



Revista Latinoamericana de Psicología

ISSN: 0120-0534

direccion.rlp@konradlorenz.edu.co

Fundación Universitaria Konrad Lorenz

Colombia

Krause, Mariane; de la Parra, Guillermo; Arístegui, Roberto; Dagnino, Paula; Tomicic, Alemka; Valdés, Nelson; Vilches, Oriana; Echávarri, Orietta; Ben-Dov, Perla; Reyes, Lucía; Altimir, Carolina; Ramírez, Ivonne

Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico

Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 38, núm. 2, 2006, pp. 299-325

Fundación Universitaria Konrad Lorenz

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80538206>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

INDICADORES GENÉRICOS DE CAMBIO EN EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO¹

MARIANE KRAUSE², GUILLERMO DE LA PARRA, ROBERTO ARÍSTEGUI, PAULA DAGNINO,
ALEMKA TOMICIC, NELSON VALDÉS, ORIANA VILCHES, ORIETTA ECHÁVARRI, PERLA BEN-DOV,
LUCÍA REYES, CAROLINA ALTIMIR E IVONNE RAMÍREZ

Pontificia Universidad Católica de Chile

ABSTRACT

In-session change episodes were studied in four psychotherapeutic processes: a brief psychodynamic, a psychodynamic-cognitive, a family social-constructionist, and a group integrative therapy. A qualitative confirmatory methodology was applied to assess observed and video-recorded sessions. The analysis instrument was a hierarchical list of generic qualitative indicators, common to different psychotherapeutic modalities, whose presence and content was determined through an intersubjective consent of the research group, therapists of different orientations. Results show that it is possible to identify change moments by observation; the contents of change, evident through the indicators, are generic; and, the change indicators identify the moment of evolution of the therapeutic process and the antiquity of the consultants, having a predictive value that is also of practical relevance.

Key words: psychotherapeutic process, psychotherapeutic change, change episodes, change moment, generic change indicators.

RESUMEN

Se estudiaron episodios de cambio en cuatro procesos de psicoterapia: psicoanalítica breve, psicoanalítico-cognitiva, familiar construccionista-social e integrativa de grupo. Se aplicó

continúa

1 Este estudio fue financiado por el Fondo Nacional de Ciencia y Tecnología de Chile y corresponde al proyecto FONDECYT N° 1030482, efectuado en la Pontificia Universidad Católica de Chile, titulado: "Hacia una Práctica Efectiva de la Psicoterapia: Un estudio de Episodios de Cambio en diferentes tipos de Psicoterapia y sus Efectos en los Resultados Terapéuticos".

2 Correspondencia: MARIANE KRAUSE, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Avda. Vicuña Mackenna 4860, Macul, Santiago de Chile. *E-mail:* mkrause@puc.cl

metodología cualitativa, confirmatoria, a sesiones observadas y grabadas en audio y video. El instrumento de análisis fue una jerarquía de indicadores de cambio genéricos, comunes a diferentes modalidades psicoterapéuticas, cuya presencia y contenido se determinó a partir del consenso intersubjetivo del grupo de investigadores-psicoterapeutas de formaciones teóricas distintas. Los resultados muestran que es posible identificar los momentos de cambio; los contenidos del cambio son efectivamente genéricos; y, los indicadores de cambio identifican el momento de evolución de las terapias y la antigüedad de los consultantes, pudiendo tener un valor predictivo que es de relevancia no sólo teórica, sino también práctica.

Palabras clave: proceso psicoterapéutico, cambio terapéutico, episodio de cambio, momento de cambio, indicadores genéricos de cambio.

INTRODUCCIÓN

Problemas históricos de la investigación en psicoterapia

A partir de 1950, a raíz del fuerte cuestionamiento a la efectividad de los procedimientos terapéuticos que realizara Eysenck (1952), se comenzó a desarrollar la investigación en psicoterapia en forma sistemática en distintas partes del mundo. Este tipo de investigación, específicamente aquella centrada en los efectos de la terapia, proliferó durante la segunda mitad del siglo XX, llegando a conformar una gran masa de estudios empíricos sobre el tema (Lambert & Bergin, 1994; Meltzoff & Kornreich, 1970; Parloff, Wolfe, Hadley & Waskow, 1978; Vandebos & Pino, 1980).

El auge de la investigación en psicoterapia se plasmó en gran parte en estudios comparativos sobre efectos terapéuticos (Goldfried, Greenberg & Marmar, 1990), cuya cantidad llevó al desarrollo de investigaciones de meta-análisis (Bozok & Bühler, 1988; Brown, 1987; Wittmann & Matt, 1986). Los hallazgos de los meta-análisis dejaron pocas dudas sobre la efectividad de la psicoterapia (Asay & Lambert, 1999), sin embargo, pusieron de manifiesto un problema que ya había sido señalado en revisiones anteriores (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975): la carencia de diferenciación entre los distintos sistemas terapéuticos en relación con su efectividad. De este modo, los resultados no guardaron relación

con la inversión realizada, permaneciendo importantes incógnitas, en particular sobre qué tipo de intervenciones terapéuticas producen cuáles efectos (Roth & Fonagy, 1996; Smith, Glass & Miller, 1980).

La ayuda profesional parecía tener un tipo de “efecto homogéneo” (Bozok & Bühler, 1988), lo que se denominó “la paradoja de la equivalencia” (Meyer, 1990). Este hecho fue interpretado por algunos (Czogalik, 1990) como problema metodológico y fue, entonces, motor de nuevas investigaciones en psicoterapia, dando lugar a tres líneas de investigación con procedimientos metodológicos alternativos:

a) El estudio del proceso terapéutico (Bastine, Fiedler & Kommer 1989; Goldfried et al., 1990; Hill, 1990; Rees, Hardy, Barham, Elliott, Smith & Reynolds, 2001; Tschuschke & Czogalik, 1990), que se centra tanto en la interacción terapéutica como en el proceso de cambio experimentado durante la relación de ayuda, estudiando los “episodios relevantes de cambio terapéutico”.

b) El estudio de los factores de cambio inespecíficos (Bozok & Bühler, 1988; Krause, 1998; Krause, 2005; Meyer, 1990), actualmente llamados “comunes” (Hubble, Duncan & Miller, 1999), el cual intenta descubrir qué factores de la terapia o extra-terapéuticos, transversales a diferentes tipos de terapia, resultan responsables del cambio.

c) Los estudios que relacionan tipos de tratamiento con tipos de problema, a partir de los cuales se han elaborado listas de tratamientos con apoyo empírico para temas específicos, como depresión, fobias, bulimia, etc. (Chambless, 1998; Mustaca, 2004; Winkler, 1999). Sin embargo, existen opositores a esta línea de investigación, quienes sostienen que las listas de tratamientos se basan en la reducción de síntomas, omitiendo los cambios más importantes que puede producir la psicoterapia (Henry, 1998), los cuales podrían ser de tipo más general. Al respecto, se podría decir que en el último tiempo se está llegando a un equilibrio respecto a la “paradoja de la equivalencia”, en el sentido de la búsqueda de un punto equidistante entre el reduccionismo de “para cada síntoma una terapia” y “cualquier terapia da lo mismo”. Hoy se habla más bien de grupos de pacientes que se beneficiarían más con cierto tipo de terapias que con otras (Roth & Fonagy, 1996; Blatt & Felsen, 1993), donde la persona del terapeuta sigue teniendo un rol fundamental.

En el presente trabajo se combinan las primeras dos líneas de investigación, es decir, la investigación del proceso terapéutico con la de los factores comunes. El estudio empírico realizado aborda el problema de lo específico versus lo inespecífico y de la investigación de proceso versus la de resultado: a través de la introducción de “indicadores de cambio” se da cuenta tanto de lo común a diferentes tipos de terapia, como de lo propio de cada una; por otra parte, la evolución del cambio, descrito a través de estos indicadores, permitirá un acceso al proceso mismo y a su relación con los resultados terapéuticos.

A fin de facilitar la comprensión de estos propósitos, se revisará a continuación el estado de la investigación en los tópicos relevantes al estudio aquí presentado: (a) investigación de factores de cambio inespecíficos o comunes; (b) investigación sobre el proceso psicoterapéutico; y (c) aportes que ambas líneas de investigación hacen al descubrimiento de la naturaleza (los contenidos) del cambio psicoterapéutico.

Factores de cambio “inespecíficos” o “comunes” a diferentes tipos de psicoterapia

A partir de las dificultades para la determinación empírica de los factores de cambio específicos, se comenzó a hablar de “factores de cambio inespecíficos”, los cuales en un comienzo se consideraron sólo como el producto de métodos de investigación inadecuados, pero posteriormente se les fue otorgando un estatus propio, como objeto de investigación (Bozok & Bühler, 1988; Meyer, 1990; Strupp, 1995), denominándoseles actualmente “factores comunes” (Hubble et al., 1999; Maione & Chenail, 1999).

En los inicios de esta línea de investigación se intentó determinar la existencia de factores de cambio inespecíficos o comunes en forma empírica mediante estudios en los que se compararon resultados terapéuticos obtenidos por terapeutas profesionales con resultados obtenidos por legos (personas que no eran terapeutas y tenían una “empatía natural”, o sólo habían tenido unas pocas sesiones de instrucción). En estos estudios se constató que no había diferencia esencial entre profesionales y legos en lo concerniente a su efectividad terapéutica (Durlak, 1979; Nietzel & Fisher, 1981; Strupp & Binder, 1984), al menos en casos de problemas psicológicos menos graves. De lo anterior se concluyó que la efectividad dependía de factores inespecíficos, tales como compromiso y comprensión, que son independientes de la formación profesional y de la experiencia en el ejercicio de la psicoterapia.

Hablar de factores comunes, sin embargo, no significa que haya que renunciar a los factores específicos; por el contrario, así como el material necesita de la forma, el terapeuta requiere de herramientas específicas para poder actuar (Bozok & Bühler, 1988). Lo señalado también concuerda con la línea argumentativa de Tschuschke y Czogalik (1990, p. 22): “Es muy plausible que las conceptualizaciones teóricas y las indicaciones terapéuticas que de ellas se desprenden, posean en sí el rango de condiciones básicas irrenunciables para posibilitar la

psicoterapia como actividad profesional e institucionalizada”.

En términos generales, los factores de cambio comunes incluyen condiciones generales de la terapia, tales como: la alianza terapéutica; la estructura de la situación terapéutica; la función del terapeuta; la forma de interacción; y la forma en que se organizan y se transmiten los contenidos terapéuticos (Krause, 2005; Orlinsky & Howard, 1987). A estos se ha agregado últimamente el potencial de autoayuda del cliente (Tallman & Bohart, 1999).

Por su parte, Asay y Lambert (1999) dividen los factores comunes de cambio en cuatro áreas generales, a las cuales asignan un porcentaje en función de su contribución a la mejoría de las personas en psicoterapia: factores del cliente y eventos extraterapéuticos (40%), factores de la relación terapéutica (30%), expectativas y efecto placebo (15%) y, factores relacionados con las técnicas y modelos teóricos (15%). Wampold (2001) incluso afirma que las técnicas específicas son responsables de solo un 8% de la varianza en el cambio en psicoterapia, dándole a la adherencia a modelos teóricos una importancia relativa a la certeza del “mito” del terapeuta lo que sería necesario para lograr buenos efectos terapéuticos

De los factores comunes, son los referidos a la relación terapéutica y que han dado lugar al concepto “alianza terapéutica” los mayormente investigados. Ya en 1985, Luborsky, McLellan, Woody, O’Brian y Auerbach señalaron la “alianza terapéutica” como determinante esencial del éxito terapéutico, anticipando con ello casi 20 años de investigación posterior que ha hecho de este constructo un factor de cambio común esencial (Asay & Lambert, 1999; Bachelor & Salamé, 2000; Doucette, Bickman, Boyd & Rumberger, 2002; Horvath, 2000, 2001; Maione & Chenail, 1999; Wright & Davis, 1994) y punto de unión entre esta línea de investigación, la investigación orientada al efecto terapéutico y la investigación de proceso.

La investigación del proceso psicoterapéutico

En paralelo con la investigación de los factores de cambio comunes surgió la investigación del proceso psicoterapéutico (Bastine et al., 1989; Elliott, Slatick & Urman, 2001; Goldfried et al., 1990; Hill, 1990; Orlinsky, 1994). Esta línea de investigación se centra tanto en la interacción terapéutica como en el proceso de cambio experimentado durante la relación de ayuda. Originalmente la investigación del proceso terapéutico se diferenciaba en forma relativamente clara de la investigación del efecto terapéutico; sin embargo, ambos campos se están vinculando cada vez más en investigaciones de “proceso-resultado” (Bastine, et al., 1989; Gaston & Marmar, 1989; Marmar, 1990; Orlinsky, Grawe & Parks; Walborn, 1996).

Asimismo, estas líneas de investigación se han ido orientando más a abarcar asuntos de mayor complejidad, abandonando la premisa de la homogeneidad del proceso terapéutico, para entender la terapia como una sucesión variable de segmentos, períodos o fases (Bastine et al., 1989). En consecuencia, se han desarrollado estrategias metodológicas que permiten el análisis de las relaciones secuenciales en los datos (Kowalik, Schiepek, Kumpf, Roberts & Elbert, 1997; Marmar, 1990; Mergenthaler, 1998).

En la investigación de proceso tradicional se estudiaban las interacciones terapéuticas y —dentro de ellas— los aportes específicos del cliente y del terapeuta. Típicamente se derivaban variables a partir de modelos teóricos del proceso de cambio, las que luego se contrastaban. Posteriormente el interés investigativo se fue orientando cada vez más hacia la posibilidad de identificar eventos o episodios relevantes para el cambio (Bastine et al., 1989; Elliott, 1984; Elliott & Shapiro, 1992; Fiedler & Rogge, 1989; Marmar, 1990; Rice & Greenberg, 1984; Wisner & Goldfried, 1996) o “módulos individuales de variables terapéuticamente relevantes” (Czagalik & Hettinger, 1988).

A raíz de este nuevo foco han salido a la luz algunos “mecanismos” del proceso de cambio. En el plano metodológico, por su parte, se hizo evidente la necesidad de una flexibilidad mayor, lo cual se tradujo en un interés creciente por los métodos de investigación cualitativos (Elliott et al., 2001; Gaston & Marmar, 1989; Hill, 1990; Hill, Thompson & Williams, 1997; Stiles, 1997) y en un intento por combinar métodos cuantitativos y cualitativos (de la Parra & von Bergen, 2001; Gaston & Marmar, 1989; Marmar, 1990). En las investigaciones que combinan enfoques metodológicos, la aproximación cualitativa se destaca en la recolección de datos, ya que se considera que la percepción humana es el mejor “instrumento de recolección” de los patrones y episodios del proceso terapéutico (Marmar, 1990).

La “investigación de proceso orientada al descubrimiento” (Elliott, 1984; Elliott & James, 1989; Hill, 1990; Hill et al., 1997; Mahrer, 1988) es una variante cualitativa de la investigación del proceso terapéutico. La finalidad de este tipo de investigación es la descripción de lo que ocurre en las sesiones terapéuticas para —sobre la base de la acumulación de nuevos conocimientos— aportar al desarrollo teórico (Hill, 1990). En esta aproximación metodológica se desarrollan, a partir de la observación de las situaciones terapéuticas o del registro de la experiencia de los participantes, las categorías según las que se clasifican los sucesos terapéuticos. De este modo, la observación de los fenómenos clínicos se traduce en la formulación y contrastación de hipótesis (que no se desprenden de teorías establecidas), en el afinamiento de estas hipótesis y, por último, en el desarrollo de modelos teóricos (Hill, 1990).

En cuanto a conceptos de importancia para la investigación del proceso terapéutico, la alianza terapéutica —ya mencionada en relación con los factores comunes— también es considerada por los investigadores del proceso terapéutico el elemento central en el proceso de cambio y se le atribuye la posibilidad de predecir los resultados de la terapia y ser responsable

de gran parte de su efectividad (Bernal, Bonilla, Alvarez & Greaux, 1993; Horvath, 2001; Horvath, 2005; Horvath & Luborsky, 1993; Svartberg & Stiles, 1994). Hasta ahora se han postulado e investigado diversos mecanismos de acción y dimensiones de este constructo. Horvath y Greenberg (1986) —partiendo de Bordin (1979)— llegaron a tres dimensiones de la “alianza terapéutica” que pueden tener un efecto positivo en el resultado de la terapia: el lazo personal entre el terapeuta y el cliente, el acuerdo de ambos con respecto a las metas y el acuerdo acerca de las tareas terapéuticas. Sobre la base de un análisis factorial, Marmar, Gaston, Gallagher y Thompson (1990, citado en Goldfried et al., 1990) postulan cinco dimensiones, de las cuales dos se refieren al cliente, dos al terapeuta y una a la díada terapeuta-cliente. Las dos primeras dimensiones son la confianza y la capacidad de trabajo del cliente; la tercera está compuesta por la comprensión y el compromiso del terapeuta; la cuarta se refiere al aporte negativo del terapeuta; y la quinta a la desavenencia entre cliente y terapeuta respecto de la definición de metas y procedimientos.

Por otro lado, Goldfried et al. (1990) le atribuyen una relevancia especial a los procesos cognitivos en la explicación de los procesos de cambio terapéutico, viéndolos asimismo como un posible punto de contacto para la integración de distintos sistemas terapéuticos, interés que comparten con Bastine et al. (1989) y, Barton y Morley (1999) entre otros. Partiendo de los trabajos antiguos de Kelly (1955), los autores subrayan las posibilidades contenidas en conceptos como “estructuras cognitivas profundas”, “esquemas” o “representaciones cognitivas”, los cuales no solamente reflejarían el cambio, sino en los cuales se produciría el cambio (Barton & Morley, 1999). Este énfasis en la dimensión representacional es compartido con la línea de los factores comunes del cambio psicoterapéutico y por el concepto de cambio subjetivo del presente trabajo.

Desde hace dos décadas y hasta los días actuales se estudia también con mucho detenimiento el

concepto de episodio de cambio (Bastine et al., 1989; Elliott & Shapiro, 1992; Fiedler & Rogge, 1989; Helmeke & Sprenkle, 2000; Llewelyn, Elliott, Shapiro, Hardy & Firth-Conzens, 1988; Marmar, 1990; Martin & Stelmaczek, 1988; Rice & Greenberg, 1984). La meta de la aproximación metodológica del episodio es la identificación y descripción exhaustiva de “momentos que, en función de ciertos criterios, resaltan dentro del proceso terapéutico como ‘significativos’, ‘llamativos’ o ‘relevantes para el cambio’” (Fiedler & Rogge, 1989, p. 46). Interesa especialmente “el lapso de tiempo, el segmento, o la secuencia dentro de una o muchas sesiones terapéuticas en las que se espera ocurran cambios significativos, con el propósito de someterlos luego a un análisis amplio tanto en relación a los cambios, como a sus condiciones previas y efectos” (Bastine et al., 1989, p. 11). En palabras de Elliott y Shapiro (1992, p. 164) estos momentos son “ventanas hacia el interior del proceso de cambio en psicoterapia”.

El episodio de cambio tiene límites temporales variables, pudiendo durar desde un par de interacciones terapéuticas hasta 20 o 40 minutos (Rice & Greenberg, 1984) o incluso más de una sesión (Bastine et al., 1989). La delimitación del episodio de cambio es compleja, pudiendo ser realizada desde la perspectiva del consultante, del terapeuta, desde observadores expertos, a través de instrumentos de medición psicológica, o bien utilizando combinaciones de estas alternativas. En su definición y delimitación se utilizan ampliamente métodos de investigación cualitativos, en particular cuando se trata de “descubrir” estos episodios o sus componentes (Hill et al., 1997; Stiles, 1997).

En lo que se refiere a los resultados de las investigaciones de proceso, existen evaluaciones de clientes tanto en lo referente a efectos terapéuticos a corto plazo (“impacts”) como a resultados a largo plazo (“outcomes”). Los efectos a corto plazo fueron clasificados por Elliott y James (1989) en impactos sobre la resolución de problemas y tareas (“task/problem impacts”), es decir, aquéllas que se refieren a problemas y

preocupaciones del cliente, y en impactos afectivos e interpersonales (“interpersonal/affective impacts”), en los que la ayuda experimentada depende directamente de la relación terapéutica.

El resultado más frecuente de la categoría “impacto sobre resolución de problemas y tareas” es “el entendimiento de sí mismo” (o “insight”). Otros resultados, también experimentados con frecuencia como ayuda, son “el ser guiado”, “la autoreflexión” y “el asumir responsabilidad”. Entre los efectos emocionales y de relación, las formas más comunes halladas (o estudiadas) son la “expresión emocional” y el “apoyo emocional”. Además se mencionan el “alivio” y la “sensación de ser comprendido” (véase también Krause & Cornejo, 1997). Con respecto a los efectos emocionales otro trabajo de revisión (Hill, 1990) muestra que la intensidad de la vivencia en la situación terapéutica se asocia con la tendencia a la introspección, con complejidad cognitiva y con “neuroticismo”. La intensidad de la vivencia parece estar relacionada, además, con la evaluación de cuál de las intervenciones ayuda en mayor o en menor medida, así como con los mejores resultados terapéuticos (principalmente en fases tardías de la terapia). Asimismo, la evaluación general de una terapia está relacionada con el compromiso emocional del consultante (Dreher, Mengele, Krause & Kämmerer, 2001; Heppner & Claiborn, 1989).

En lo concerniente a los resultados terapéuticos a largo plazo (“outcomes”), Elliott y James (1989) resumen cinco estudios en los que se procedió metodológicamente con “orientación al descubrimiento” (es decir, sin categorías previas), llegando al resultado que el “mejoramiento de la autoimagen” es el efecto más nombrado.

Por su parte, el estudio de episodios y elementos relevantes para el cambio ha contribuido con nuevos conocimientos a la investigación en psicoterapia. En primer lugar mostró que los episodios “existen” desde el punto de vista subjetivo del cliente y del terapeuta, es decir, no se

deben considerar como un mero constructo de la investigación (Hill, 1990; Hill et al., 1997; Stiles, 1997). Entre los contenidos de los episodios que resultan favorecedores del cambio se mencionan: los momentos de resolución de problemas; de conciencia (“awareness”); de apoyo; momentos de insight (Elliott, et al., 1994); momentos en los que se tratan temas personales; en que se exploran y describen sentimientos; y momentos en los que se ejercitan nuevas formas de comportamiento (Hill, 1990). Estas categorías se superponen en parte con las propuestas por Mahrer y Nadler (1986). A partir de una aproximación metodológica en la que se estudian los “momentos positivos” de la terapia, Mahrer y Nadler compilaron una lista de momentos en los que los clientes muestran avances terapéuticos. Entre los momentos positivos señalan: la exploración de sentimientos, la afloración de material reprimido, los insights, la expresión de sentimientos profundos hacia el terapeuta y la implementación de nuevas formas de comportamiento.

A pesar del hecho que aún quedan muchas preguntas sin responder, la investigación de proceso ha contribuido de manera relevante al conocimiento sobre aspectos esenciales de la psicoterapia. Además, esta línea de investigación llamó la atención sobre la complejidad del proceso terapéutico, sobre la relevancia del contexto de las intervenciones terapéuticas, y sobre la importancia de los estudios de caso (Grawe, 1988). A raíz de este desarrollo se originó un interés por la investigación con métodos cualitativos.

Por último, la investigación del proceso terapéutico ha tenido como efecto colateral el hecho de producir conocimientos que resultan relevantes para la práctica (Goldfried et al., 1990; Marmar, 1990; Orlinsky, 1994), lo cual

conlleva la siguiente consecuencia: hay un mayor énfasis en estudiar terapias “reales”, en investigar problemas que tengan relevancia para la práctica y en encontrar un lenguaje común entre investigadores y terapeutas.

Antecedentes sobre los contenidos del cambio psicoterapéutico

A continuación se presentarán conceptos y hallazgos empíricos disponibles que permiten dar contenido a la noción de “cambio psicoterapéutico genérico”³.

Tanto la investigación de factores comunes, como la de proceso terapéutico aportan información valiosa sobre contenidos de cambio, es decir, información que permite responder la pregunta ¿qué es lo que cambia? La respuesta a dicha pregunta se puede buscar en los síntomas, en las conductas, o en la esfera de lo representacional; incluye tanto aspectos afectivos como cognitivos; y se puede elaborar a partir de la autopercepción del consultante, a partir de la percepción del terapeuta o a partir de la observación de expertos externos.

Un estudio de Connolly y Strupp (1996) basado en la percepción de los consultantes, mostró la existencia de cuatro conglomerados de cambio: mejoría sintomatológica, en la autocomprensión, en la autoconfianza y mayor autodefinición.

Tres de estos cuatro conglomerados son parte de lo que se puede considerar la “esencia” del cambio psicoterapéutico genérico, que estaría situado -de acuerdo a estudios previos- (Krause, 1991; Krause, 1992a; Krause, 1992b; Krause, 1993; Krause, Uribe, Winkler & Avendaño, 1994; Krause & Winkler, 1995; Krause & Cornejo, 1997; Krause, 2005; Winkler, Avendaño, Krause & Soto, 1993) en la esfera de lo

³ Término tomado desde un contexto conceptualmente colindante, el modelo genérico de psicoterapia de Orlinsky & Howard (1987).

⁴ Lo “representacional” se entiende en sentido amplio, es decir, incluye aspectos tanto cognitivos, como afectivos y valorativos.

representacional⁴. Estos estudios previos, orientados a la determinación de componentes genéricos del cambio, estuvieron en su mayor parte basados en narrativas retrospectivas de clientes y sus terapeutas. Sus resultados refieren al contenido del cambio genérico y a su evolución.

Los primeros, es decir, los resultados sobre el contenido del cambio psicoterapéutico muestran que este cambio se refiere a la perspectiva subjetiva de los clientes respecto de sí mismos, sus problemas y síntomas, y sobre la relación de éstos con el contexto en que ocurren. Es un cambio en esencia subjetivo, aunque algunos elementos que lo propician no sean subjetivos en sí mismos como, por ejemplo, lo es algún cambio en un comportamiento específico.

Los resultados sobre la evolución del cambio muestran que éste es un proceso con etapas sucesivas, que comienza antes de la terapia y continúa después del término de ésta, y que combina factores intra- y extra-terapéuticos. El proceso se desarrolla en fases que se construyen unas sobre otras y en las cuales el nivel de complejidad de los patrones de explicación e interpretación va incrementando progresivamente. Asimismo, implica una sucesiva “psicologización” de estos patrones de explicación e interpretación.

A partir de estos resultados se desarrolló un modelo de evolución del cambio psicoterapéutico genérico, el que se presenta a continuación.

Es habitual en los procesos terapéuticos la existencia de una etapa de búsqueda de ayuda, es decir, una etapa previa al inicio de la psicoterapia. Con frecuencia, los cambios comienzan en esta etapa, pero —cuando ello no ocurre— son tarea primordial de las primeras sesiones de psicoterapia. Estos primeros cambios se pueden sintetizar como: la aceptación de los propios límites, y la conciencia de la necesidad de ayuda (Krause, 1993; Krause et al., 1994).

Luego, una vez comenzada la terapia, se suceden una serie de cambios adicionales. Frank (1971, 1982), uno de los precursores de la investigación del cambio psicoterapéutico ge-

neral, señala que todo cliente llega a la terapia en un estado de “desmoralización”, la cual estaría conformada por sentimientos de desamparo, pérdida del control, baja autoestima, dificultad para encontrar sentido a su vida cotidiana. De acuerdo con Frank, un primer cambio en cualquier terapia exitosa, es justamente la disminución de esta desmoralización, vivenciada a través de la esperanza o las expectativas de ser ayudado. Este planteamiento ha sido apoyado por investigaciones posteriores (Elliott, 1984; Joyce & Piper, 1998; Snyder, Michael, & Cheavens, 1999) y por el trabajo de Howard, Lueger, Maling y Martinovich (1993) que hablan de su teoría fásica del cambio describiendo fases consecutivas de “remoralización”, “mejoría” y “rehabilitación”. Desde otro ángulo, este constructo ha sido definido también como la construcción de un sentimiento de competencia (Berg & De-Jong, 1996) o como “poder manejar los propios problemas” (Shilkret & Shilkret, 1993).

Junto con estos cambios afectivamente reconstructivos, las primeras sesiones psicoterapéuticas también demandan del cliente cambios de tipo cognitivo, tales como la autopercepción crítica (Krause, 1992a) y el “descongelamiento” de sus patrones de interpretación y esquemas cognitivos (Märtens, 1991). La autopercepción crítica implica la aparición de la duda sobre lo que hasta aquí se consideraba verídico, correcto o inmutable. Ella abre el camino a la primera puesta en cuestión de los modelos explicativos utilizados hasta ese momento. El “descongelamiento”, por su parte hace las veces de preparación para los cambios terapéuticos posteriores en el plano cognitivo (Karasu, 1986).

Los cambios representacionales posteriores derivan de la necesidad de construir un ámbito de significados compartidos entre cliente y terapeuta, en particular referido a la interpretación de los problemas y/o síntomas por los que consulta el primero. Dado que el consultante se encuentra en una posición de necesidad de ayuda —por lo tanto en una relación asimétrica— esta necesidad de significado común lo lleva a una resignificación de los propios problemas y

síntomas, a fin de que éstos calcen con la teoría terapéutica y la definición del ámbito de competencia profesional del terapeuta (Krause, 2005). Cuando esto no sucede, a menudo se produce un abandono temprano de la terapia (Krause et al., 1994). En términos muy generales este momento de cambio significa aceptar que los problemas por los cuales se ha consultado han de ser interpretados psicológicamente (y no son, por ejemplo, producto de una afección física). Por lo tanto, significa aceptar el contexto de significado psicológico como marco apropiado para el tratamiento de los propios problemas (Krause, 1991; Krause, 2005).

De la resignificación de problemas y síntomas derivan dos cambios adicionales, que son: la redefinición de expectativas y metas terapéuticas y la aceptación del terapeuta como un profesional competente en relación con la propia problemática (Krause, 2005; Thompson & Hill, 1993). Esta aceptación incluso se ve reflejada en representaciones internalizadas del terapeuta, a las que se recurre en situaciones problemáticas (Geller & Farber, 1993). En paralelo con esto último, y como base para el trabajo terapéutico posterior, el cliente deberá asumir su propia participación o responsabilidad en diferentes situaciones de vida, en particular en las que se relacionan con sus problemas (Bittner, 1981).

Ya más avanzado el proceso terapéutico, serán las nuevas representaciones, tanto cognitivas (Krause, 1992a), como afectivas (Greenberg, Rice & Elliott, 1993) las que formarán parte importante del cambio terapéutico genérico, con los consecuentes cambios en la expresión de sentimientos en el encuadre terapéutico y en las valorizaciones de aspectos de la vida personal, incluyendo las que dicen relación con los problemas y síntomas. Así, por ejemplo, un síntoma que originalmente era percibido y definido como “disfunción corporal” ahora puede ser redefinido y revalorizado como “señal del cuerpo que es útil porque me ayuda a no someterme al exceso de trabajo” (Krause, 1992b), pudiendo llevar a una expresión emocional diferente. Constructos asociados, mencionados en

otras investigaciones son: “insight”, “ganar una nueva perspectiva”, o “darse cuenta de un problema” (Hanna & Ritchie, 1995). En particular, el concepto de “insight”, en su acepción inclusiva de elementos cognitivos, afectivos y valorativos, ha recibido abundante apoyo empírico (Elliott et al., 1994).

También la percepción de autoeficacia (Bandura, 1977) es parte de los cambios genéricos a diferentes tipos de terapia, en tanto forma parte de la auto-representación.

Por último, resulta central la construcción de esquemas conceptuales, o teorías, los cuales denominen y expliquen los síntomas y problemas del cliente (Polkinghorne, 1988). Estos nuevos esquemas conceptuales serán un mayor aporte de cambio en tanto posibiliten experiencias exitosas al cliente, ya sea “insights”, expresión de sentimientos, nuevas formas de comportamiento u otros, que —en el marco de la teoría terapéutica respectiva— signifiquen un avance. Al interior de la construcción de esquemas conceptuales se pueden distinguir tres momentos sucesivos (Krause, 1992a): a) establecimiento de conexiones entre síntomas, experiencias vitales, (actuales y pasadas) motivaciones, afectos y conductas; b) la elaboración de constructos subjetivos sobre sí mismo, la propia biografía y la relación con otros; y c) la construcción de “teorías” sobre sí mismo y la relación con el mundo, incluyendo la propia historia de vida (Krause, 1998).

En términos teóricos, estos cambios en la esfera de lo representacional (Fonagy, 2001) han sido conceptualizados como cambios en “teoría subjetivas” (Groeben, Wahl, Schlee & Scheele, 1988; Krause, 1991, 1992a, 1992b, 1998; Krause & Winkler, 1995; Krause & Cornejo, 1997); en los “marcos de referencia” (Duncan & Moynuhan, 1994); o en los “constructos personales” (Anderson, 1997b). Desde la perspectiva de los enfoques que enfatizan los aspectos narrativos en la psicoterapia, este cambio es conceptualizado como una “re-autoría” de aspectos de la propia historia

(McLeod, 1998; McLeod & Balamoutsou, 1996), o —en la vertiente postmoderna— como cambio en los sistemas de lenguaje y comunicación (Anderson, 1997a). Como fuere su denominación o estatus epistemológico, estas transformaciones gozan de abundante apoyo empírico y teórico.

Para efectos de este estudio, los cambios representacionales son comprendidos en el marco conceptual de las teorías subjetivas. El concepto “teoría subjetiva”, el cual ha tenido su mayor presencia en la psicología europea, ha sido definido por sus autores (Groeben et al., 1988, p. 19) como “cogniciones de la visión de sí mismo y del mundo, que se pueden entender como un conjunto complejo que tiene una estructura argumentativa, al menos implícita, y que cumple las funciones de explicación, predicción y tecnología, contenidas también en las teorías científicas”. Sobre la base de una recopilación posterior de estudios sobre el tema, Flick (1991) llega a la conclusión de que el concepto actualmente se utiliza —en forma mucho más amplia que en sus orígenes— simplemente para hacer referencia al hecho que las personas desarrollan modelos explicativos acerca de sí mismas y de su mundo circundante, los que las orientan en su acción.

El cambio genérico se puede entender, entonces, como un cambio en los patrones subjetivos de interpretación y explicación que lleva al desarrollo de nuevas teorías subjetivas. Y, visto en términos de proceso, se entenderá como etapas (sucesivas) del proceso de construcción de nuevos modos de interpretación y representación, los cuales incorporan en forma importante la teoría terapéutica del terapeuta (Krause, 2005).

Evidentemente el anterior es un patrón de cambio “ideal”, el cual ocurre de este modo en terapias definidas por sus terapeutas y clientes

como exitosas y que podría ser de utilidad para analizar la evolución de psicoterapias, durante su ejecución. Para tal efecto se construyó una lista de indicadores de cambio que, al mismo tiempo de referirse a la dimensión representacional, fueran susceptibles de ser observados externamente. El objetivo del presente trabajo es, en primer lugar, presentar dichos indicadores de cambio genéricos, mostrar cómo son verificables empíricamente, para luego ilustrar su aplicación en cuatro terapias de diferente orientación, a fin de analizar tanto su carácter genérico, como su sensibilidad a la especificidad de cada una de ellas.

MÉTODO

Definición del diseño metodológico general

En la presente investigación se aplicó una metodología cualitativa, confirmatoria, basada en la observación y análisis de sesiones de psicoterapia tras espejo de visión unilateral, de los correspondientes videos y, de las transcripciones de grabaciones en audio. Un criterio de rigor metodológico de importancia fue el logro de acuerdo intersubjetivo en un equipo de investigadores-observadores de diferente orientación teórica en psicoterapia.

Muestra

Son habituales en esta área de investigación los estudios de caso (p.ej., Dreher et al., 2001; Grawe, 1988; Rees et al., 2001), o bien aquéllos —como el estudio aquí presentado— en que se trabaja con un número reducido de procesos terapéuticos (Levitt, 2001). Esto, sin embargo, no implica que la cantidad de datos sea reducida. En la presente investigación se trabajó con un total de 78 sesiones correspondientes a los siguientes cuatro procesos psicoterapéuticos: 23 sesiones de una Terapia Psicodinámica Breve⁵, 18 sesiones de una Terapia Psicodinámica-

5 El terapeuta es psicoanalista titular de la Asociación Psicoanalítica Chilena, reconocido por la Asociación Psicoanalítica Internacional.

Cognitiva⁶, 20 sesiones de una Terapia Familiar Construccionalista-Social⁷ y 17 sesiones de una Terapia de grupo, integrativa, para adictos⁸.

Las diferentes orientaciones teóricas y de modalidad terapéutica son esenciales a la metodología del estudio que requiere de heterogeneidad, a fin de extremar las posibles diferencias y, en ese contexto, poder validar las confluencias (véase Tabla 1).

Recolección y registro de datos

Los datos se recogieron y registraron de tres maneras: a) Observación directa de sesiones psicoterapéuticas y registro de momentos de cambio en un protocolo de observación, b) Grabación de todas las sesiones terapéuticas en vídeo, y c) Grabación en audio y posterior transcripción de las terapias completas.

TABLA 1
Terapias estudiadas

Terapia	Sexo	Edad	Actividad	Estado Civil	Foco de la Terapia
Psicodinámica Breve, Individual (I)	F	29	Técnico Paramédico	Casada	Disminuir ansiedad de separación; funcionamiento autónomo; expresión de necesidades
Psicodinámica Cognitiva, Individual (II)	F	38	Profesora	Separada	Elaboración del duelo por separación y pérdidas recientes
Construccionalista Social, Familiar (III)	F M M	38 40 13	Vendedora Comerciante Estudiante	Separada Separado Soltero	Resolver conflictos relacionales entre la madre y el hijo y entre los padres
De Enfoque Integrativo, Grupal con Adictos (IV)	M M M M M	19 23 32 34 36 52	Estudiante Ninguna Médico Vendedor Computación Profesor	Soltero Soltero Soltero Soltero Casado Casado	Reconocimiento del problema de adicción; establecimiento de límites; identificación de situaciones de riesgo; abstinencia.

6 El terapeuta recibió una formación de postítulo en el New York Hospital-Cornell Medical Center, en las unidades de personalidad lideradas por O. Kernberg y M. Linehan respectivamente, integrando comprensiones psicodinámicas con técnicas cognitivo-conductuales.

7 La terapeuta completó sus estudios de formación de postítulo como Terapeuta Familiar en el Instituto Chileno de Terapia Familiar, en Santiago de Chile y continuó su formación con Kenneth Gergen, Harlene Anderson y Tom Andersen.

8 El terapeuta representa una formación integrativa, es decir, pone en acción elementos terapéuticos provenientes tanto de la orientación psicodinámica, como de la sistémica y la conductual-cognitiva.

Análisis de Datos

El análisis de datos de las observaciones y las sesiones grabadas en vídeo y audio fue de tipo cualitativo, intersubjetivo y confirmatorio, es decir, un grupo de observadores entrenados - psicoterapeutas de diferente orientación teórica registró y analizó los momentos de cambio en función de los indicadores genéricos a diferentes modalidades terapéuticas.

Proceso de análisis. El análisis se realizó en tres etapas: a) Observación de todas las sesiones psicoterapéuticas a través del espejo de visión unilateral, realizada por dos observadores con formación psicoterapéutica y entrenados en la observación de indicadores de cambio, quienes seleccionaron potenciales momentos de cambio; b) Observación de los fragmentos de videos que contenían los momentos de cambio previamente seleccionados, realizada por el equipo de investigación en pleno, compuesto por 10 investigadores con formación psicoterapéutica correspondiente a las siguientes escuelas: terapia psicoanalítica, terapia sistémica, terapia construccionista-social, terapia conductual-cognitiva y terapia gestáltica, a fin de aceptar o descartar los momentos de cambio preseleccionados. La aceptación se realizó sobre la base del consenso intersubjetivo; y c) Análisis de las transcripciones de los fragmentos con momentos de cambio, a fin de determinar el contenido del cambio, y asignar, en función de éste un determinado indicador a cada uno.

Instrumentos de análisis. Sobre la base de los antecedentes empíricos relativos al cambio subjetivo se construyó una lista de indicadores de cambio sucesivos, la que se presenta a continuación, en orden jerárquico, desde cambios iniciales hacia cambio de períodos más avanzados de la terapia:

1. Aceptación de la existencia de un problema.
2. Aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda.
3. Aceptación del terapeuta como un profesional competente.
4. Expresión de esperanza (“remoralización” o expectativa de ser ayudado o de superar los problemas).
5. Descongelamiento (o cuestionamiento) de formas de entendimiento, comportamientos y emociones habituales (“fisura”). Puede implicar reconocimiento de problemas antes no vistos, autocrítica y/o redefinición de expectativas y metas terapéuticas.
6. Expresión de la necesidad de cambio.
7. Reconocimiento de la propia participación en los “problemas”.
8. Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo.
9. Manifestación de un comportamiento o de una emoción nuevos.
10. Aparición de sentimientos de competencia.
11. Establecimiento de nuevas conexiones entre:
 - Aspectos propios (creencias, conductas, emociones, etc.).
 - Aspectos propios y del entorno (personas o sucesos).
 - Aspectos propios y elementos biográficos.
12. Reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas.
13. Transformación de valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros.
15. Formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo a través de la interconexión de aspectos personales y del entorno, incluyendo problemas y síntomas.
16. Enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía.
17. Autonomía en cuanto al manejo propio del contexto de significado psicológico.
18. Reconocimiento de la ayuda recibida.
19. Disminución de la asimetría entre paciente y terapeuta.

20. Construcción de una Teoría Subjetiva, biográficamente fundada, sobre sí mismo y la relación con el entorno (indicador “global”).

Criterios de selección de momentos de cambio. Se seleccionaron momentos de cambio intra-sesión y extra-sesión, los cuales debían cumplir con los criterios *correspondencia teórica, verificabilidad, novedad y consistencia.*

La *correspondencia teórica* se refiere a que los contenidos del momento de cambio deben corresponder a alguno de los indicadores genéricos de la lista previamente expuesta. La *verificabilidad* indica que el cambio debe observarse en sesión o, en caso de los cambios extra-sesión, deberá ser mencionado en sesión y poder ser referido a la terapia. La *novedad* significa que el fenómeno debe manifestarse por primera vez. Por último, la *consistencia* se refiere a la concordancia del cambio expresado verbalmente con las claves no-verbales, tanto generales como idiosincrásicas de cada paciente y, al hecho que los momentos posteriores de la sesión o de la terapia no deben contradecirlo.

Delimitación de episodios de cambio. Considerando el episodio un segmento más extenso de la sesión terapéutica, el cual incluye el momento de cambio como “punto culminante”, se utilizó un criterio temático para la delimitación de episodios. Específicamente, a partir del tema central del momento de cambio se rastreó retrospectivamente el comienzo del diálogo terapéutico pertinente. Esta delimitación también fue validada en forma intersubjetiva, vale decir, en la discusión de investigadores-terapeutas de diferente orientación teórica.

RESULTADOS

En términos generales, los resultados confirman la posibilidad de establecer en forma empírica indicadores de cambio en diferentes modalidades psicoterapéuticas y en diferentes momentos de las terapias. Asimismo, muestran que es posible determinar el indicador a través

de una verbalización de la o el paciente. Esta verbalización es indicativa del contenido del momento de cambio, es decir, permite ser asociada a un indicador de cambio específico (teniéndose en consideración el contexto de la interacción terapéutica y del proceso de terapia).

A continuación se mostrarán, en primer lugar, ejemplos de verbalizaciones correspondientes a los diferentes indicadores, para luego mostrar la secuencia completa de indicadores encontrados en cada uno de los cuatro procesos terapéuticos. Cabe señalar, sin embargo, que estas ilustraciones son solamente parciales, en la medida que excluyen los componentes no verbales.

Ejemplos de momentos de cambio y sus indicadores

Los ejemplos de momentos de cambio que se presentan a continuación incluyen tanto aquellos ocurridos y observados en sesión, como los ocurridos fuera de las sesiones, asociados a la psicoterapia. En el caso de los primeros, se indica el número del episodio de cambio; en los segundos se especifica su carácter extra-sesión. Asimismo, cada momento está asociado a un indicador de cambio, que da cuenta de su contenido y que hace las veces de título del ejemplo.

Indicador 1: Aceptación de la existencia de un problema. Cambio intra-sesión observado durante la sesión 1 de la Terapia IV, cuando el paciente, luego de la confrontación por parte de otro miembro del grupo, reconoció lo siguiente:

P4: “igual me van a dar ganas de... consumir”.

Y en la sesión siguiente, el mismo paciente durante el episodio de cambio 2, afirmó:

P4: “tengo la lucha de consumir... no consumir”.

Indicador 2: Aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda. Cambio extra-sesión relatado durante la sesión 1

de la Terapia IV, cuando el paciente expresó lo siguiente:

P2: “yo por ejemplo sé que si yo me tomo un trago voy por el otro y rápidamente voy por el otro. Lo que pasa es que mi tema fuerte era la coca, pero sin darte cuenta, cuando tu consumes coca empiezas a consumir mucho alcohol”.

Indicador 3: Aceptación del terapeuta como profesional competente. Cambio intra-sesión observado durante la sesión 3 de la Terapia I, cuando la paciente responde a la intervención del terapeuta:

T: “y por otro lado qué es lo otro que vemos, usted controlando la situación y ayudando a otras personas, preocupándose de los pacientes, preocupándose de su hija, preocupándose de su esposo, de su mamá, ... por mencionar a algunas personas, pero llegar y venir acá a una situación en la cual usted es la paciente, y tiene que volver a pensar que es posible que yo la entienda, es muy difícil ... porque es venir a ubicarse en una posición ... que a lo mejor anteriormente le ha provocado muchas frustraciones”.

P: “Sí, el venir para acá, o sea, de todas las sesiones que hemos tenido eh, la ... la sensación que me queda es diferente, al intento que yo tuve en el consultorio. Como le explicaba la vez pasada, o sea, me he sentido diferentemente acogida, o sea, es muy distinto porque yo comentaba la vez pasada que, cuando yo entraba, la otra persona se preocupaba más de hacer docencia que de uno, o sea, lo cual yo consideraba una falta de respeto, y se lo dije en una oportunidad, o sea, muy diferente, o sea, se pueden hacer quizás las dos cosas, pero haga docencia después que salga uno, por ejemplo, entonces he sentido que esto ha sido, ha sido diferente ..., no sé, la sensación que me queda a mi es diferente...”.

Indicador 4: Expresión de esperanza (remoralización). Cambio extra-sesión relatado durante la sesión 3 de la Terapia IV, cuando el paciente expresó lo siguiente frente a un comentario previo realizado por el terapeuta:

P4: “Es como pasar de curso, se siente un poco eso – como cuando estás en el último año de la universidad ... que ya estás ahí ... como lo que dice – es súper alentador lo que dice Juan, que ya de aquí a marzo mis deseos de consumo van a bajar bastante más”.

Indicador 5: Descongelamiento (o cuestionamiento) de formas de entendimiento, comportamientos y emociones habituales (“fissura”). Cambio intra-sesión observado durante la sesión 9 de la Terapia III, cuando la madre, después de haber narrado que su hijo de 13 años ha vivido desde hace varios años con otros familiares y sin ella, expresó:

P1: “Quizás él se sienta abandonado y lo ... y él ... no sé ... lo manifiesta de esta forma ... de esta forma tan agresiva”.

Indicador 6: Expresión de la necesidad de cambio. Cambio extra-sesión relatado durante la sesión 5 de la Terapia IV, cuando el paciente expresó lo siguiente:

P4: “Ya llevo la mitad del tiempo en tratamiento ... o sea ¿qué me cuesta otra mitad más? Para salir de lo que estaba y recoger lo sembrado ... es todo; entonces dan más ganas de seguir con esto”.

Indicador 7: Reconocimiento de la propia participación en los problemas. Cambio intra-sesión observado durante la sesión 8 de la Terapia III, cuando la paciente afirmó lo siguiente con respecto al comportamiento de su hijo:

P1: “A lo mejor yo le digo ‘te quiero’ y no se lo demuestro”.

Indicador 8: Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo. Cambio intra-sesión observado durante la sesión 1 de la Terapia II, cuando la paciente responde a la intervención del terapeuta:

T: “pareciera que usted, pensando en esto que me contaba que era precavida, que le gustaba cuidar su imagen, hubiera como susto suyo de parecerse a su papá en algún momento y por eso cuida su imagen ... porque también uno podría relacionar esto que me decía, que trató de ser lo más formal posible y seguir, y someterse a lo que su marido hacía, cierto, porque pensó que a él le gustaba y de alguna forma a usted parece que le gusta la formalidad o poniéndolo de otra forma a usted le asusta la informalidad, por decirlo así”.

P: “A lo mejor, y yo se lo atribuyo a él ... a lo mejor soy yo la más formal que él, no sé, a lo mejor puede que sí, puede que sí, puede que sí, no lo había mirado desde ese punto de vista”.

Indicador 9: Manifestación de un comportamiento o emoción nuevos. Cambio intra-sesión observado durante la sesión 18 de la Terapia II, cuando la paciente logró expresarle al terapeuta algo que había estado evitando durante toda la terapia:

P: “...mmm hay algo que yo no me atrevía a decir aquí, no sé si me estaré evadiendo o no me estaré escapando de esto, pero, es algo que yo ... he sentido aquí, y que no me he atrevido a decirle porque ... yo dije como me analiza todo lo que digo, quizás qué me va a decir, y lo voy a decir porque me vino, cuando yo entro aquí, siento un olor extraño, extraño y que yo conozco ese olor, es un olor a cementerio”.

Indicador 10: Aparición de sentimientos de competencia. Cambio intra-sesión observado durante la sesión 22 de la Terapia I, cuando la paciente responde a la intervención del terapeuta:

T: “yo estaba pensando... que es interesante lo que está pasando acá... usted está más preocupada por la reacción de su esposo que por sus sentimientos y resulta que el que está preocupado por los sentimientos suyos y con lo que va a pasar con usted soy yo y no usted... a mí me preocupan sus sentimientos y de repente da la impresión que estoy yo mas preocupado de sus sentimientos que lo que puede estar usted de lo que va a pasar cuando se separe de él, de lo que va a pasar con usted cuando no siga viniendo para acá, no se si me entiende?”.

P: “Sí, para mi venir acá todas las semanas es como un desahogo, así lo siento y la verdad no sé que va a pasar conmigo cuando no siga viniendo pero espero no sentirme tan mal, espero ... pero yo creo que puedo ... sí yo puedo seguir sola”.

Indicador 11: Establecimiento de nuevas conexiones. Cambio intra-sesión observado durante la sesión 4 de la Terapia II, cuando la paciente, después de la intervención del terapeuta, logró conectar aspectos propios y elementos biográficos:

P: “... debe ser como que yo me censuro sola ... porque desde chica yo estuve sola, sin mi papá digamos de chica porque yo me vine a estudiar a Santiago de Kinder, yo tuve esto de que me tenía que cuidar y para mí ser seria era sinónimo de cuidarme, eso he pensado, cuando estaba en la universidad me acuerdo que me dije que podría haberme cuidado y no haber sido tan seria. Me acuerdo de una vez que un amigo me dijo, ‘¿a quién vas a morder?’ Entonces yo me acuerdo, el hecho de que yo me tenía que cuidar, que no me tenía que pasar nada, que nadie me tenía que hacer daño, yo siempre manejé un rango de distancia y sería porque para mí ser seria era sinónimo de respeto, de cuidado conmigo”.

Indicador 12: Reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas. Cambio extraterapéutico relatado durante la sesión 8 de la Terapia IV, cuando el paciente expresó lo siguiente:

P1: “yo me di cuenta en la última recaída que volver al tema de la droga está muy lejos de aportarme algo, de volver a lo que todos sentimos antes con la droga, está muy lejos de eso ... que uno sigue así hasta que muere pero nunca logras el objetivo de sentirte bien ... este placer que puede haber detrás del alcohol ya nunca más va a volver a ocurrir, ni ahora ni en diez años más ni nada. O sea, tomar un trago para ti o para mí o para todos los que estamos acá tiene un solo final que es, la depresión, la angustia, y que no va a traer nunca una situación de placer”.

Indicador 13: Transformación de las valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros. Cambio intra-sesión observado durante la sesión 19 de la Terapia III, cuando la paciente, refiriéndose a la situación de su hijo, expresó lo siguiente:

P1: “En la perspectiva que él no está ni con su papá ni con su mamá... entonces ha estado con otras personas y en cierto modo él está abandonado —en un hogar de protección... Sí la gente que está en un lugar en que hay muchas personas que lo quieren mucho pero no está con sus papás... a mí me consta ... es un hogar de protección”.

Indicador 14: Formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo. Cambio intra-

sesión observado durante la sesión 11 de la Terapia II, cuando la paciente expresó lo siguiente:

P: “O sea ... que esto que estoy pensando ahora, no lo había pensado antes, porque yo no pensaba que tenía la autoestima por el suelo, sabiendo sí ... que fui criticada y no me gustaron las críticas y eso, de hecho, de alguna u otra manera debe haber afectado la relación del matrimonio, sin encontrarme ... a ver ... tan mal no era la mujer perfecta”.

Indicador 15: Enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía. Cambio extra-sesión relatado durante la sesión 22 de la Terapia I, cuando la paciente al final del proceso expresó lo siguiente:

P: “Que, claro, yo creo que ahí hay como dos puntos ahí que igual he analizado”.

T: “A ver”.

P: “Por una parte estaba analizando la separación, el hecho que, a ver, qué pasa que yo me voy de la casa con mi hija, a hacer otra vida en otro lugar, qué va a pasar, ¡bien!, o sea ... no sé... para mí significa crecimiento, otros proyectos, muchas cosas buenas ... mirada para el otro lado... mi papá, extrañando a la niña, un montón de cosas, entonces ... era como la sensación, vuelvo a lo mismo, de no poder partir, o tener que hacerlo como ha sido todo, estudiar, terminar enseñanza media, prepararse en la vida, siempre con trancas, porque ¡así ha sido!. Es hacerlo pero no hacerlo en buena, es como el agotamiento de eso, es como ‘¡hasta aquí!’ —como usted decía recién, entonces una vez, después de haber partido, hacerlos que entiendan, de que, en buena, ¿por qué yo no podría ir a poder visitarlos en la casa? rico, a tomar té o almorzar, o que ellos vayan a mi casa a alojar, en eso, que para mí es pleno, yo me siento plena así, yo sé que ellos no lo van a poder tomar así por una parte, con Juan— —no sé creo que voy hacer—, yo creo que voy a tener que buscar el minuto para decírselo, pero ahí juega, el sentido netamente de culpabilidad, netamente eso, el día que yo le diga ‘¡ya!, ¡quiero que te vayas!’ igual voy a sentir un alivio ¡para qué le digo cómo! pero a la vez, dentro a lo mejor de unos minutos, voy a sentirme enormemente angustiada porque sé lo que viene, es más, le digo, si pasara alguna desgracia, no sé cómo lo tomaría, a lo mejor me lo reprocharía, ¡sin ser culpable! como me lo hace ver mucha gente, pero yo lo siento así, a lo mejor me

voy a recriminar el por qué no me quedé con él, si era lo que me tocaba en el fondo, a lo mejor, no sé”.

Indicador 16: Autonomía en cuanto al manejo propio del contexto de significado psicológico. Cambio extra-sesión relatado durante la sesión 20 de la Terapia I, cuando, en el día la paciente expresó lo siguiente:

T: “Y ésta decisión de separarse de él, ¿él no sabe nada?”.

P: “No”.

T: “Y usted ¿cuándo la tomó?, ¿en estos días?”.

P: “Si, la he ido, la he ido meditando...la he ido pensando...Ya me cansé, me cansé de hablar, me cansé de entender...yo creo que ahora es mi mundo o sea...eh...no!...tengo derecho a tener otra vida, no estoy hablando de...de tener otra pareja ni mucho menos, a tener otra calidad de vida (murmura)...así es que...yo creo que ahora la cosa es sentirme menos culpable. Porque ¡me va a hacer sentir culpable!, eso yo ya...¡eso yo lo tengo súper claro!”.

Indicador 17: Reconocimiento de la ayuda recibida. Cambio extra-sesión relatado durante la sesión 20 de la Terapia III, cuando la paciente en esta última sesión al despedirse comentó lo siguiente:

PI: “Muchas gracias, muchas gracias. En algún momento, doctora, yo le hablé de desesperación, como ... no sé si usted recuerda, si alguna vez le pregunté doctora ¿de qué me sirve esto? ... entonces yo vivo el momento en que yo me sentía encerrada en un cuarto oscuro, yo no veía la luz por ningún lado, pero ahora que lo veo todo claro, es como increíble ... entonces es como que usted ha dado las herramientas, me ha enseñado a utilizar las herramientas, yo no sabía usar las herramientas, entonces eso como que a mi ... como que rico, ¡sirve!”.

Indicador 18: Disminución de la asimetría entre paciente y terapeuta. Cambio intra-sesión observado durante la sesión 17 de la Terapia II, cuando la paciente expresó lo siguiente:

P: “...bueno y todas las cosas que, que tienen término deben ser duelo ... entonces yo ahora voy a necesitar otra terapeuta para elaborar este duelo ”.

T: “claro, es una cosa que se podría evaluar no?”.

P: “... pero ... yo creo que soy capaz de ... sé que soy capaz”.

Indicador 19: Construcción de una Teoría Subjetiva, biográficamente fundada, sobre sí mismo y la relación con el entorno (indicador “global”). Este indicador se encuentra predominantemente en estudios retrospectivos, ya que la construcción de una teoría subjetiva es un proceso y no un momento. Por lo tanto, en el presente estudio no ha sido posible encontrar ejemplos de este indicador. Sin embargo, se puede encontrar verbalizaciones correspondientes a este indicador en otros estudios.

Distribución de indicadores de cambio a lo largo de las terapias

A continuación se mostrará la distribución de los momentos de cambio —y sus correspondientes indicadores— a lo largo de los cuatro procesos psicoterapéuticos. Los números en el eje vertical indican la posición del indicador en la jerarquía de indicadores, vale decir, un punto ubicado a la altura del 3, en el eje vertical, equivaldría a un indicador N° 3, que sería más básico que uno ubicado en el 8, indicativo de un mayor estado de avance en el progreso del cambio terapéutico. Por su parte, los números del eje horizontal dan cuenta de las sesiones terapéuticas. Entonces, si aparece un punto sobre el tres del eje horizontal, esto significa que hubo un momento de cambio en la sesión tres de la terapia. La combinación de los dos ejes significa que la figura da cuenta, simultáneamente, de la sesión en que aparece un momento de cambio y del nivel jerárquico del indicador del mismo. Por lo tanto, si aparece un punto en el número tres horizontal, con una altura de 8 en el eje vertical, esto significa que tenemos un indicador de cambio N° 8 en la tercera sesión de la terapia. A esto se agrega un tercer elemento, que es, si los momentos de cambio han ocurrido durante la sesión terapéutica (cambios intra-sesión, indicados con cuadros color negro) o si ocurrieron entre sesiones (cambios extra-sesión, indicados con cuadros color gris).

En la Terapia Psicodinámica Breve, como se puede apreciar en la Figura 1, los indicadores de cambio tienen —en términos gruesos— el orden jerárquico esperado, es decir, aparecen indicadores de cambio de niveles jerárquicos más bajos al comienzo de la terapia y más altos hacia el final. Así, por ejemplo, el indicador N° 3, denominado “*aceptación del terapeuta como profesional competente*” aparece tempranamente en la terapia (sesión 3), en tanto el indicador N° 15, “*enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía*”, aparece en forma tardía (sesión 22).

Asimismo, la Figura 1 muestra una mayor frecuencia de cambios extra-sesión a medida que avanza el proceso psicoterapéutico.

La Figura 2 corresponde a una paciente que comienza la terapia con un indicador relativamente alto (N° 8: “*descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo*”). No obstante, la paciente muestra una evolución global similar al caso anterior, o sea, va aumentando —a lo largo de la terapia— el nivel jerárquico de los indicadores y presentando una mayor frecuencia de indicadores extra-sesión en las etapas finales de la misma. Termina la terapia con indicadores de muy alto nivel, tales como el N° 17: “*reconocimiento de la ayuda recibida*” (sesión 16), o el N° 18: “*disminución de la asimetría*” (sesión 17 y 18).

El indicador de cambio relativamente alto en la primera sesión puede ser interpretado como efecto de sus encuentros con un psiquiatra en forma previa al inicio de la terapia observada. De hecho, en las primeras tres sesiones de la terapia analizada se observan expresiones de la paciente que dan cuenta de que los indicadores iniciales del proceso de cambio fueron logrados, en buena medida, antes de iniciar la psicoterapia. Por ejemplo, la paciente reconoce una diversa gama de conflictos o problemas (indicador 1), se conduce desde la posición de requerir ayuda (indicador 2) y muestra disposición a escuchar y dar crédito a lo que le dice el terapeuta (indicador 3).

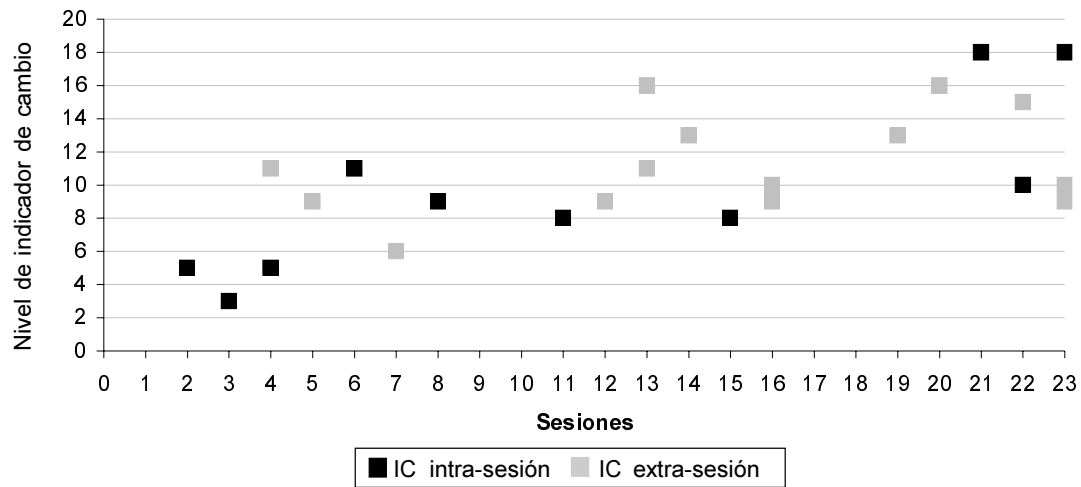


Figura 1. Indicadores de cambio (IC) en la Terapia I: Psicodinámica Breve.

Por ejemplo, en la sesión 3 ella dice: "...es que yo en un minuto me sentí muy mal, me sentí que tocaba fondo...porque me sentía como sola... como que me zumbaban los oídos, me sentía como extraña... porque después fui al psiquiatra y me dio medicamentos, me sentí igual como me había sentido la semana anterior, con una pesadez en el cuerpo, con ganas

de dormir, pero sabiendo que no iba a poder dormir, una cosa así. Para mí eso era estar tocando fondo... miedo a quedar sola, a todas las situaciones que significaba la separación." (Indicador 2, sesión 3, párrafo 22). Expresiones como esta, en tiempo verbal pasado, denotan el proceso previo al comienzo de la psicoterapia.

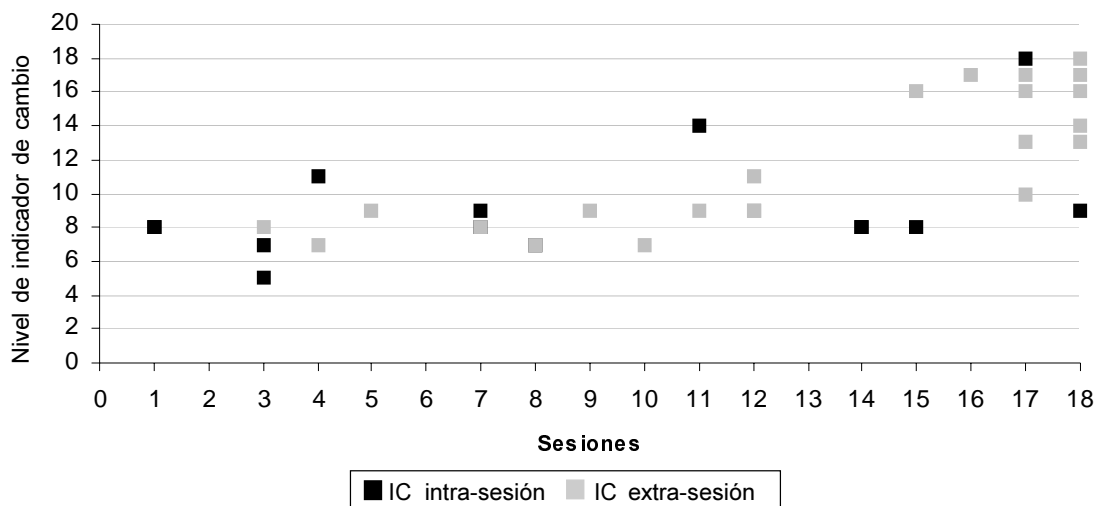


Figura 2. Indicadores de cambio (IC) en la Terapia II: Psicodinámica – Cognitiva.

La Figura 3 muestra la evolución de la Terapia Familiar Construccionalista Social, a la que en un principio asistieron varios miembros de la familia, pero al cabo de la sesión 13 solamente la madre. Inicialmente un hijo adolescente hacía las veces de “paciente índice”, es decir, la definición de problema estaba centrada en él. Esto es coincidente con los indicadores de cambio en la Figura 3 en tanto recién en la octava sesión aparecen indicadores de la madre, quien se convierte finalmente en protagonista y paciente única de la terapia. En este contexto resulta particularmente interesante que su primer indicador sea el N° 7: “reconocimiento de la propia participación en los pro-

blemas”. A partir del momento en que aparece este primer indicador, la terapia muestra una evolución similar a las anteriores, con un aumento progresivo del nivel jerárquico de los indicadores y una mayor proporción -aunque leve- de momentos de cambio extra-sesión hacia el final de la terapia. En la última etapa de ésta, la paciente de hecho logra dos indicadores de avanzado nivel: un N° 14: “formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo a través de la interconexión de aspectos personales y del entorno, incluyendo problemas y síntomas” y un N° 16: “autonomía en cuanto al manejo propio del contexto de significado psicológico”, en la última sesión.

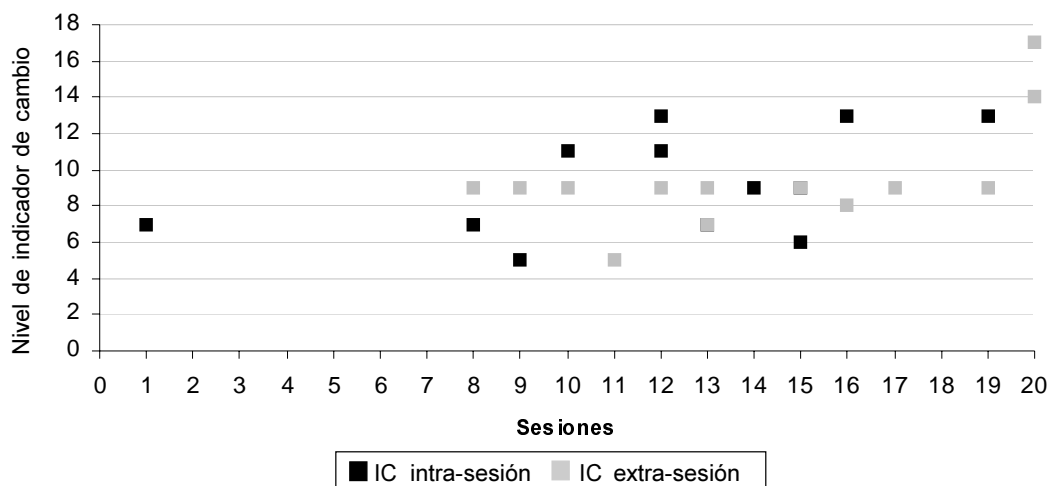


Figura 3. Indicadores de cambio (IC) en la Terapia III: Familiar Construccionalista.

La Figura 4 muestra la evolución de los indicadores de cambio, por paciente, a lo largo de la terapia de grupo para adicciones. Llama la atención que, tratándose de una evolución grupal, se reproduzca el mismo fenómeno observado en los pacientes individuales de las terapias anteriores. Sin duda ello avala la noción de que el grupo pasa a constituir una nueva entidad, cuya evolución no solamente se compone de las evoluciones individuales. Es posible apreciar, al igual que en los casos individuales, que al comienzo se concentran indicadores iniciales de la jerarquía y al final los más altos.

Asimismo, los indicadores intra-sesión son más frecuentes al comienzo, mientras al final se observan exclusivamente indicadores extra-sesión.

Cabe señalar también que, por ser un grupo abierto, los consultantes estaban en diferentes momentos de su evolución individual cuando se comenzó a observar la terapia. Sin embargo, hubo inclusión de algunos nuevos integrantes solamente al comienzo del período de observación, lo que puede explicar que se observe la evolución global arriba aludida.

La Figura 4 permite apreciar además la evolución de los momentos de cambio intra y extra-sesión, con sus respectivos indicadores, para cada uno de los participantes. En primer lugar, resulta evidente que el nivel jerárquico de los indicadores de cambio distingue la antigüedad de los participantes: un paciente nuevo (paciente 4), quien al inicio de la observación llevaba solamente dos semanas participando en el grupo, presenta indicadores de nivel jerárquico más

bajo que un paciente antiguo, como es, por ejemplo, el paciente 1.

Por su parte, los pacientes 3 y 6 registran solamente cambios extra-sesión, correspondiendo el indicador de nivel jerárquico N° 2 a un paciente nuevo y los otros, de nivel más alto, a un paciente más antiguo. El paciente 5, uno de los más antiguos, no presentó indicadores de cambio durante el período de observación, lo que habla de estabilidad en su evolución.

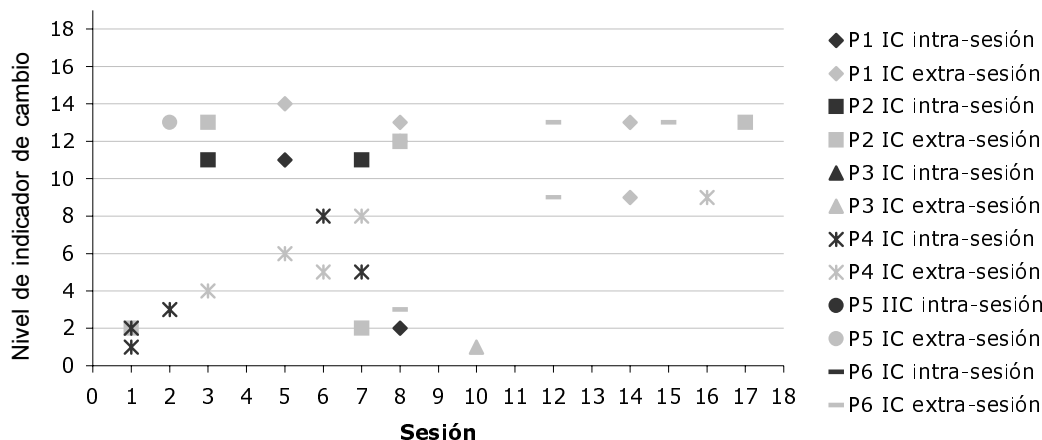


Figura 4. Indicadores de cambio (IC) en la Terapia IV: Grupal Integrativa, con adictos.

DISCUSIÓN

Se presentaron resultados de una investigación cualitativa abocada al estudio de los contenidos del cambio psicoterapéutico y su evolución, proponiéndose una conceptualización de proceso de cambio genérico, vale decir, común a diferentes modalidades terapéuticas, tanto en términos de orientación teórica, como en lo que se refiere a su constelación (individual, familiar o grupal). La noción de cambio genérico tiene sus raíces en la propuesta de factores de cambio inespecíficos o comunes (Bozok & Bühler, 1988; Hubble et al., 1999; Krause, 1998; Krause, 2005; Maione & Chenail, 1999; Meyer, 1990; Strupp, 1995), que sostiene que las condiciones responsables del cambio son aquellas generales de la

psicoterapia, tales como la estructura de ésta, la alianza que se establece entre paciente y terapeuta, la función de este último y, algunas modalidades generales del ejercicio psicoterapéutico (Krause, 2005).

En la investigación aquí presentada, esta noción general de factores de cambio comunes se extrapola, por una parte, a los contenidos del cambio y, por otra, a su evolución. En cuanto al contenido, se sostiene que el cambio psicoterapéutico es en esencia subjetivo, vale decir, que dice relación con transformaciones de la representación de sí mismo y de las relaciones con el entorno. En cuanto al segundo, al proceso, se afirma que este cambio subjetivo se compone de una secuencia de cambios sucesivos, en que los

cambios posteriores se basan en los anteriores y los engloban.

Esta noción coincide con la línea de investigación de los eventos o episodios de cambio (Bastine et al., 1989; Czogalik & Hettinger, 1988; Elliott, 1984; Elliott & Shapiro, 1992; Fiedler & Rogge, 1989; Helmeke & Sprenkle, 2000; Llewelyn et al., 1988; Marmar, 1990; Martin & Stelmazonek, 1988; Rice & Greenberg, 1984; Wisner & Goldfried, 1996), que se definen como momentos significativos o relevantes para el cambio. En términos generales, se habla de eventos o episodios significativos (Bastine et al., 1989) no haciéndose una distinción entre el momento puntual y el segmento completo del cual este momento es parte. En relación a este problema la presente investigación aporta una clara distinción entre los momentos y los episodios de cambio. La literatura pertinente no propone criterios para su distinción ni para la delimitación de los últimos. A diferencia de esto, en el estudio realizado se utilizan criterios precisos para la determinación de los momentos de cambio y para la delimitación de los episodios, mostrándose que tanto los primeros como los segundos son identificables.

Como se señalara en la sección metodológica, los momentos de cambio fueron determinados a partir de criterios que incluyeron, por una parte, su coincidencia con conceptualizaciones teóricas —coincidencia que se estableció a partir de una lista de indicadores de cambio— y, por otra, su novedad (es decir, su cualidad de cambio); su actualidad (la posibilidad de ser observado); y su consistencia en cuanto a elementos no verbales y al proceso terapéutico posterior. Esto constituye un avance en relación con estudios previos, el cual, sin embargo deberá ser contrastado con las perspectivas de pacientes y terapeutas en trabajos futuros.

Los resultados sobre momentos de cambio muestran que los indicadores preestablecidos fueron efectivamente observables en las sesiones, a excepción del último, “construcción de una teoría subjetiva”, el cual es un indicador

que, por su cualidad, debe ser determinado a partir de una evaluación retrospectiva de la terapia, es decir, no por medio de la observación sino a través de entrevistas en profundidad. El indicador “construcción de una teoría subjetiva”, consistente con las evaluaciones retrospectivas de la terapia, además, es factible de ser considerado “coherente” —en el sentido de articular teoría y evidencia— con los indicadores previos que lo implican, constituyendo un salto de síntesis analógica, a nivel teórico; en este caso específico, de construcción de una teoría subjetiva (Avendaño, Krause & Winkler, 1993).

En cuanto a su transversalidad, se puede apreciar que algunos indicadores aparecen con mayor frecuencia, en las diversas terapias, que otros. Sin embargo, dado que en este estudio fueron incluidas solamente cuatro terapias, su transversalidad deberá continuarse contrastando en futuras investigaciones con diferentes modalidades terapéuticas.

En lo que se refiere a los episodios de cambio, es decir, la unidad de análisis de mayor envergadura, se puede afirmar, en primer lugar, que es posible determinarlos no solamente desde la perspectiva de los involucrados —que es lo más frecuente en la investigación psicoterapéutica (Bastine et al., 1989; Helmeke & Sprenkle, 2000; Kivlighan & Gayle Arthur, 2000; Martín & Stelmazonek, 1988; Wisner & Goldfried, 1996)— sino también desde la perspectiva de observadores externos (Marmar, 1990). Históricamente se definen los episodios de cambio como segmentos de duración variable (Bastine et al., 1989) existiendo serias dificultades para su delimitación temporal. Buscando reducir este problema, en la investigación presentada se aplicó la noción de unidad temática, para su delimitación, la cual fue realizada desde la perspectiva de observadores externos. Cabe recordar que, específicamente, a partir del tema central del momento de cambio se rastreó retrospectivamente el comienzo del diálogo terapéutico pertinente. Si bien con este criterio se ratificó la noción de duración variable del episodio de cambio, se le agregó una posibilidad de delimitación

tación ajena a la perspectiva de los involucrados en el proceso terapéutico. Los episodios fueron delimitados a partir de un acuerdo intersubjetivo de investigadores de distintas orientaciones teóricas.

A partir de su delimitación temática, los episodios de cambio se constituyen como contextos de significado, en los cuales aparecen, al observador, verdaderos juegos de lenguaje (Aristegui, 2000), contruidos intersubjetivamente para el establecimiento del significado compartido. En el análisis de los episodios, los observadores constituyen una perspectiva de tercera persona respecto del diálogo terapéutico entre la primera persona (paciente) y segunda persona (terapeuta), lo cual introduce un marco metodológico para la comprensión hermenéutica, —interpretativo y explicativo— del proceso de diálogo terapéutico.

En la ejecución del estudio también se hizo la distinción entre cambios intra y extra-sesión. Estos últimos, si bien no podían ser observados directamente, debían ser referidos por los pacientes durante alguna sesión y cumplir con los restantes criterios establecidos para momentos de cambio. Esta diferenciación abrió una nueva perspectiva que deberá retomarse en estudios futuros, ya que los resultados, al concentrar los cambios extra-sesión en etapas avanzadas de las terapias, parecen establecer una relación con la sucesiva autonomía del paciente o, puesto en términos de algunos estudios recientes (Arnold, Farber & Geller, 2004; Keinänen, 1999), con la progresiva internalización del terapeuta y de los procedimientos terapéuticos.

En cuanto a la jerarquía de indicadores, los resultados de la observación de los momentos de cambio muestran dos fenómenos de relevancia: a) las terapias evolucionan desde indicadores de menor jerarquía hacia indicadores jerárquicamente superiores; y b) hacia el final de las terapias, o bien, en el caso de la terapia de grupo, en los pacientes más antiguos, aumentan los indicadores extra-sesión.

Ambos resultados son importantes ya que, el primero, confirma la evolución del proceso de

cambio subjetivo, tal como fuera planteado sobre la base de antecedentes previos (Krause, 1992a, 1992b); y el segundo muestra un aspecto de relevancia para etapas finales del proceso terapéutico, cual es la internalización de los patrones de interpretación psicológicos, la disminución de la asimetría y, por ende, la adquisición de autonomía en el manejo del contexto de significado psicológico (Krause, 2005). Importante, en este sentido, es que los indicadores de cambio no solamente son distintivos de un momento en el avance del proceso terapéutico sino que, también, logran distinguir la antigüedad de los pacientes en una terapia de “grupo abierto”.

Por su parte, el aumento de la autonomía es consistente con los hallazgos que en las fases finales de los procesos psicoterapéuticos refieren sentimientos de competencia (Berg & De-Jong, 1996), o habilidad para el manejo de los propios problemas (Shilkret & Shilkret, 1993).

En cuanto a las evidencias empíricas previas, la evolución del proceso terapéutico a través de la concatenación de indicadores de nivel jerárquico creciente apoya los estudios de Fiedler y Rogge (1989) o de Shoham-Salomon (1990). Por su parte, el hecho de que se entrelacen momentos de cambio ocurridos en sesión con los que acontecen en el contexto de la vida cotidiana externa a la terapia, coincide con los planteamientos de Hanna y Ritchie (1995).

Ante la pregunta ¿qué cambia cuando se cambia?, el presente trabajo propone que lo que cambia es la teoría subjetiva, la narrativa interna, que se construye progresivamente a medida que se van ensamblando los nuevos significados, que se hacen visibles al observador a través de los indicadores de cambio descritos. Sin embargo, posiblemente estos indicadores no abarquen “todo lo que cambia”, sino que también sean el resultado de una focalización específica. Esto no es más que el dilema no evitable de todo quehacer científico: el método determina los resultados, y, en el mejor de los casos al menos establece el marco para que algunas evidencias emerjan en tanto otras permanezcan ocultas.

Sin embargo, y expresada la consideración de las limitantes, es interesante observar la coincidencia de los resultados con otros estudios muy recientes, como por ejemplo el de Connolly Gibbons (2004) quien, al elaborar estadísticamente 90 cambios discretos obtenidos a través de entrevistas retrospectivas a 67 pacientes, decanta cuatro dominios de cambio: mejoría en los síntomas, mejoría en la comprensión de los patrones interpersonales, mejoría en la confianza en sí mismo y, mejoría en la “definición de sí mismo”. De estos cuatro, tres pueden vincularse teóricamente con la noción de cambio subjetivo desarrollada en el presente trabajo, quedando pendiente la conceptualización de la mejoría sintomática la que, en principio, es un fenómeno de otra dimensión de análisis.

Por último, una crítica permanente de los clínicos hacia la investigación en psicoterapia es que ésta no respondería las preguntas que para ellos son relevantes. Esto redundaría muchas veces en una falta de interés de los clínicos en los datos que aporta la investigación, resultando casi un lugar común hablar de la “brecha entre la inves-

tigación y la clínica” (el libro de Talley, Strupp y Butler, 1994, se aboca justamente a este problema). Frente a esta crítica, pensamos que trabajos como el aquí presentado aportan a tender puentes entre estas dos orillas. Para el clínico puede resultar relevante, por ejemplo, estar atento a: la emergencia de los indicadores de cambio descritos; al orden de aparición de éstos, lo que marca un factor pronóstico; o a la aparición de indicadores de cambio extra-sesión conforme avanza la terapia.

En cuanto a desarrollos futuros de la línea de investigación a que corresponde el presente trabajo, corresponderá evaluar la evolución del cambio en terapias menos exitosas que las aquí presentadas; y se deberá triangular la información cualitativa con los datos cuantitativos arrojados por un instrumento que mide resultados terapéuticos (OQ-45 de Lambert, Hansen, Umphress, Lunnen, Okiishi & Burlingame, 1996, validado para población chilena por De la Parra & von Bergen, 2001) y con entrevistas de seguimiento en profundidad realizadas a terapeutas y consultantes.

REFERENCIAS

- Anderson, R. H. (1997a). *Conversation, language, and possibilities: A postmodern approach to therapy*. Nueva York: Basicbooks.
- Anderson, R. H. (1997b). Interpreting therapeutic process: A constructivist perspective. *Journal of Constructivist-Psychology*, 10, 297-319.
- Arístegui, R. (2000). Proyecto y performatividad en terapia gestáltica. Revista electrónica de epistemología de las ciencias sociales, *Cinta de Moebio*, 7. En <http://rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/moebio>.
- Arnold, E.G., Farber, B.A. & Geller, J.D. (2004). Termination, post termination, and internalization of therapy and the therapist: Internal representation and psychotherapy outcome. En D.P. Charman (Ed), *Core processes in brief psychodynamic psychotherapy: Advancing effective practice* (pp. 289-308). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Asay, T.P. & Lambert, M.J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: quantitative findings. En M.A. Hubble, B.L. Duncan & S.D. Miller (Eds), *The heart & soul of change. What works in therapy* (pp. 23-55). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Avendaño, C., Krause, M. & Winkler, M.I. (1993). Representaciones sociales y teorías subjetivas: relevancia teórica y aplicaciones empíricas, *Psyche*, 2, 107-114.
- Bachelor, A. & Salamé, R. (2000). Participant's Perceptions of Dimensions of the Therapeutic Alliance over the Course of Therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9, 39-53.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavior Change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Barton, S.B. & Morley, S.J. (1999). Specificity of reference patterns in depressive thinking: Agency and object roles in self-representation. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 4.
- Bastine, R., Fiedler, P. & Kommer, D. (1989). Was ist therapeutisch an der Psychotherapie? Versuch einer Bestandsaufnahme und Systematisierung der Psychotherapeutischen Prozeßforschung. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 18, 3-22.
- Berg, I.K. & De-Jong, P. (1996). Solution-building conversations: Co-constructing a sense of competence with clients. *Families in Society*, 77, 376-391.

- Bernal, G., Bonilla, J., Alvarez, M. A. & Greaux, B. (1993). The psychotherapy alliance as a predictor of outcome: a preliminary study. *Revista Interamericana de Psicología*, 27, 229-238.
- Bittner, U. (1981). Ein Klient wird "gemacht". En E. v. Kardorff & E. Koenen (Eds.), *Psyche in schlechter Gesellschaft - Zur Krise klinisch-psychologischer Tätigkeit* (pp. 103-137). München: Urban & Schwarzenberg.
- Blatt, S. J. & Felsen, I. (1993). Different kinds of folks may need different kinds of strokes: The effect of patients' characteristics on therapeutic process and outcome. *Psychotherapy Research*, 3, 245-259.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy*, 16, 252-260.
- Bozok, B. & Bühler, K.E. (1988). Wirkfaktoren der Psychotherapie - spezifische und unspezifische Faktoren. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 56, 119-132.
- Brown, J. (1987). A review of meta-analyses conducted on psychotherapy outcome research. *Clinical Psychology Review*, 7, 1-23.
- Chambless, D. L. (1998). Empirically Validated Treatments. En G.P. Koocher, J.C. Norcross & S.S. Hill III (Eds.), *Psychologists' Desk Reference*. Oxford: Oxford University Press.
- Connolly Gibbons, M. B. (2004). The role of interpersonal relationships in the process of psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 14, 401-414.
- Connolly, M. B. & Strupp, H. H. (1996). Cluster analysis of patient reported psychotherapy outcomes. *Psychotherapy Research*, 6, 30-42.
- Czagalik, D. (1990). Wirkfaktoren in der Einzelpsychotherapie. En V. Tschuschke & D. Czagalik (Eds.), *Was wirkt in der Psychotherapie?: Zur Kontroverse um die Wirkfaktoren* (pp. 7-30). Berlín: Springer.
- Czagalik, D. & Hettinger, R. (1988). Mehrebenenanalyse der psychotherapeutischen Interaktion: Eine Verlaufsstudie am Einzelfall. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 17, 31-45.
- De la Parra, G. & von Bergen, A. (2001). A single case brief psychodynamic psychotherapy follow-up with the Outcome Questionnaire OQ-45.2: A quantitative/qualitative assessment, 32° *Congreso Internacional de la Society for Psychotherapy Research*, Montevideo.
- Doucette, A., Bickman, L., Boyd, S. & Rumberger D. T. (2002). Therapeutic alliance: Measurement, research, and application. *33rd Annual Meeting. Society for Psychotherapy Research*. Santa Bárbara, California, Junio.
- Dreher, M., Mengele, U., Krause, R. & Kämmerer, A., (2001). Affective indicators of the psychotherapeutic process: an empirical case study. *Psychotherapy Research*, 11, 99-117.
- Duncan, B.L. & Moynihan, D. W. (1994). Applying outcome research: Intentional utilization of the client's frame of reference. *Psychotherapy*, 31, 294-301.
- Durlak, J. A. (1979). Comparative effectiveness of paraprofessional and professional helpers. *Psychological Bulletin*, 86, 80-92.
- Elliott, R. (1984). A discovery-oriented approach to significant change events in psychotherapy: Interpersonal process recall and comprehensive process analysis. En L. Rice & L.S. Greenberg (Eds.), *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process* (pp. 249-286). Nueva York: Guilford.
- Elliott, R. & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9, 443-467.
- Elliott, R. & Shapiro, D. A. (1992). Client and therapist as analysts of significant events. En S. G. Toukmanien & D.L. Rennie (Eds.), *Psychotherapy process research: Paradigmatic and normative approaches* (pp. 163-186). Newbury Park, CA: Sage.
- Elliott, R., Shapiro, D. A., Firth-Cozens, J., Stiles, W.B., Hardy, G.E., Llewellyn, S.P. & Margison, F. (1994). Insight in interpersonal-dynamic therapy: A comprehensive process analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 449-463.
- Elliott, R., Slatick, E. & Urman, M. (2001). Qualitative change process research on psychotherapy: Alternative strategies. *Psychologische Beiträge*, 43, 69-111.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy research: An evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 16, 319-324.
- Fiedler, P. & Rogge, K. E. (1989). Zur Prozeßuntersuchung psychotherapeutischer Episoden. Ausgewählte Beispiele und Perspektiven. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18, 45-54.
- Flick, U. (1991). *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit*. Heidelberg: Asanger.
- Fonagy, P. (2001). El proceso del cambio y el cambio de los procesos: qué puede cambiar en un "buen análisis". *Revista Chilena de Psicoanálisis*, 18, 80-96.
- Frank, J. D. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 25, 350-361.
- Frank, J. D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. En J.H. Harvey & M.M. Parks (Eds.), *The Master Lecture Series I. Psychotherapy Research and Behavior Change* (pp. 9-37). Washington: APA.

- Gaston, L. & Marmar, C.R. (1989). Quantitative and qualitative analyses for psychotherapy research: Integration through time-series designs. *Psychotherapy*, 26, 169-176.
- Geller, J. D. & Farber, B. A. (1993). Factors influencing the process of internalization in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 3, 166-180.
- Goldfried, M. R., Greenberg, L. S. & Marmar, C. R. (1990). Individual psychotherapy: Process and outcome. *Annual Review of Psychology*, 41, 659-688.
- Grawe, K. (1988). Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 17, 1-7.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N. & Elliott, R. (1993). *Facilitation Emotional Change*. Nueva York: The Guilford Press.
- Groebe, N., Wahl, D., Schlee, J. & Scheele, B. (1988). *Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien: Eine Einführung in die Psychologie des reflexiven Subjekts*. Tübingen: Francke.
- Hanna, F. J. & Ritchie, M. H. (1995). Seeking the active ingredients of psychotherapeutic change: Within and outside the context of therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 176-183.
- Helmeke, K. B. & Sprenkle, D. H. (2000). Clients' perceptions of pivotal moments in couples therapy: A qualitative study of change in therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 4, 469-483.
- Henry, W. P. (1998). Science, politics and the politics of science: The use and misuse of empirically validated treatment research. *Psychotherapy Research*, 8, 126-140.
- Hepner, P. P. & Claiborn, C. D. (1989). Social influence research in counseling: A review and critique. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 365-387.
- Hill, C. E. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 288-294.
- Hill, C. E., Thompson, B. J. & Williams, E. N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *Counseling Psychologist*, 25, 517-572.
- Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship: From transference to alliance. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 163-173.
- Horvath, A. O. (2001). The Impact of the Therapist as a Person, the Neglect Ingredient. Ponencia presentada en el *Encuentro de Investigación en Psicoterapia. Comité de Psicoterapia de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía y SPR* (Society for Psychotherapy Research), Maucó, Chile.
- Horvath, A. & Greenberg, L. S. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. En L. Greenberg & W. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 529-556). Nueva York: Guilford.
- Horvath, A. O. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561-573.
- Howard, K., Lueger, R., Maling, M.S. & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 678-685.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (1999) *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Joyce, A. S. & Piper, W. E. (1998). Expectancy, the therapeutic alliance, and treatment outcome in short-term individual psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 236-248.
- Karasu, T. B. (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: Toward identifying therapeutic change agents. *American Journal of Psychiatry*, 143, 687-695.
- Keinänen, M. (1999). The evolution of the internal dialogue during the psychoanalytic psychotherapy process. *American Journal of Psychotherapy*, 53, 529-543.
- Kelly, G. A. (1955). *The Psychology of Personal Constructs*. Nueva York: Norton.
- Kivlighan, D. M. & Gayle Arthur, E. (2000). Convergence in client and counselor recall of important session events. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 1, 79-84.
- Kowalik, Z. J., Schiepek, G., Kumpf, K., Roberts, L. E. & Elbert, T. (1997). Psychotherapy as a chaotic process: II. The application of nonlinear analysis methods on quasi time series of the client-therapist interaction: A nonstationary approach. *Psychotherapy Research*, 7, 197-218.
- Krause, M. (1991). "Ich glaube inzwischen schon, daß ich eine Neurose habe" - Veränderung von subjektiven Theorien durch Interaktion mit professionellen Helfern. En U. Flick (Ed.), *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit* (pp. 198-215). Heidelberg: Asanger.

- Krause, M. (1992a). *Erfahrungen mit Beratung und Therapie - Veränderungsprozesse aus der Sicht von KlientInnen*. Freiburg: Lambertus.
- Krause, M. (1992b). Efectos subjetivos de la ayuda psicológica - discusión teórica y presentación de un estudio empírico. *Psyche*, 1, 41-52.
- Krause, M. (1993). "Die Krisenambulanz ist dazu da, wenn zum Beispiel mein Psychologe verreist ist" - Hilfesuche im Versorgungsnetz aus Sicht der KlientInnen". En J. B. Bergold, & D. Filsinger (Eds.), *Vernetzung psychosozialer Dienste* (pp. 183-200). Weinheim - München: Juventa.
- Krause, M. (1998). Construcción y transformación de teorías subjetiva a través de la psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 7, 29-43.
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y Cambio. Una mirada desde la subjetividad*. Ediciones Universidad Católica.
- Krause, M. & Cornejo, M. (1997). Psicoterapia y percepción de cambios: su expresión en metáforas. *Terapia Psicológica*, 6, 83-91.
- Krause, M., Uribe, R., Winkler, M. I. & Avendaño, C. (1994). Caminos en la búsqueda de ayuda psicológica. *Psyche*, 3, 211-222.
- Krause, M. & Winkler, M. I. (1995). Soziale Repräsentationen psychologischer Interventionen unter Armutsbedingungen. *Journal für Psychologie*, 3, 31-44.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., Umphress, V., Lunnen, K., Okiishi, J. & Burlingame, G. M. (1996). *Administration And Scoring Manual for the OQ-45.2*. Wilmington, DE: American Professional Credentialing Services LLC.
- Levitt, H. (2001). Sounds of silence in psychotherapy: The categorization of client's pauses. *Psychotherapy Research*, 11, 295-309.
- Llewellyn, S. P., Elliott, R., Shapiro, D. A., Hardy, G., & Firth-Cozens, J. A. (1988). Client perceptions of significant events in prescriptive and exploratory periods of individual therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 105-114.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Luborsky, L., McLellan, T., Woody, G. E., O'Brian, C. P. & Auerbach, A. H. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.
- Mahrer, A.R. (1988). Discovery-oriented psychotherapy research. *American Psychologist*, 43, 694-702.
- Mahrer, A.R. & Nadler, W.P. (1986). Good moments in psychotherapy: A preliminary review, a list, and some promising research avenues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 10-15.
- Maione, P.V. & Chenail, R.J. (1999). Qualitative inquiry in psychotherapy: Research on the common factors. En M. A. Hubble, B.L. Duncan & S. D. Miller (Eds.) *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 57-88), Washington, DC: American Psychological Association.
- Marmar, C. R. (1990). Psychotherapy process research: Progress, dilemmas, and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 265-272.
- Märtens, M. (1991). "Meine Krankheit gehört mir gar nicht" - Subjektive Krankheitstheorien und ihre therapeutische Verflüssigung aus systemischer Sicht. En U. Flick (Ed.), *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit: subjektive Theorien und soziale Repräsentationen* (pp. 216-229). Heidelberg: Asanger.
- Martin, J. & Stelmaczonek, K. (1988). Participant's identification and recall of important events in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 4, 385-390.
- McLeod, J. (1998). *Narrative and psychotherapy*. Londres: Sage Publications.
- McLeod, J. & Balamoutsou, S. (1996). Representing narrative process in therapy: Qualitative analysis of a single case. *Counselling Psychology Quarterly*, 9, 61-76.
- Meltzoff, J. & Kornreich, M. (1970). *Research in Psychotherapy*. Nueva York: Atherton Press.
- Mergenthaler, E. (1998). Cycles of emotion-abstraction patterns: A way of practice oriented process research? *The British Psychological Society, Psychotherapy Section Newsletter*, 24, 16-29.
- Meyer, A.E. (1990). Eine Taxonomie der bisherigen Psychotherapieforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 14, 287-291.
- Mustaca, A. (2004). Tratamientos psicológicos eficaces y ciencia básica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36, 11-20.
- Nietzel, M.T. & Fisher, S.G. (1981). Effectiveness of professional and paraprofessional helpers: A comment on Durlak. *Psychological Bulletin*, 89, 355-365.
- Orlinsky, D. (1994). Research-based knowledge as the emergent foundation for clinical practice in psychotherapy. En P. Talley, H. Strupp & S. Butler (Eds.), *Psychotherapy Research and Practice* (pp. 98-123). Nueva York: Basic Books.
- Orlinsky, D.E. & Howard, K. I. (1987). A Generic Model of Psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 6-27.
- Orlinsky, D., Grawe, K. & Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy - Noch Einmal. En A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 270 -376). Nueva York: John Wiley & Sons.

- Parloff, M. B., Wolfe, B., Hadley, S. & Waskow, I.E. (1978). *Assessment of Psychosocial Treatment of Mental Disorders: Current Status and Prospects*. Rockville: National Institute of Mental Health.
- Polkinghorne, D. E. (1988). *Narrative Knowing and the Human Sciences*. Nueva York: State University of New York Press.
- Rees, A., Hardy, G. E., Barkham, M., Elliott, R., Smith, J.A. & Reynolds, S. (2001). "It's like catching a desire before it flies away": A comprehensive process analysis of a problem clarification event in cognitive-behavioral therapy for depression. *Psychotherapy Research, 11*, 331-351.
- Rice, L. & Greenberg, L.S. (1984). *Patterns of change*. Nueva York: Guilford.
- Roth, A. & Fonagy, P. (1996). *What works for whom?*. Nueva York: Guilford.
- Shilkret, R. & Shilkret, C.J. (1993). How does psychotherapy work? Findings of the San Francisco psychotherapy research group. *Smith College Studies in Social Work, 64*, 35-53.
- Shoham-Salomon, V. (1990). Interrelating research processes of process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 3, 295-303.
- Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Snyder, C. R., Michael, S.T. & Cheavens, J.S.(1999). Hope as a psychotherapeutic foundation of common factors, placebos, and expectancies. En M.A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The heart & soul of change. What works in therapy*, (pp. 179-200). Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Stiles, W. B. (1997). Consensual qualitative research: some cautions. *Counseling Psychologist, 25*, 586-598.
- Strupp, H. H. (1995). The psychotherapist's skills revisited. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2*, 70-74.
- Strupp, H. H. & Binder, J. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to Time-Limited Dynamic Psychotherapy*. New York: Basic Books
- Svartberg, M. & Stiles, T. C. (1994). Therapeutic alliance, therapist competence, and client change in short-term anxiety-provoking psychotherapy. *Psychotherapy Research, 4*, 20-33.
- Talley, P.F., Strupp, H. H. & Butler, S.F. (Eds) (1994). *Psychotherapy research and Practice: Bridging the Gap*. Nueva York: Basic Books.
- Tallman, K. & Bohart, A. C. (1999). The client as a common factor: Clients as self-healers. En M.A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 91-131). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Thompson, B. J. & Hill, C. E. (1993). Client perceptions of therapist competence. *Psychotherapy Research, 3*, 124-130.
- Tschuschke, V. & Czogalik, D. (1990). "Psychotherapie - Wo sind wir jetzt und wohin müssen wir kommen?" Versuche einer Integration. En V. Tschuschke & D. Czogalik (Eds.), *Was wirkt in der Psychotherapie?: Zur Kontroverse um die Wirkfaktoren* (pp. 407-412). Berlin: Springer.
- Vandenbos, G. R. & Pino, C. D. (1980). Research on the outcome of psychotherapy. En G. R. Vandenbos (Ed.), *Psychotherapy: Practice, Research, Policy* (pp. 23-70). Beverly Hills: Sage.
- Walborn, F. S. (1996). *Process variables: Four common elements of counseling and psychotherapy*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Model, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Winkler, M. I. (1999). *Psicoterapia: logros y tareas pendientes*. Conferencia Jornadas "Evaluación de Servicios de Psiquiatría y Salud Mental en Hospitales Generales". Olmué, Chile.
- Winkler, M. I., Avendaño, C., Krause, M. & Soto, A. (1993). El cambio psicológico desde la perspectiva de los consultantes. *Terapia Psicológica, 20*, 7-19.
- Wiser, S. & Goldfried, M. R. (1996). Verbal interventions in significant psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapy sessions. *Psychotherapy Research, 6*, 309-319.
- Wittmann, W. W. & Matt, G. E. (1986). Meta-Analyse als Integration von Forschungsergebnissen am Beispiel deutschsprachiger Arbeiten zur Effektivität von Psychotherapie. *Psychologische Rundschau, 37*, 20-40.
- Wright, J.H. & Davis, D. (1994). The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy: Patient perceptions and therapist responses. *Cognitive and Behavioral Practice, 1*, 25-45.

Recepción: Mayo de 2005

Aceptación final: Marzo de 2006