajo, recientemente mencionado, de Rubel, Lutz y Schulte (2013), donde exploraron algunas características previas de los pacientes vinculadas a las trayectorias de cambio positivas en las primeras sesiones. En este estudio observaron que los pacientes que tuvieron un alto nivel de mejora en la primera sesión junto a una gran mejora en las 5 sesiones siguientes, tenían menores dificultades interpersonales al comienzo del proceso psicoterapéutico en comparación con los pacientes que presentaron una mejora menor al inicio del tratamiento, junto a una mejora leve en las primeras 5 sesiones.

El estudio de trayectorias individuales y el uso de metodologías estadísticas más sofisticadas, como es el caso de los modelos multinivel y mixtos, han permitido que en los últimos 10 años, las investigaciones empíricas volvieran a posicionar a las respuestas tempranas como un predictor robusto de los resultados de la psicoterapia (Lutz et al., 2014; Rubel et al., 2015). Estos años se ha ido acumulado evidencia sustancial de que el cambio terapéutico temprano, independientemente de su definición y operacionalización, tiene un rol fundamental en la producción de cambios al final del tratamiento, por lo que es un recurso de vital utilidad encontrar variables que permitan predecir la aparición de las mismas para diseñar tratamientos personalizados para cada caso (Gómez Penedo, 2017).

Estado del Arte

La investigación del fenómeno de las respuestas tempranas, según Gómez Penedo (2017), se desarrolla en cinco líneas principales de argumentación e investigación que pueden entrecruzarse y superponerse en los distintos estudios, a saber:

- (a) Respuestas tempranas a los tratamientos, (b) El vínculo de las respuestas tempranas con los resultados de la terapia, (c) Las mejorías súbitas en el tratamiento, (d) Patrones de respuestas tempranas y (e) Variables de los participantes y del proceso asociadas a las respuestas tempranas. (p. 62)

En el estudio de las (a) respuestas tempranas a los tratamientos, se busca observar la aparición de las respuestas tempranas ante diversos modelos psicoterapéuticos y diferentes condiciones psicopatológicas. En esta línea, Lutz y colaboradores (2017) exploraron los patrones de cambios de personas con trastornos depresivos, en las primeras sesiones de psicoterapia para intervenciones basadas en la web (Web-based interventions) de modelo TCC. Este estudio analizó una muestra de 409 participantes con sintomatología depresiva que se extendía en una severidad de leve a moderada. Sus hallazgos muestran que los resultados y la adherencia de las intervenciones basadas en la web pueden predecirse por los patrones de respuesta y deterioro temprano, con resultados similares a la de las terapias presenciales e

individuales. De esta forma los autores concluyen que las respuestas tempranas pueden informar sobre la dirección del tratamiento basado en la web y potencialmente ayudar a optimizar la variedad disponible de recursos clínicos. Otro estudio reciente, de Held y colaboradores (2021) buscaba identificar las trayectorias de cambio en la sintomatología de 452 veteranos de guerra con tratamientos en un programa intensivo de 3 semanas para el Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) basados en la terapia de procesamiento cognitivo (TPC). Se identificaron que hubo un grupo de pacientes que tuvieron respuestas rápidas al tratamiento (15,3%), con mejoras en la sintomatología en solo una semana, quedando estos pacientes por debajo del punto de corte para el criterio de probable TEPT.

Este tipo de investigaciones también ayudan a acumular y fortalecer las pruebas acerca del (b) vínculo de las respuestas tempranas con los resultados de la terapia. Esta línea de investigación es fuertemente impulsada por revisiones sistemáticas y meta-análisis que recopilan la información disponible sobre el fenómeno y emiten conclusiones más robustas sobre este vínculo. Beard y Delgadillo (2019), siendo una ejemplo de este tipo de estudio, tomaron 25 investigaciones, que contaban con un total de 11.091 pacientes con síntomas de depresión y ansiedad. De estos, pudieron analizar, en un metaanálisis de efectos aleatorios, el tamaño del efecto en 15 estudios que midieron las respuestas tempranas asociadas a los resultados posteriores al tratamiento. Los autores registraron un gran tamaño del efecto agrupado, lo que indica que los pacientes que presentaban respuestas tempranas tuvieron resultados post-tratamiento significativamente mejores en comparación con los casos sin respuesta temprana. Además, los resultados arrojaron que los pacientes que tuvieron respuestas tempranas tenían por lo menos cuatro veces más probabilidades de conseguir resultados positivos del tratamiento en comparación con otros pacientes. Esta asociación se encontró en el uso de varios modelos psicoterapéuticos, como la TCC, las psicoterapias psicodinámicas, la terapias interpersonales, las intervenciones de autoayuda guiadas administradas en persona, en grupos, por teléfono y por Internet. Estos resultados permiten concluir que hay pruebas sólidas y repetidas en distintas investigaciones, de que la respuesta temprana es un indicador pronóstico fiable de los resultados del tratamiento de la depresión y la ansiedad. En otra, más reciente, revisión sistemática, Chang, Delgadillo y Waller (2021) analizaron, en un meta-análisis de efectos aleatorios, a 25 estudios de 33 investigaciones elegibles, o sea que debían estudiar la relación entre trastornos alimenticios y la aparición de respuestas tempranas en el tratamiento, y su vinculación con los resultados de la psicoterapia. Dentro de la muestra total, aproximadamente la mitad de los pacientes presentaron respuestas tempranas a la psicoterapia, definida en mayor proporción como una mejora sintomática en las primeras 4 sesiones. Los resultados arrojaron que había una asociación significativa y moderada entre la presencia de respuestas tempranas y los resultados en los tratamientos. Los autores concluyeron que esta evidencia acumulada durante los últimos 20 años indica que el fenómeno de las respuestas tempranas son el predictor más fiable acerca del resultado del tratamiento psicológico en el área de las intervenciones de los trastornos alimenticios.

En una posición notablemente diferencial, el estudio de (c) las mejorías súbitas en el tratamiento es llevado a cabo en una exploración conceptual y metodológica escindida del concepto de respuestas tempranas. Aunque ambas hacen referencia al fenómeno de la aparición de grandes cambios terapéuticos dentro de las primeras 10 sesiones de un proceso psicoterapéutico, sus divergencias conceptuales producen grandes limitaciones en aunar evidencias y criterios metodológicos de evaluación. Las mejorías súbitas son cambios sintomatológicos de gran magnitud que se producen entre dos sesiones consecutivas, y representan una gran proporción del cambio producido durante todo el tratamiento (Tang & DeRubeis, 1999b). En esta línea, un reciente metaanálisis de Shalom y Aderka (2020) exploró 50 estudios (N = 6355) de la literatura sobre las mejorías súbitas en la psicoterapia, su relación con el resultado de la psicoterapia y cuales son los moderadores de estos efectos. Los resultados arrojaron que las mejorías súbitas predicen significativamente el resultado de la psicoterapia y su posterior seguimiento, más allá de los tratamientos utilizados, trastornos presentados o dispositivos empleados. Además, se observó que las investigaciones que utilizaron los criterios de Tang y DeRubies (1999) para la identificación de las mejorías súbitas tuvieron tamaños de efecto menores que los estudios que utilizaron criterios alterados. Se registró que la tasa media de aparición de mejorías súbitas era de aproximadamente el 35%, con una media de aparición en la quinta sesión. Ni los niveles de gravedad inicial ni el tipo de estudio empleado (controlado o naturalístico) predijeron significativamente los efectos de las mejorías súbitas. Los autores concluyen que los resultados apuntan a que las mejorías súbitas son un fenómeno omnipresente en la psicoterapia, pero que sus efectos pueden estar moderados por diversos factores. Con respecto a esta conclusión, un reciente estudio de Oliveira y colaboradores (2021) buscó explorar el papel de la ambivalencia al cambio, como una factor común del paciente, en el contexto de las mejoras súbitas. Como los autores mencionan, a pesar de que está bien establecida la relación de las mejoras súbitas con los efectos positivos en el resultado de la psicoterapia, aún hay poca literatura sobre cuáles son los mecanismos que las subyacen y las producen. Para ello se estudió una muestra de 68 pacientes ambulatorios que padecían trastornos de depresión y/o ansiedad y se registró que el 20.6% de los participantes experimentaron mejorías súbitas, ocurriendo la mayoría de los casos en la octava sesión. Con estos resultados se pudo observar que el grupo que registró mejorías súbitas tuvo los menores niveles de ambivalencia y síntomas psicológicos al finalizar el tratamiento en comparación con el resto de pacientes. Así concluyen que las mejorías súbitas están asociadas a la ambivalencia y que la resolución de la ambivalencia está relacionada con el éxito del tratamiento. En la actualidad, además, Aderka y Shalom (2021) han propuesto un modelo revisado de mejorías súbitas, ya que mencionan que su teoría, donde se abordan los procesos que conducen a las mejorías súbitas y los procesos que resultan de ellas, nunca han sido revisados. Por esta razón los autores presentan una revisión de la teoría de las mejorías súbitas basada en datos empíricos, abordando los predictores de las mismas y los procesos que pueden conducir a ellas, y también sus consecuencias y procesos por los que

pueden afectar a los resultados. De esta forma concluyen e interpretan a las mejorías súbitas como el resultado de una combinación de cambios de los síntomas, sumado a una reducción del nivel de los mismos en el transcurso del tratamiento. Por lo que, proponen un modelo donde el tratamiento facilita, y no es causa, de las mejorías súbitas.

Como se ha venido mencionando en los diferentes apartados, el estudio a partir de las trayectorias individuales ha permitido arrojar mucha luz sobre la medición de las respuestas tempranas, de forma tal que el cambio terapéutico sea representado con mayor fidelidad. En este sentido, el estudio de los (d) patrones de respuestas tempranas es un campo que potencialmente permite generar mayor conocimiento y discriminar sobre cómo se presenta el cambio en las primeras sesiones en diversas circunstancias. En la actualidad, esta línea de investigación es ampliamente abordada para el estudio de las respuestas tempranas, debido a la gran posibilidad de análisis que ofrece, pudiendo acoplarse paralelamente y facilitar el estudio de cualquiera de las otras líneas de investigación en el área. Un ejemplo posible es el recientemente mencionado estudio de Lutz y colaboradores (2017), donde se propusieron examinar los patrones de cambio temprano durante las primeras 4 semanas de una intervención de 12 semanas, con tratamientos basados en la web orientados a la TCC para pacientes con depresión. En este estudio, pudieron identificar tres patrones de cambio temprano (N=409): dos clases de respuesta temprana (38.6%, 45.2%) y una clase de deterioro temprano (16.1%). Otro caso, recién mencionado, es el de Held y colaboradores (2021), que identificaron, en una muestra de 452 veteranos de guerra con TEPT dentro de un programa intensivo basado en TPC, 4 trayectorias distintas de respuesta al tratamiento: respondedores rápidos (15,3%), respondedores estables (32,0%), respondedores parciales (38,4%) y respondedores mínimos (14,4%). Los pacientes que tuvieron respuestas rápidas al tratamiento presentaron mejoras después de solo una semana de tratamiento. y los respondedores rápidos y estables (47.3%) de la muestra informaron reducciones sustanciales de los síntomas, quedando por debajo del punto de corte de un probable TEPT. Los autores concluyeron que algunos pacientes pueden tener mejoras con intervenciones cortas y otros podrían tener mayores beneficios con un mayor número de sesiones. En cambio, los respondedores parciales obtuvieron reducciones clínicamente significativas pero se mantuvieron por encima del punto de corte de un probable TEPT, y los que respondieron mínimamente fueron los que menos cambiaron a lo largo del tratamiento psicológico. En una investigación de Hilbert y colaboradores (2019), se buscó identificar trayectorias latentes de cambio temprano en 86 pacientes dentro de un tratamiento TCC para el trastorno por atracón, y compararlas con las clasificaciones tradicionales de respuestas rápidas. Estos pacientes, a partir de autoinformes semanales, proporcionaron información acerca de los atracones durante las primeras 4 semanas de la terapia. Luego esta información se analizó para predecir los atracones, la depresión y el índice de masa corporal en el seguimiento después de concluido el tratamiento, a los 6 y a los 18 meses. A partir de los resultados se identificaron 3 patrones de cambio temprano, que permitieron predecir significativamente la remisión de los atracones luego de 6

meses de seguimiento. En el caso de los pacientes con un nivel bajo de atracones estable o en disminución mostraron una mayor remisión de los atracones que los pacientes con un nivel medio de atracones en disminución. Además, tuvieron una frecuencia de atracones menor a los 6 y 18 meses de seguimiento, siendo que los de nivel bajo de atracones en disminución informaron de una menor frecuencia de atracones que los de un nivel bajo de atracones estable a los 6 meses de seguimiento. Las trayectorias de cambio tempranas, y no otras clasificaciones de respuestas rápidas, predijeron significativamente la frecuencia de los atracones a lo largo del tiempo, pero no se observó ningún efecto significativo en el pos-tratamiento. Los autores concluyeron que a partir del análisis detallado del cambio durante las primeras 4 sesiones, se mostraron diferentes trayectorias de cambio temprano en los atracones, lo que condujo a una mejor predicción de los resultados de los atracones, a diferencia de clasificaciones tradicionales de las respuestas tempranas. Por otro lado, Koffmann (2018) estudió la relación entre las variables de las trayectorias individuales medidas durante las primeras 5 sesiones de la psicoterapia y el resultado final de la misma. Para ello analizó una muestra de 158 pacientes, en el contexto de una clínica de formación en psicoterapia, donde se midieron el malestar sintomático al inicio de la psicoterapia, en el cambio del malestar entre la primera y la quinta sesión, y los cambios entre sesiones. Los resultados de este estudio lo llevaron a concluir que el malestar sintomático al inicio y el cambio en el malestar durante las primeras cinco sesiones mejoran la predicción del resultado de la psicoterapia sobre los valores sintomáticos iniciales. En cambio, los cambios entre sesiones aportan poco a la predicción del resultado después de analizar el cambio general del malestar sintomático durante las primeras cinco sesiones.

Por último, y con menor cantidad de investigaciones en su haber, el estudio de las (e) variables de los participantes y del proceso asociados a las respuestas tempranas pretende indagar en las características de los pacientes y de la psicoterapia, que puedan estar asociadas a la aparición de las respuestas tempranas (Gómez Penedo. 2017). En un estudio realizado por Manubens, Olivera Ryberg y Gómez Penedo (2018) se buscó estudiar los procesos tempranos de rupturas en la alianza terapéutica, y su vínculo con los cambios terapéuticos y abandonos tempranos en psicoterapia. Para ello se estudiaron 15 pacientes con diagnósticos de trastornos emocionales, que fueron divididos en 3 grupos: pacientes que abandonaron, que presentaron mejoras clínicas y que no presentaron mejoras. Los resultados mostraron que el grupo de pacientes que tuvieron mejoras clínicas tienen una mayor tasa de rupturas resueltas que el resto de grupos. No obstante, no se observaron diferencias entre las rupturas del grupo de abandono y los otros dos grupos. Los autores concluyen que las rupturas en la alianza no implican en sí mismas una amenaza para el tratamiento, pero la resolución de estas rupturas de forma rápida en el tratamiento podría favorecer a la aparición de respuestas tempranas. En otra investigación, Gómez Penedo, Zilcha-Mano y Roussos (2019) buscaron identificar los perfiles interpersonales de base en una muestra de 96 pacientes con trastornos emocionales y, con eso, estudiar si tienen la capacidad de predecir el nivel en que la negociación de la alianza puede ser importante para la aparición de respuestas tempranas en la psicoterapia. Los

resultados mostraron que los perfiles interpersonales identificados ayudaban a predecir de forma significativa la asociación entre el resultado y la negociación temprana de la alianza terapéutica. Particularmente, los pacientes muy afectuosos informaron las mayores mejoras tempranas en sus resultados, con una negociación más fuerte de la alianza. Además, se identificaron dos perfiles distintos de problemas interpersonales: Frío y Excesivamente Nutritivo. Con respecto al estudio del vínculo entre la sintomatología y la aparición de respuestas tempranas, Saunders y colaboradores (2019) pretendían identificar subgrupos de pacientes en tratamiento con diferentes trayectorias de cambio en los síntomas de ansiedad y depresión, y registrar las características de base de los pacientes que se pueden asociar a dichas trayectorias. Para ello se estudiaron 4.394 pacientes que asistían a servicios de tratamiento psicológico, donde completaron evaluaciones de depresión y ansiedad en sesiones y autoinformes. Entre los resultados se identificó que las trayectorias de los síntomas de ansiedad podían distinguirse en la tercera sesión de tratamiento, a diferencia de las trayectorias de los síntomas de depresión que había una clase que presentaba un cambio limitado hasta la sexta sesión, con una posterior mejora rápida de los síntomas a partir de ese momento. Además, se observó que a diferencia de las trayectorias que no respondieron al tratamiento, las trayectorias de depresión y ansiedad que tenían respuesta al tratamiento se asociaron con una menor gravedad inicial, un mejor funcionamiento social y una menor incidencia de ansiedad fóbica. Varios de los estudios aquí presentados observan la relación entre el nivel de severidad clínica del paciente al iniciar el tratamiento, en comparación con el pronóstico de la manifestación de respuestas tempranas y, por extensión, que haya mejores resultados del tratamiento. En este sentido, se repite la tendencia de que ante mayores niveles de severidad clínica menor va a ser la presencia de respuestas tempranas al tratamiento y, en sentido contrario, mientras menor son los niveles de severidad clínica inicial mayores son las posibilidades de que se presenten respuestas tempranas al tratamiento. Esta aseveración se observa en diferentes condiciones psicopatológicas, como la ansiedad y depresión (Saunders et al., 2019), TEPT (Held et al., 2021) y trastornos por atracón (Hilbert et al., 2019). Aportando a estos resultados, Beard y Delgado (2019) identificaron que el efecto de la respuesta temprana sobre los resultados de ansiedad fue considerablemente mayor el efecto sobre los resultados de depresión, o sea que los pacientes con ansiedad que presentan respuestas tempranas tenían mayores probabilidades de presentar mejores resultados del tratamiento que los pacientes con depresión que presentan respuestas tempranas. Todos estos estudios permiten concluir que las características iniciales y la variación de los síntomas al comienzo del proceso psicoterapéutico pueden ayudar a identificar diferentes trayectorias de cambio de los síntomas, pudiendo ser un conocimiento que ayude a la toma de decisiones clínicas y a mejorar los resultados del tratamiento (Sanders et al., 2019).

Marco Teórico

Como ha sido posible apreciar a lo largo de los anteriores apartados, no hay en la literatura científica un término o concepto único que etiquete y defina el fenómeno de los cambios significativos que pueden presentarse en las primeras sesiones de psicoterapia (Lambert, 2013; Rubel et al., 2015). Por esta razón, es necesario aclarar que para la presente tesina se utilizará el término respuestas tempranas, expuesto por Ilardi y Craighead (1994), aunque también podrían llegar a utilizarse nociones como respuestas rápidas o cambios tempranos como sinónimos directos, ya que en la bibliografía se utilizan indistintamente (Gomez Penedo, 2017). Para dar una definición de este término, se entiende a las respuestas tempranas como las mejoras sintomáticas significativas que se producen durante las primeras sesiones del tratamiento (Haas et al., 2002; Ilardi & Craighead, 1994; Lutz et al., 2021).

La utilización de nuevas metodologías estadísticas para el estudio de la psicoterapia, ha permitido identificar distintos patrones de respuestas tempranas por medio del registro de las trayectorias individuales. Este ha resurgido como un nuevo método para estudiar el proceso de la psicoterapia, donde se posibilita la medición de las variables de interés con una mayor frecuencia a lo largo del proceso de psicoterapia (Hayes et al., 2007). Esto implica un entendimiento no lineal del cambio terapéutico, que puede examinar individualizadamente los procesos del tratamiento para comprender mejor lo que facilita e inhibe el cambio. Estos datos recolectados como trayectorias individuales pueden facilitar el estudio sobre el cambio, su manifestación y principalmente como se produce (Hayes et al., 2007). Para esta investigación se conceptualiza el fenómeno de las respuestas tempranas utilizando trayectorias de cambio latentes (por ejemplo, HLM) al principio del tratamiento para predecir los resultados del mismo (Lutz et al., 2021). El autorregistro es un instrumento de medición que permite llevar a cabo la identificación de estas trayectorias individuales dentro del contexto naturalístico de la psicoterapia, ya que se entienden como medidas repetidas de algún constructo (variable dependiente) sobre el tiempo (variable independiente). Esto permite estudiar el fenómeno a partir de la medición de la tasa de severidad clínica de las trayectorias individuales al finalizar las primeras sesiones, como la evaluación del estado clínico general del paciente; y a partir de la medición de los cambios en las trayectorias individuales durante estas primeras sesiones, para evaluar la tasa de cambio en el paciente (Gómez Penedo, Zilcha-Mano & Roussos, 2019).

La medición de los cambios en la severidad de los síntomas durante las primeras sesiones de los tratamientos ha permitido una mayor precisión en la predicción de los resultados de los mismos, lo que brinda a los clínicos información importante sobre la probabilidad de que esas variaciones sintomatológicas guíen su toma de decisiones (Saunders et al, 2019). En el año 2016, alrededor del mundo los trastornos mentales y adictivos afectaron a más de mil millones de personas, representando el 16% de la población mundial (Rehm & Shield, 2019). Se estima que para el año 2019 más de 280 millones de personas padecieron depresión (OMS, 2021) y más de 300 millones de trastornos de ansiedad (Yang et al., 2021).

Se entiende en este trabajo de investigación a los trastornos de ansiedad como la respuesta emocional, de miedo y ansiedad excesivos, anticipatoria a una amenaza futura, que trae asociado alteraciones conductuales, como tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos (American Psychiatric Association [APA], 2013). Por otro lado, se entienden a los trastornos depresivos como la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo (APA, 2013). La depresión es una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo, en sentido de años de vida perdidos a causa de esta condición (OMS, 2021). Además, dentro de los trastornos mentales la depresión es la primera causa de discapacidad y la ansiedad la segunda, a nivel mundial (Pan American Health Organization [PAHO], 2018). En un estudio del año 2019, Saunders y colaboradores identificaron que las trayectorias de depresión y ansiedad que presentaban respuestas tempranas al tratamiento se asociaron con una menor gravedad inicial, un mejor funcionamiento social y una menor incidencia de ansiedad fóbica. La conclusión que se desprende es que la sintomatología al inicio del tratamiento y el cambio de los síntomas al principio de la terapia puede ayudar a identificar diferentes trayectorias individuales del cambio de los síntomas, que puede resultar un conocimiento esencial para diseñar los dispositivos más adecuados para el abordaje de trastornos con tanta prevalencia a nivel mundial.

Desarrollo Metodológico

Procedimiento

La presente tesina se basa en un diseño observacional y cuantitativo, donde los datos analizados fueron tomados en su contexto natural, lo que permite fortalecer la validez ecológica de los resultados encontrados. La presente investigación es un estudio piloto enmarcado en un proyecto de monitoreo, que se titula "*Enhancing evidence-based treatment personalization in psychotherapy based on monitoring patients' clinical development* [Mejorar la personalización del tratamiento basado en la evidencia en la psicoterapia a partir del seguimiento de la evolución clínica de los pacientes]", teniendo como principales investigadores al Dr. Juan Martín Gómez Penedo, de la Universidad de Buenos Aires, Argentina, y al Dr. Martin grosse Holtforth, de la Universität Bern, Suiza. Es un estudio de colaboración entre Suiza y Argentina, subsidiado por el Leading House for the Latin American Region de Suiza, y está programado para el periodo 2020-2022. Su objetivo principal es desarrollar un algoritmo personalizado de aprendizaje automático utilizando las características de base del paciente para predecir los efectos de dos mecanismos de cambio en la psicoterapia: la resolución de problemas y la clarificación.

Para el diseño de la muestra se realizó un muestreo no probabilístico con una estrategia de tipo bola de nieve. En primer lugar se contactó a psicoterapeutas para invitarlos a participar de la investigación y, posteriormente, estos invitaron a otros psicoterapeutas para que hicieran lo mismo. Una vez que se les explicaban los procedimientos del estudio a los terapeutas, a través de un correo electrónico, estos comenzaron a invitar a la investigación a pacientes que los contactaban para realizar un proceso psicoterapéutico.

En la primera entrevista de admisión con el paciente, los psicoterapeutas les comunicaron acerca de la investigación en curso. Se les explicó de qué trataba la misma y se los invitó a participar. Una vez que aceptaban participar (completando un consentimiento informado escrito), y justo antes de iniciar la primera sesión del tratamiento, los psicoterapeutas les enviaron a los pacientes dos evaluaciones para que completen de forma online: la primera fue la (i) Evaluación de Línea de Base (Apéndice I), datos sociodemográficos y dos escalas de medidas de sintomatología clínica de Depresión (*Patient Health Questionnaire-9* [PHQ-9]) y Ansiedad (*Generalized Anxiety Disorder-7* [GAD-7]); y la segunda fue la (ii) Evaluación de Medidas Repetidas (Apéndice II), que se compone de una escala de medidas de severidad sintomatológica (*Hopkins Symptom Checklist-11* [HSCL-11]) para el monitoreo. Luego, y por cuatro (4) sesiones más, solo se suministró la Evaluación de Medidas Repetidas antes de comenzar cada una de las sesiones psicoterapéuticas, completando un total de cinco (5) tomas de esta evaluación. Al concluir cada toma se elaboró el análisis de los datos arrojados por los pacientes y, con ello, se elaboraron informes para darle *feedback* a los psicoterapeutas.

Variables e Hipótesis de Trabajo

Hipótesis: A mayores niveles de sintomatología previo al inicio del tratamiento, se presentan menos respuestas tempranas dentro de las primeras cinco sesiones.

Participantes

Para este estudio se exploraron 40 díadas paciente-terapeuta en tratamientos naturalísticos.

Pacientes

La muestra de pacientes que realizaron el proceso de evaluación contaba con 40 participantes, de los cuales un total de 34 completaron el proceso de evaluación. Como criterio de inclusión para los pacientes se estableció, únicamente, que debían pertenecer a la franja etaria de entre 18 y 65 años. La mayoría fueron de género masculino (60%) y con una edad promedio de 30.2 años (Desvío Estándar [DE]= 7.3). El 65% de la muestra estuvo compuesta por personas que alcanzaron un nivel educativo de estudios superiores. Más de dos tercios de

la muestra se encontraba empleada al iniciar el estudio (77.5%), junto a una pequeña proporción restante de estudiantes (12.5%) y desempleados (10%). El estado civil de los participantes era mayormente soltero/a (52.5%), seguido por las personas que se encontraban en pareja (35%) y, por último, los que se encontraban casados (12.5%).

Tabla 1.

Características diagnósticas de los pacientes (N = 40).

Diagnósticos	N	%	Trastornos	N	%
Indicios de Sintomatología Ansiosa	5	12,5			
Trastorno de Ansiedad Generalizada	5	12,5	Trastorno de Ansiedad		
Trastorno de Ansiedad no Especificado	4	10	Trastorno de Ansiedad		
Trastorno de Ansiedad Social	2	5	Trastorno de Ansiedad		
Trastorno de Pánico	2	5	Trastorno de Ansiedad		
Ataque de Pánico	1	2,5	Trastorno de Ansiedad		
Fobia Específica	1	2,5	Trastorno de Ansiedad	6	15
Indicios de Sintomatología Depresiva	1	2,5			
Trastorno Depresivo Persistente (distimia)	1	2,5	Trastornos Depresivos		
Trastorno de Disforia Premenstrual	1	2,5	Trastornos Depresivos	2	5
Trastorno de Adaptación	2	5	Trastornos relacionados con el Traumas y el Estrés		
Trastorno de Estrés Postraumático	1	2,5	Trastornos relacionados con el Traumas y el Estrés	1	2,5
Estres	1	2,5			
Trastorno Límite de la Personalidad	3	7,5	Trastornos de la Personalidad		
Trastorno de la Personalidad Evitativa	2	5	Trastornos de la Personalidad	2	5
Problemas de Relación	2	5	Otros		
Trastorno Eréctil	1	2,5	Otros		
Sin diagnóstico	5	12,5	Otros	6	15
Total	40				

Nota. Todos los diagnósticos fueron realizados a partir de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V; APA, 2013); N = Número muestral; % = Porcentaje.

El porcentaje de pacientes que hicieron tratamientos previos fue del 70%, constatando un promedio de 2.03 (DE=1.28) tratamientos realizados con anterioridad, con un máximo de 5 tratamientos anteriores. Todos los diagnósticos, que figuran en la Tabla 1, siguen criterios de distribución diagnóstica a partir de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V; APA, 2013). Algunos pacientes no alcanzaron criterios diagnósticos para trastorno de ansiedad o depresión, pero presentaron sintomatología vinculada (Tabla 1). Además, para pacientes con diagnósticos comórbidos se tomó como diagnóstico principal a aquellos más complejos (por ejemplo, trastornos de la personalidad) o aquellos en los que se presentaba ansiedad o depresión. En este sentido, la presencia predominante y significativa de sintomatología ansiosa, con o sin algún trastorno, fue de un 50% de los casos, mientras que en segundo lugar la sintomatología depresiva representó un 12.5% de la muestra, teniendo en cuenta que además un 12.5% de los pacientes no alcanzaron a ser diagnosticados antes de abandonar la investigación (Tabla 1).

Terapeutas

La muestra estuvo compuesta por 13 terapeutas. El criterio de inclusión para los terapeutas fue, únicamente, que tuvieran una experiencia clínica mínima de un año. La mayoría fueron de género masculino (61.5%) y con una edad promedio de 36 años (DE=4.24). El promedio de experiencia clínica de los terapeutas era de 9.38 años (DE=5.2), con un valor mínimo de 1 año y un valor máximo de 15 años de experiencia clínica. Todos los tratamientos incluidos en este estudio fueron en modalidad online. Con respecto a los marcos teóricos, hubo preponderancia de terapeutas que utilizaron como modelo psicoterapéutico la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), representando un 53.8% de la muestra total (Ver Tabla 2). Se debe remarcar que los terapeutas que declararon utilizar la Psicoterapia Basada en la Evidencia (PBE; 15.4%), manifestaron utilizar distintos marcos teóricos según el caso clínico (por ejemplo, la utilización de la terapia focalizada en resolución de problema). El promedio de pacientes que atendió cada terapeuta fue de 3.07 (DE=1.32), con un mínimo de 1 y un máximo 5 pacientes.

Tabla 2.
Marcos teóricos de los psicoterapeutas (N = 13).

Marcos Teóricos	N	%
Terapias Cognitivo Conductual (TCC)	7	53,8
Teorías Psicodinamicas	2	15,4
Psicoterapia Basada en la Evidencia (PBE)	2	15,4
Terapias Humanistico-Existencial	1	7,7
Bioenergética	1	7,7
Total	13	

Nota. N = Número muestral; % = Porcentaje.

Instrumentos

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001) [Versión en castellano; Urtasun et al., 2019]. Este instrumento mide sintomatología depresiva de acuerdo a los criterios diagnósticos de depresión del DSM-IV. Es una escala de 9 ítems de autoinforme, donde los puntajes más altos indican mayor severidad de la sintomatología. Cada ítem se puntúa en una escala Likert que oscila entre 0 (Para nada) y 3 (Casi todos los días). Algunos ítems que se utilizan son: *“Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado”* y *“Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión”* (resto de ítems en Apéndice I). En su validación argentina se observan evidencias de alta validez de criterio y consistencia interna (alfa de Cronbach = .87; Urtasun et al., 2019).

Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7; Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006) [Versión en castellano; García-Campayo et al., 2010]. Es una escala de 7 preguntas de autoinforme, que mide sintomatología ansiosa. Cada uno de los ítems puntúan en una escala Likert entre 0 (Nunca) y 3 (Casi todos los días). Los puntajes más altos indican mayor severidad sintomatológica. Entre los ítems de la escala se incluyen: “*Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado*” y “*Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible*” (resto de ítems en Apéndice I). Este instrumento tiene una versión española, que presenta excelente validez discriminante, de criterio y propiedades psicométricas en su consistencia interna (alfa de Cronbach = .93; García-Campayo et al., 2010).

Hopkins Symptom Checklist-11 (HSCL-11; Lutz, Tholen, Schürch & Berking, 2006) [Versión en castellano; Gómez-Penedo et al., 2021]. Es una escala de 11 ítems, donde se le solicita al participante que indique cuánto sufrió, en los últimos siete días, de un conjunto de manifestaciones psicopatológicas, en su mayoría síntomas de naturaleza ansiosa o depresiva. Cada ítem se responde en una escala Likert de cuatro puntos que oscila entre 1 (Nada) y 4 (Mucho). Algunos ítems del instrumento que se incluyen: “*¿Cuánto sufriste en los últimos 7 días de problemas para dormir*” y “*¿Cuánto sufriste en los últimos 7 días de sentirte un/a inútil?*” (resto de ítems en Apéndice II). Esta escala tiene una versión argentina, que presenta adecuada consistencia interna y homogeneidad de ítems, así como también de validez concurrente, de constructo y de criterio. Además, presenta buenas propiedades psicométricas en su consistencia interna (alfa de Cronbach = .81; alfa ordinal = .87; Gómez-Penedo et al., 2021).

Método de Recolección y Análisis de Datos

El sistema de recolección de datos fue a través de evaluaciones de autorregistro digitales, que los terapeutas enviaban a los pacientes mediante un link. Este enlace se enviaba por Email y, cuando se cliqueaba, dirigía a un sitio web especializado en la recolección de información para investigaciones, denominado *SurveyMonkey*®.

Análisis de Datos

Todos los análisis de este estudio se realizaron con el lenguaje de programación R (R Core Team, 2021) en el software libre RStudio v. 1.4.1717 (RStudio Team, 2021). Específicamente, se utilizaron los paquetes psych (Revelle, 2021) y lme4 (Bates, Mäechler, Bolker & Walker, 2015). Para el análisis de los datos se utilizó, como herramienta estadística, los HLM. Estos modelos permiten analizar información recolectada en diferentes niveles de organización. Se basan en ecuaciones de regresión, incorporando los procedimientos de regresión de mínimos cuadrados ordinarios, lo que permite estimar efectos fijos y efectos aleatorios (Gómez Penedo et al., 2019). Analizar los datos a partir del HLM es particularmente interesante ya que permiten trabajar a partir de un diseño de medidas repetidas, en el que las

observaciones están "anidadas" dentro de diferentes niveles, y desagregar los efectos intra-paciente y entre-pacientes (Gómez Penedo et al., 2019). Esta posibilidad de desagregar fuentes de variación en base a los niveles jerárquicos identificados, permite estimar la proporción de la varianza de una variable dependiente que es explicada por los diferentes niveles del modelo (Gómez Penedo et al., 2019).

En este estudio, específicamente, se utilizaron los HLM para estimar los niveles y la tasa de cambio en la variable dependiente (severidad clínica medida mediante el HSCL-11). Para ello, se tomaron medidas repetidas del HSCL-11 como variable de resultado, anidado dentro de los pacientes. La variable temporal, definida en término de sesiones, estuvo centrada en la sesión 5 (de esta forma, el intercepto del modelo se interpreta como el valor estimado de la variable dependiente para dicha sesión). Para el análisis, se aplicaron modelos de dos niveles de análisis, incluyendo la variabilidad intra-pacientes y la variabilidad entre-pacientes. Ejecutando un modelo incondicional sin predictores, se calculó los coeficientes de correlación intraclase (ICC, por su sigla en inglés) para obtener el porcentaje de la variabilidad explicada por la variable paciente (Raudenbush & Bryk, 2002). Dado que más del 1% de la variabilidad de los resultados era explicada por los pacientes, se decidió mantener una estructura de dos niveles para los modelos condicionales (Gómez Penedo et al., 2019). Luego, se ejecutaron modelos con el tiempo como único predictor, para identificar la trayectoria temporal más representativa de la evolución de la severidad temprana. Particularmente, se compararon modelos lineales y cuadráticos de dos niveles que incluían el tiempo como único predictor (Nivel 1). Estos modelos permiten estimar el cambio de la tasa de severidad clínica sesión a sesión, pudiendo identificar cual de estos dos se ajusta mejor con la variabilidad de las trayectorias de cambio.

A continuación, se ejecutó un modelo condicional de dos niveles con el tiempo como único predictor de nivel 1, y los niveles de depresión y ansiedad como predictores de nivel 2 (sobre el intercepto y el efecto temporal). Este modelo final permitió dar cuenta de los cuatro objetivos específicos del estudio, brindando estimaciones para los efectos de la ansiedad y depresión inicial de los pacientes sobre los niveles de severidad clínica en la sesión 5 y el cambio en la severidad producido durante las primeras 5 sesiones.

Aspectos éticos

Para el presente estudio se siguieron las normativas éticas postuladas por el punto 6.03 del código de ética de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires (APBA, 2013), compatible con la Ley Nacional de Salud Mental vigente en la República Argentina (Ley N° 26.657, 2013) y las normativas planteadas por la American Psychological Association (Ver punto 8; APA, 2010). La participación de los sujetos incluidos en la muestra fue voluntaria. Para ello se les informó sobre las intenciones del trabajo, y la posibilidad de retirarse en cualquier momento que lo desearan, sin que esto influyera en su tratamiento. Para garantizar la protección de los participantes, se les entregó, con la primera evaluación, un consentimiento

informado digital con la información pertinente, con un vocabulario acorde al lenguaje de los participantes. En caso de estar de acuerdo con su participación, se les pidió que marcaran que acceden voluntariamente a participar del estudio. También se tuvo en cuenta la garantía de la confidencialidad de los datos de los participantes. Este registro fue almacenado en una base de datos digital. A cada participante se le asignó un número, y aquellos datos que pudieran revelar información del participante fueron editados.

Resultados

Resultados descriptivos de la muestra

En este apartado se expondrán los análisis descriptivos de las variables abordadas en esta tesina. Se presentarán las medias aritméticas y desvío estándar, como medidas de tendencia central y de dispersión, respectivamente. Para analizar las trayectorias de las variables que constituyen series temporales (es decir, el cambio de los pacientes) se reportará un gráfico de la trayectoria de evolución real de la severidad temprana.

Para establecer un criterio unificado entre los diversos instrumentos utilizados en esta investigación (cada uno con distinto número de ítems), se realizaron los análisis a partir del valor promedio por ítem en cada paciente de la muestra. Por este motivo, los valores medios en cualquiera de los tres instrumentos se presentaron en un rango entre un valor mínimo = 0 y un valor máximo = 3.

Como se observa en la Tabla 3, el análisis descriptivo de las medidas de severidad inicial de los pacientes se presentan a partir de las medidas de tendencia central (media aritmética) y de dispersión (desvío estándar) de los puntajes totales por ítem de la evaluación inicial del PHQ-9 y el GAD-7. El puntaje medio del PHQ-9 total fue de 0.95 y su desvío estándar de 0.55, y el puntaje medio del GAD-7 total fue de 1.4 y su desvío estándar de 0.65.

Tabla 3

Resultados descriptivos (media aritmética y desvío estándar) de los puntajes totales de la sintomatología depresiva (PHQ-9), sintomatología ansiosa (GAD-7) y los niveles de severidad clínica de los pacientes sesión a sesión (HSCL-11).

Instrumentos	Sesión 1*		Sesión 2		Sesión 3		Sesión 4		Sesión 5	
	N	M (DE)	N	M (DE)	N	M (DE)	N	M (DE)	N	M (DE)
PHQ-9	40	0.95 (0.55)								
GAD-7	40	1.4 (0.65)								
HSCL-11	36	1.0 (0.61)	35	0.84 (0.64)	35	0.76 (0.56)	33	0.63 (0.49)	31	0.58 (0.49)

Nota. *Se toman las medidas iniciales del PHQ-9 y GAD-7 en la primera sesión; N = Número muestral; M = Media Aritmética; DE = Desvío Estándar; PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9; GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder-7; HSCL-11 = Hopkins Symptom Checklist-11.

También se observa en la Tabla 3, el análisis descriptivo de las medidas repetidas de la severidad de los pacientes en las primeras 5 sesiones de terapia. Se presentan las medidas de tendencia central (media aritmética) y de dispersión (desvío estándar) de los puntajes totales por ítem de la evaluación del HSCL-11 en cada una de las 5 primeras sesiones del tratamiento. El puntaje medio del HSCL-11 total presenta una disminución progresiva sesión a sesión.

El modelo de trayectoria de la severidad con el mejor ajuste fue un modelo que incluye el tiempo como predictor lineal, ya que no se observó una mejora al incluir un término cuadrático, sugiriendo una evolución lineal de las variables (Ver Figura 1). Por estas razones, se decidió utilizar los puntajes brutos derivados del HSCL-11 para estimar sus trayectorias y realizar los análisis de asociación con las medidas de depresión y ansiedad inicial.

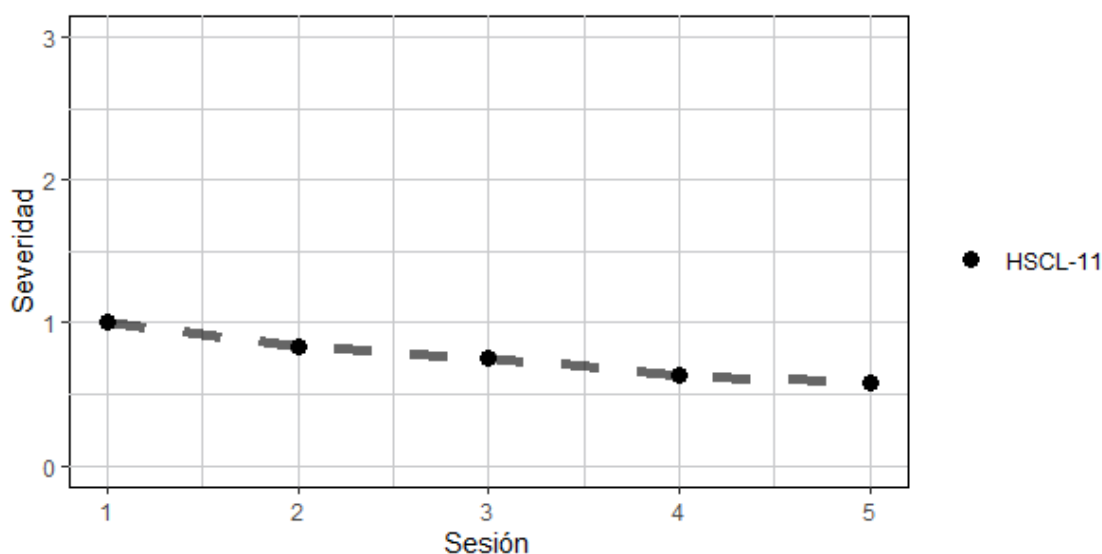


Figura 1. Trayectoria de evolución de la severidad temprana promedio de los pacientes (HSCL-11) durante las primeras 5 sesiones del tratamiento

Resultados de los análisis del modelo multinivel

Como se adelantó en la sección de análisis de datos, para este trabajo se realizaron modelos de curva crecimiento en HLM, usando al puntaje total del HSCL-11 como variable dependiente. Como predictor en el nivel 1 de los modelos se incluyó a la variable tiempo, centrada en la sesión 5. Y luego se incluyó al PHQ-9 y el GAD-7 como predictores del nivel 2 del intercepto (que representa los puntajes de HSCL-11 en la sesión 5) y del cambio sesión a sesión en HSCL-11 (cambio producido entre una sesión y otra).

Modelo Incondicional

Los resultados del ajuste de un modelo incondicional (es decir, sin predictores) de dos niveles mostraron que el 75% de la varianza del puntaje de severidad clínica se explica a partir de diferencias entre pacientes (ICC = .75). Estos resultados justifican la necesidad de aplicar

modelos multinivel para estos análisis. A su vez, a partir del modelo se estimó una media de 0.81 en la severidad sintomatológica, a lo largo de las primeras 5 sesiones de tratamiento, $\beta_{00} = 0.81$, EE = 0.09, 95% [0.64, 0.98], $t(38) = 9.32$, $p < .001$.

Modelo Condicional

En cada caso se realizaron modelos usando la variable del tiempo centrada en la quinta sesión, tanto como predictor fijo como aleatorio. Luego se compararon los distintos modelos con un anova, para detectar cuáles fueron los modelos que mejor se ajustaron a las trayectorias de severidad temprana, a medida que se introducían las variables predictoras.

Modelo con el tiempo como único predictor. Cuando se incluyó el tiempo como único predictor (definido en "número de sesiones") de la severidad de los síntomas, la comparación de modelos, no arrojó una mejoría estadísticamente significativa en el ajuste del modelo lineal aleatorio en relación al modelo lineal fijo, $X^2(2) = 2.43$, $p = .3$. Por lo tanto, se eligió al modelo lineal fijo como el modelo lineal definitivo, el cual mostró un efecto significativo de la pendiente de tiempo: $\beta_{10} = -0.09$, EE = 0.02, 95% [-0.12, -0.05], $t(31) = -5.03$, $p < .001$. Esto significa que, en promedio, la severidad de los síntomas disminuyó 0.09 unidades en cada sesión. Además, la inclusión del tiempo como predictor mejoró significativamente el ajuste del modelo en comparación con el modelo incondicional, $X^2(3) = 31.42$, $p < .001$. Por otro lado, en la realización del modelo cuadrático (tiempo elevado al cuadrado) con el tiempo como único predictor (fijo y aleatorio), los resultados del anova no presentaron una mejoría significativa del ajuste de los modelos al incluir este término cuadrático. El modelo cuadrático aleatorio no mejoró el ajuste del modelo cuadrático fijo ($X^2(3) = 0.64$, $p = .89$). Sin embargo, el modelo cuadrático fijo tampoco mejoró el ajuste de un modelo lineal fijo, $X^2(3) = 2.85$, $p = .42$. Por lo tanto, el modelo lineal fijo tuvo las trayectorias que mejor describieron el cambio en la variable de severidad clínica a lo largo del tiempo en los datos del estudio.

Modelo de Efectos de la Ansiedad y la Depresión inicial. Se ajustó un modelo condicional de dos niveles con los niveles de depresión y ansiedad iniciales como predictores de nivel 2. En base a los resultados de los modelos con el tiempo como único predictor, se tomó como base la estructura del modelo final: el modelo lineal con el tiempo como un predictor fijo. Al comparar el modelo con el tiempo como único predictor fijo y el modelo condicional incluyendo los efectos de la ansiedad y la depresión inicial de los pacientes, se observó que este último modelo representó un aumento significativo en su ajuste a los datos: $\chi^2(4) = 46.87$, $p < .001$.

Al analizar este modelo, se encontró que los pacientes que presentaron niveles iniciales de ansiedad y de depresión iguales a cero, tuvieron un nivel de severidad clínica estimado de 0.03, $\gamma_{00} = 0.03$, EE = 0.14, 95% [-0.25, 0.31], $t(79) = 0.21$, $p = .83$. Sesión a

sesión los pacientes tendieron a disminuir sus niveles de severidad clínica en 0.03 unidades, pero este efecto no fue significativo $\gamma_{10} = -0.03$, EE = 0.04, 95% [-0.11, 0.04], $t(138) = -0.88$, $p = .38$.

En relación a los objetivos de la tesina, los resultados del modelo no mostraron un efecto significativo de los niveles de ansiedad inicial de los pacientes en la tasa de cambio de la trayectoria de la severidad sesión a sesión (*Objetivo específico N° 1*). Este efecto se estimó como una disminución de 0.02 unidades de la severidad clínica sesión a sesión, $\gamma_{11} = -0.02$, EE = 0.03, 95% [-0.08, 0.04], $t(134) = -0.65$, $p = .52$. Por otra parte, al analizar el efecto de los niveles iniciales de depresión de los pacientes en la tasa de cambio de la trayectoria de la severidad sesión a sesión, estos resultados no fueron significativos (*Objetivo específico N° 2*). Por lo tanto, sesión a sesión, los pacientes por cada unidad de depresión disminuyeron 0.03 unidades sus niveles de severidad clínica, $\gamma_{12} = -0.03$, EE = 0.03, 95% [-0.10, 0.05], $t(136) = -0.69$, $p = .49$. A su vez, a partir del modelo se identificó que el efecto de los niveles iniciales de ansiedad de los pacientes no fue significativo sobre los niveles en la quinta sesión de severidad clínica, $\gamma_{01} = -0.08$, EE = 0.12, 95% [-0.32, 0.16], $t(72) = -0.65$, $p = .52$ (*Objetivo específico N° 3*). Es decir, se estima que los niveles de severidad clínica en la sesión 5 disminuyen un 0.08 unidades por cada unidad de aumento del nivel de ansiedad de los pacientes al inicio del tratamiento, pero este efecto no fue significativo. Finalmente, los resultados mostraron un efecto significativo de los niveles iniciales de depresión de los pacientes sobre los niveles de severidad clínica al iniciar la sesión 5, $\gamma_{02} = 0.74$, EE = 0.15, 95% [0.46, 1.03], $t(83) = 5.09$, $p < .001$ (*Objetivo específico N° 4*). El aumento de 1 unidad en los niveles de depresión al comienzo de la terapia predijo un aumento de 0.74 unidades en los niveles de la severidad de los síntomas en la quinta sesión.

Conclusión

El objetivo de esta tesina fue estudiar la relación entre los niveles de sintomatología de los pacientes al inicio de los tratamientos y las respuestas tempranas durante las primeras cinco sesiones de psicoterapia. Los resultados de la misma sugirieron la posibilidad de predecir la aparición de respuestas tempranas a partir de los niveles iniciales de sintomatología de los pacientes, no obstante esta conclusión no es contundente y debe ser explorada con mayor profundidad.

En la muestra del presente trabajo se observó, en promedio, una reducción significativa y lineal en la severidad clínica temprana general de los pacientes, durante las primeras 5 sesiones. Al analizar los efectos directos de los niveles de severidad sintomatológica al iniciar

el tratamiento, se observó que el grado de depresión de los pacientes, al principio de la terapia, se asociaba significativamente a los niveles de severidad clínica global de los pacientes al iniciar la quinta sesión. Los resultados de los análisis mostraron evidencias de una asociación entre los niveles iniciales de depresión de los pacientes y los resultados tempranos en psicoterapia. Los resultados mostraron que a mayores niveles de depresión inicial, se observaron mayores niveles de severidad temprana al iniciar la quinta sesión. En cambio, el grado de ansiedad inicial en el tratamiento no tuvo un efecto significativo en la predicción de los niveles de severidad clínica general en la quinta sesión. Al analizar los efectos de la ansiedad y depresión iniciales sobre la evolución sesión a sesión de la severidad, no se encontraron efectos significativos de estos tipos de sintomatologías sobre la tasa de cambio sesión a sesión. Estos resultados no significativos pueden deberse a que no exista dichas relaciones o que al ser un estudio piloto, la baja potencia estadística debido al tamaño de la muestra puede no reflejar un efecto que es poco sensible, pero que no quiere decir que no exista.

Al analizar los datos tomados en las medidas de los instrumentos en la primera sesión de los tratamientos, es necesario tener en cuenta la naturaleza del desarrollo de los procesos psicoterapéuticos. El primer encuentro entre el terapeuta y el paciente es la entrevista de admisión, que en sí misma puede tener algún efecto sobre el cambio del paciente, pero también es el punto donde se selecciona, se informa y se propone a los pacientes acerca de la posible participación en la investigación. En este sentido, a partir del segundo encuentro (sesión 1) es que se realizan las evaluaciones de sintomatología iniciales, desestimando el primer encuentro. Estas contingencias forman parte del uso de un modelo epistemológico de investigación orientado al desarrollo de evidencia extraída de entornos clínicos naturalísticos, con el fin de alcanzar resultados más representativos de la práctica clínica real y que la investigación pueda integrarse a la práctica clínica (Fernández-Álvarez et al., 2020).

Los cambios significativos tempranos en los niveles de la severidad clínica, se vinculan con un alto número de investigaciones que han demostrado que los cambios terapéuticos en las primeras sesiones de la psicoterapia son un fenómeno frecuente. Estudios previos (Ver Antecedentes) han reportado que el mayor porcentaje del cambio en psicoterapia se produce dentro y durante de las primeras 5 sesiones de tratamiento (Ilardi y Craighead, 1994), incluyendo el mayor porcentaje de mejorías súbitas de una sesión a otra (Tang & DeRubeis, 1999b). Aproximadamente una tercera parte de los pacientes que comienzan un proceso psicoterapéutico, alcanzan mejoras significativas durante las primeras tres sesiones de tratamiento (Howard et al., 1986), y que un 16% de los pacientes alcanza mejorías súbitas entre la primera y la segunda sesión (Busch et al., 2006).

En relación a la hipótesis planteada para este estudio: “a mayores niveles de sintomatología previo al inicio del tratamiento, se presentan menos respuestas tempranas dentro de las primeras cinco sesiones”, niveles más grandes de sintomatología depresiva presentaron peores resultados al iniciar la quinta sesión del proceso terapéutico, y por extensión una menor probabilidad de que se manifesten respuestas tempranas al tratamiento.

El PHQ-9 mostró un efecto significativo entre-pacientes sobre la severidad de los síntomas, por lo que aquellos pacientes que mostraban mayores niveles de depresión, también presentaron mayores niveles de severidad clínica, medidos con el HSCL-11. Esta conclusión va en la línea de resultados previamente presentados en investigaciones sobre las trayectorias de cambio tempranas en los tratamientos. Como se mencionó previamente (Ver Estado del Arte) distintos estudios identificaron que ante mayores niveles de severidad clínica menor va a ser la presencia de respuestas tempranas al tratamiento, presentándose esta relación en diferentes condiciones psicopatológicas, como la ansiedad y depresión (Saunders et al., 2019), TEPT (Held et al., 2021) y trastornos por atracón (Hilbert et al., 2019). No obstante, los resultados con respecto a la sintomatología ansiosa presentaron una relación inversa con respecto a la severidad clínica. Sin embargo, este efecto no fue estadísticamente significativo, por lo que es necesario seguir estudiando la relación entre los niveles de ansiedad al iniciar el tratamiento y su efecto en la severidad clínica de los pacientes.

La presente tesina aporta un apoyo empírico sobre la posibilidad de predecir la aparición de respuestas tempranas a partir de los niveles iniciales de sintomatología de los pacientes. Estas características iniciales pueden ayudar a identificar diferentes trayectorias de cambio de los síntomas, siendo un conocimiento fundamental para ayudar a la toma de decisiones clínicas (Sanders et al., 2019), teniendo en cuenta que las decisiones basadas en predicciones estadísticas pueden complementar las decisiones basadas únicamente en el juicio clínico (Rubel et al. 2015). Esta información permite generar un recurso psicoterapéutico orientado a favorecer la emergencia de respuestas tempranas, adaptable a la variabilidad presente en cada paciente, ya que las intervenciones adecuadas en este periodo pueden generar respuestas tempranas positivas con altas probabilidades de que, posteriormente, presenten resultados positivos en la psicoterapia (Gómez Penedo, 2017).

Limitaciones y Futuras Investigaciones

La presente tesina implica un primer acercamiento a la sintomatología como un factor predictivo de la aparición del fenómeno de las respuestas tempranas, mediante un estudio exploratorio. Al ser un estudio piloto, la reducida cantidad de participantes no permite tener demasiada potencia estadística o una comparación entre grupos mediante contrastes de hipótesis, como puede ser el agrupamiento de pacientes a partir de los terapeutas para medir el efecto de estos sobre los resultados. Por otra parte, el hecho de que la muestra estuviera integrada por pocos terapeutas ($n=13$) y que haya tanta disparidad entre la cantidad de pacientes tratados por cada terapeuta, hace que el cambio producido no pueda asociarse a efectos del terapeuta, ya que se imposibilita estimar y controlarlo. El criterio de exclusión para los pacientes se estableció, únicamente, en que debían pertenecer a la franja etaria de entre 18 a 65 años. A pesar de esto, ciertos aspectos poco heterogéneos de la muestra limitan la capacidad de generalización de estos resultados, como la preponderancia de sintomatología

ansiosa que limita su generalización a otros cuadros psicopatológicos. También, que todas las psicoterapias sean online y que haya preponderancia de modelos basados en la Terapia Cognitivo-Conductual, limita la capacidad de generalizar los resultados a otros contextos y modelos psicoterapéuticos.

Otra gran limitación del estudio fue que solo se realizaron mediciones en las primeras 5 sesiones. No se han tomado mediciones en el resto del proceso psicoterapéutico ni al finalizar el mismo, por lo que no se ha podido realizar un análisis de la trayectoria a lo largo del proceso y posibles vinculaciones con las respuestas tempranas.

Futuras investigaciones deberían intentar replicar estos hallazgos en muestras más grandes y heterogéneas (tanto de terapeutas como de pacientes), con muestreos probabilísticos que permitan tener mayor potencia estadística, aumentar la validez externa de los resultados y estimar efectos de los terapeutas.

A pesar de estas limitaciones, esta investigación puede presentar evidencias preliminares de que los niveles de sintomatología previos a iniciar un tratamiento podrían asociarse a la consecución de respuestas tempranas, aportando evidencia parcial de su valor como eventuales indicadores de respuesta temprana en psicoterapia.

Referencias Bibliográficas

- Aderka, I. M. & Shalom, J. G. (2021). A Revised Theory of Sudden Gains in Psychological Treatments. *Behaviour Research and Therapy*, 139, 103830. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103830>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Press.
- American Psychological Association (2010, 1 de Enero) *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. Obtenido de: <http://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>
- Areas, M., Roussos, A., Hirsch, H., Hirsch, P., Becerra, P., Gómez Penedo, J.M. (2018). Evaluación de un dispositivo de investigación orientado a la práctica en el desarrollo de un sistema de feedback en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(2), 229-249.
- Asociación de Psicólogos de Buenos Aires (2013). *Código de ética de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires*. Punto 6.03. Obtenido de: <http://psicologos.org.ar/wp-content/uploads/2019/12/C%C3%B3digo-de-%C3%89tica-de-la-APBA.pdf>.
- Barkham, M. & Lambert, M.J. (2021). The Efficacy and Effectiveness of Psychological Therapies. En M. Barkham, W. Lutz & L.G. Castonguay (Eds.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (7ta ed., pp. 89–134). New Jersey: Wiley.
- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., Jüni, P., & Cuijpers, P. (2016). Comparative Efficacy of Seven Psychotherapeutic Interventions for Patients with Depression: A Network Meta-Analysis. *FOCUS*, 14(2), 229–243. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.140201>
- Bates, D., Mäechler, M., Bolker, B., & Walker, S. (2015). Fitting Linear Mixed-Effects Models using lme4. *Journal of Statistical Software*, 67(1), 1-48. <https://doi.org/10.18637/jss.v067.i01>

- Beard, J. I. L., & Delgadillo, J. (2019). Early response to psychological therapy as a predictor of depression and anxiety treatment outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety, 36*(9), 866–878. <https://doi.org/10.1002/da.22931>
- Beck, A., Ward, C., Mendelsohn, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561–571.
- Busch, A. M., Kanter, J. W., Landes, S. J. y Kohlenberg, R. J. (2006). Sudden Gains and Outcome: A Broader Temporal Analysis of Cognitive Therapy for Depression. *Behavior Therapy, 37*, 61–68.
- Chang, P. G. R. Y., Delgadillo, J., & Waller, G. (2021). Early response to psychological treatment for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 86*, 102032. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102032>
- Erekson, D. M., Clayson, R., Park, S. Y., & Tass, S. (2018). Therapist effects on early change in psychotherapy in a naturalistic setting. *Psychotherapy Research, 30*(1), 68–78. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1556824>
- Feixas, G. y Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós. ISBN: 84-7509-949-1
- Fennell, M. J., & Teasdale, J. D. (1987). Cognitive therapy for depression: Individual differences and the process of change. *Cognitive Therapy & Research, 11*(2), 253–271. <https://doi.org/10.1007/bf01183269>
- Fernández Álvarez, H. (2014). Presente y futuro de la investigación en psicoterapia. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 7*(1), 68–78. <https://doi.org/10.5872/psiencia/7.1.0103>
- Fernández-Álvarez, J., Fernández-Álvarez, H. & Castonguay, L. G. (2018). Summarizing Novel Efforts to Integrate Practice and Research from a Practice Oriented Research perspective. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 27*(2), 353-372.
- Fernández-Álvarez, J., Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S., Molinari, G., Martín Gómez Penedo, J., & Jeong Youn, S. (2020). LA BRECHA ENTRE LA INVESTIGACIÓN Y LA PRÁCTICA CLÍNICA: HACIA LA INTEGRACIÓN DE LA PSICOTERAPIA. *Papeles del Psicólogo - Psychologist Papers, 41*(2). <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2932>

- Gaynor, S. T., Weersing, V., Kolko, D. J., Birmaher, B., Heo, J., & Brent, D. A. (2003). The prevalence and impact of large sudden improvements during adolescent therapy for depression: A comparison across cognitive-behavioral, family, and supportive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(2), 386–393. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.71.2.386>
- García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M. A., Pardo, A., Pérez-Paramo, M., López-Gómez, V., Freire, O., & Rejas, J. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health and Quality of Life Outcomes, 8*(1), 8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-8>
- Gómez Penedo, J. M. (2017). *Variables del paciente y del proceso psicoterapéutico vinculadas a predictores tempranos de cambio*. Tesis doctoral, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Gómez Penedo, J. M., Areas, M. A., Manubens, R., Babl, A. M., Challú, L., Juan, S., Muiños, R., Fernández-Álvarez, J., Alalú, N., Roussos, A., Lutz, W., & Martin grosse-Holtforth, M. (2021). Propiedades psicométricas del Hopkins Symptom Checklist (HSCL-11) en Argentina: Un instrumento para monitoreo y feedback en psicoterapia. *Revista Evaluar, 21*(2), 33–47. <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v21.n2.34393>
- Gómez Penedo, J. M., Juan, S., Manubens, R. T., & Roussos, A. (2018). El estudio del cambio en psicoterapia: desafíos conceptuales y problemas de investigación empírica. *Anuario de Investigaciones en Psicología, 24*, 15-24.
- Gómez Penedo, J. M., Muiños, R., Hirsch, P., y Roussos, A. (2019). La aplicación de modelos lineales jerárquicos para el estudio de la eficacia en psicoterapia. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento, 11*(1), 25-37.
- Gómez Penedo, J. M., Zilcha-Mano, S., & Roussos, A. (2019). Interpersonal profiles in emotional disorders predict the importance of alliance negotiation for early treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 87*(7), 617–628. <https://doi.org/10.1037/ccp0000417>

- Haas, E., Hill, R., Lambert, M. J., & Morrell, B. (2002). Do early responders to psychotherapy maintain treatment gains? *Journal of Clinical Psychology, 58*(9), 1157–1172. <https://doi.org/10.1002/jclp.10044>
- Hardy, G. E., & Llewelyn, S. (2015). Introduction to Psychotherapy Process Research. En O. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy Research. Foundations, Process, and Outcome* (pp. 183–194). London: Springer.
- Hayes, A. M., Laurenceau, J.-P., Feldman, G., Strauss, J. L., & Cardaciotto, L. (2007). Change is not always linear: The study of nonlinear and discontinuous patterns of change in psychotherapy. *Clinical Psychology Review, 27*(6), 715–723. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.008>
- Held, P., Smith, D. L., Bagley, J. M., Kovacevic, M., Steigerwald, V. L., Van Horn, R., & Karnik, N. S. (2021). Treatment response trajectories in a three-week CPT-Based intensive treatment for veterans with PTSD. *Journal of Psychiatric Research, 141*, 226–232. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.07.004>
- Hilbert, A., Herpertz, S., Zipfel, S., Tuschen-Caffier, B., Friederich, H.-C., Mayr, A., Crosby, R. D., & de Zwaan, M. (2019). Early Change Trajectories in Cognitive-Behavioral Therapy for Binge-Eating Disorder. *Behavior Therapy, 50*(1), 115–125. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.03.013>
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose–effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist, 41*(2), 159–164. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.41.2.159>
- Ilardi, S. S., & Craighead, W. E. (1994). The role of nonspecific factors in cognitive-behavior therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice, 1*(2), 138–156. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1994.tb00016.x>
- Jacobson, N. S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12–19.
- Koffmann, A. (2018). Early trajectory features and the course of psychotherapy. *Psychotherapy Research, 30*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1506950>

- Kopta, S. M., Howard, K. I., Lowry, J. L. y Beutler, L. E. (1994). Patterns of Symptomatic Recovery in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1009-1016.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Lambert, M.J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. En M.J. Lambert (Ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6ta ed., pp. 169–218). New Jersey: Wiley.
- Ley No 26.657, *Boletín Oficial de la República Argentina, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina*, 29 de mayo de 2013.
- Llewelyn, S., & Hardy, G. (2001). Process research in understanding and applying psychological therapies. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(1), 1–21. doi:10.1348/014466501163436
- Lutz, W., Arndt, A., Rubel, J., Berger, T., Schröder, J., Späth, C., Meyer, B., Greiner, W., Gräfe, V., Hautzinger, M., Fuhr, K., Rose, M., Nolte, S., Löwe, B., Hohagen, F., Klein, J. P., & Moritz, S. (2017). Defining and Predicting Patterns of Early Response in a Web-Based Intervention for Depression. *Journal of Medical Internet Research*, 19(6), e206. <https://doi.org/10.2196/jmir.7367>
- Lutz, W., De Jong, K., Rubel, J. & Delgadillo, J. (2021). Measuring, Predicting, and Tracking Change in Psychotherapy. En M. Barkham, W. Lutz & L.G. Castonguay (Eds.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (7ta ed., pp. 89–134). New Jersey: Wiley.
- Lutz, W., Hofmann, S. G., Rubel, J., Boswell, J. F., Shear, M. K., Gorman, J. M., Barlow, D. H. (2014). Patterns of early change and their relationship to outcome and early treatment termination in patients with panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 287–97. <http://doi.org/10.1037/a0035535>.
- Lutz, W., Tholen, S., Schürch, E., & Berking, M. (2006). Reliabilität von Kurzformen gängiger psychometrischer Instrumente zur Evaluation des therapeutischen Fortschritts in

- Psychotherapie und Psychiatrie. *Diagnostica*, 52(1), 11–25.
<https://doi.org/10.1026/0012-1924.52.1.11>
- Manubens, R. T., Olivera Ryberg, J. & Gómez Penedo, J. M. (2018). Rupturas en la alianza terapéutica y su asociación con cambio y abandonos tempranos en psicoterapia. *ACADEMO Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades*, 5(2), 143–158. <https://doi.org/10.30545/academo.2018.jul-dic.7>
- McNeilly, C. L., & Howard, K. I. (1991). The effects of psychotherapy: A reevaluation based on dosage. *Psychotherapy Research*, 1(1), 74–78. doi:10.1080/10503309112331334081
- Moggia Narvárez, D. O. (2019). *Patterns of change and their relationship to outcome and follow-up in group and individual psychotherapy for depression*. Tesis doctoral, Universitat de Barcelona, Barcelona, España. <http://hdl.handle.net/2445/132504>
- Nagin, D. S. y Odgers, C. L. (2010). Group-based trajectory modeling in clinical research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 109–38. <http://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131413>
- Ogles, B.M. (2013). Measuring change in psychotherapy research. En M.J. Lambert (Ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6ta ed., pp. 134–166). New Jersey: Wiley.
- Oliveira, J. T., Faustino, D., Machado, P. P. P., Ribeiro, E., Gonçalves, S., & Gonçalves, M. M. (2021). Sudden Gains and Ambivalence in the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14(3), 592–611. <https://doi.org/10.1007/s41811-021-00106-w>
- Olivera, J. (2016). *Nociones de cambio en psicoterapia desde la perspectiva de sujetos que han realizado un tratamiento psicoterapéutico*. Tesis doctoral, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Organización Mundial de la Salud. (13 de septiembre de 2021). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Pan American Health Organization. (2018). *The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas, 2018*. Washington, D.C.: PAHO.

- Pachankis, J. E., & Goldfried, M. R. (2007). On the next generation of process research. *Clinical Psychology Review, 27*(6), 760–768. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.009>
- Quitkin, F., Rabkin, J. G., Ross, D. y McGrath, P. (1984). Duration of Antidepressant Drug Treatment. *Arch Gen Psychiatry, 41*, 1984.
- R Core Team (2021). *R: A language and environment for statistical computing*. Viena, Austria: R Foundation for Statistical Computing. Recuperado de: <https://www.R-project.org/>.
- Raudenbush, S. W., & Bryk, A. S. (2002). *Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods* (2nd Ed.). Thousand Oaks, California: Sage.
- Rehm, J., & Shield, K. D. (2019). Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders. *Current Psychiatry Reports, 21*(2). <https://doi.org/10.1007/s11920-019-0997-0>
- Renaud, J., Brent, D. A., Baugher, M., Birmaher, B., Kolko, D. J., & Bridge, J. (1998). Rapid response to psychosocial treatment for adolescent depression: A two-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37*(11), 1184–1190. <https://doi.org/10.1097/00004583-199811000-00019>
- Revelle, W. (2021). *psych: Procedures for Psychological, Psychometric, and Personality Research*. Northwestern University, Evanston, Illinois. R package version 2.1.9, <https://CRAN.R-project.org/package=psych>.
- RStudio Team (2021). *RStudio: Integrated Development Environment for R*. Boston, MA: RStudio, PBC. Recuperado de: <http://www.rstudio.com/>.
- Rubel, J., Lutz, W., Kopta, S. M., Köck, K., Minami, T., Zimmermann, D., & Saunders, S. M. (2015). Defining early positive response to psychotherapy: An empirical comparison between clinically significant change criteria and growth mixture modeling. *Psychological Assessment, 27*(2), 478–488. <https://doi.org/10.1037/pas0000060>
- Rubel, J., Lutz, W. y Schulte, D. (2013). Patterns of change in different phases of outpatient psychotherapy: A stage-sequential pattern analysis of change in session reports. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 22*, 1–14. <http://doi.org/10.1002/cpp.1868>

- Saunders, R., Buckman, J. E. J., Cape, J., Fearon, P., Leibowitz, J., & Pilling, S. (2019). Trajectories of depression and anxiety symptom change during psychological therapy. *Journal of Affective Disorders, 249*, 327–335. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.043>
- Shalom, J. G. & Aderka, I. M. (2020). A meta-analysis of sudden gains in psychotherapy: Outcome and moderators. *Clinical Psychology Review, 76*, 101827. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101827>
- Singla, D. R., Hollon, S. D., Fairburn, C. G., Dimidjian, S., & Patel, V. (2019). The Roles of Early Response and Sudden Gains on Depression Outcomes: Findings From a Randomized Controlled Trial of Behavioral Activation in Goa, India. *Clinical Psychological Science, 7*(4), 768–777. <https://doi.org/10.1177/2167702619825860>
- Stewart, J. W., Quitkin, F. M., McGrath, P. J., Amsterdam, J., Fava, M., Fawcett, J., Reimherr, F., Rosenbaum, J., Beasley, C., & Roback, P. (1998). Use of pattern analysis to predict differential relapse of remitted patients with major depression during 1 year of treatment with fluoxetine or placebo. *Archives of General Psychiatry, 55*(4), 334–43. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.55.4.334>
- Stiles, W. B., Leach, C., Barkham, M., Lucock, M., Iveson, S., Shapiro, D. A., & Hardy, G. E. (2003). Early sudden gains in psychotherapy under routine clinic conditions: Practice-based evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(1), 14–21. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.1.14>
- Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999a). Reconsidering rapid early response in cognitive behavioral therapy for depression. *Clinical Psychology: Science & Practice, 6*(3), 283–288. <https://doi.org/10.1093/clipsy.6.3.283>
- Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999b). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(6), 894–904. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.67.6.894>
- Urtasun, M., Daray, F. M., Teti, G. L., Coppolillo, F., Herlax, G., Saba, G., Rubinstein, A., Araya, R., & Irazola, V. (2019). Validation and calibration of the patient health questionnaire (PHQ-9) in Argentina. *BMC Psychiatry, 19*(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2262-9>

Wampold, B.E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Yang, X., Fang, Y., Chen, H., Zhang, T., Yin, X., Man, J., Yang, L., & Lu, M. (2021). Global, regional and national burden of anxiety disorders from 1990 to 2019: results from the Global Burden of Disease Study 2019. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 30. <https://doi.org/10.1017/s2045796021000275>

Apéndice

Apéndice I

Evaluación de Línea de Base

El siguiente estudio tiene por objetivo desarrollar un instrumento breve de monitoreo de síntomas en psicoterapia.

Para ello, se le pedirá que complete una serie de preguntas demográficas e instrumentos breves de sintomatología. Completar las medidas le llevará menos de 5 minutos.

La información recolectada será confidencial y se utilizará únicamente con fines de investigación. Todas sus respuestas serán almacenadas con seudónimos que no permiten identificarlo/a. Como participante, usted tiene la posibilidad de abandonar el estudio cuando lo decida, sin que eso afecte la calidad y continuidad de la asistencia terapéutica que está recibiendo, pudiendo retirar, si así lo desea, toda información personal del mismo.

Desde ya le agradecemos por su participación.

Equipo de Investigación en Psicología Clínica (EIPSI)

1. Mail:

2. Nombre y apellido:

3. ¿Accede voluntariamente a participar del estudio?

- Sí
 No

Datos sociodemográfico

1. Edad:

2. Género:

- Mujer
 Hombre
 Otro

3. Máximo nivel educativo alcanzado

- Primario completo
- Secundario incompleto
- Secundario completo
- Terciario incompleto
- Terciario completo
- Universitario incompleto
- Universitario completo
- Posgrado/doctorado

4. Ocupación:

5. Estado civil:

- Casado/a
- Soltero/a
- Viudo/a
- En pareja

6. ¿Realizó tratamientos psicológicos anteriores?

- Si
- No

1. ¿Cuántos tratamientos psicoterapéuticos realizó previamente?

Síntomas Psicológicos (GAD-7)

Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en los últimos 15 días:

1. Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado

- Nunca
- Menos de la mitad de los días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

2. No ha podido dejar de preocuparse

- Nunca
- Menos de la mitad de los días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

3. Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas

- Nunca
- Menos de la mitad de los días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

4. Ha tenido dificultad para relajarse

- Nunca
- Menos de la mitad de los días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

5. Se ha sentido tan intranquilo que no podía estarse quieto

- Nunca
- Menos de la mitad de los días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

6. Se ha irritado o enfadado con facilidad

- Nunca
- Menos de la mitad de los días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

7. Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible

- Nunca
- Menos de la mitad de los días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

Síntomas Psicológicos (PHQ-9)

Durante los últimos 15 días, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas?

1. Poco interés o placer en hacer las cosas

- Para nada
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

2. Se ha sentido decaído/a, deprimido/a, o sin esperanzas

- Para nada
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

3. Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado

- Para nada
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía

- Para nada
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

5. Con poco apetito o ha comido en exceso

- Para nada
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia

- Para nada
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión

- Para nada
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal

- Para nada
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

9. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera

- Para nada
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

Apéndice II

Evaluación de Medidas Repetidas

¿Cuánto sufriste en los últimos 7 días de...

1) ...miedos?

- Nada

- Poco
- Bastante
- Mucho

2) ...nerviosismo?

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

3) ...sentirte tenso/a?

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

4) ...ataques de pánico?

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

5) ...problemas para dormir?

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

6) ...falta de esperanza en el futuro?

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

7) ...tristeza?

- Nada

- Poco
- Bastante
- Mucho

8) ...sentirte solo/a?

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

9) ...no tener interés por nada?

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

10) ...pensar en quitarte la vida?

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

11) ...sentirte un/a inútil?

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho