

CUATRO TERAPIAS PSICODINÁMICAS BREVES EXITOSAS ESTUDIADAS A TRAVÉS DE LOS INDICADORES GENÉRICOS DE CAMBIO*

O. Echávarri**, A. González***, M. Krause***, A. Tomicic***, C. Pérez***, P. Dagnino**, G. De la Parra**, N. Valdés***, C. Altimir***, O. Vilches***, K. Strasser***, I. Ramírez*** y L. Reyes**

Resumen

Se estudió el cambio psicoterapéutico en cuatro psicoterapias psicodinámicas relacionando: microcambios del proceso, evaluados a través de la jerarquía de Indicadores Genéricos de Cambio (IC), con los resultados en "malestar subjetivo", "funcionamiento interpersonal" y "rol social", medidos por el OQ 45.2 de Lambert. En las cuatro psicoterapias se observó una correlación positiva entre el avance de las sesiones y el nivel jerárquico de los indicadores. En dos de las psicoterapias estudiadas, en que se aplicó el OQ 45.2 en cada sesión, se presentó una correlación significativa entre el progreso de las sesiones y el efecto terapéutico. En una de las terapias los resultados indican que al incorporar el avance de las sesiones, en forma conjunta con el IC intra sesión, el efecto de la sesión en el "malestar subjetivo" disminuye significativamente. Esto permite plantearse la hipótesis acerca del rol mediador de los IC en el efecto terapéutico.

Palabras clave: indicadores de cambio, proceso psicoterapéutico, psicoterapia psicodinámica breve.

Key words: indicators of change, psychotherapeutic process, short-term psychodynamic psychotherapies.

Actualmente se puede sostener que las psicoterapias psicodinámicas breves (PPB) son una alternativa terapéutica que goza de sustento empírico acerca de su eficacia. Así lo muestra el meta análisis realizado por Leichsenring, Rabung & Leibing (2004) quienes plantean que la PPB (al igual que otras formas de psicoterapia) es mejor que placebo, que no hacer nada o esperar, y que en trastornos psiquiátricos es más eficaz combinada con farmacoterapia. Los efectos de PPB tienden a aumentar o mantenerse en los seguimientos, indicando su estabilidad. Sin embargo, Leichsenring, Rabung & Leibing (2004) también llegan

a la conclusión de que se requieren estudios sobre los "ingredientes activos" de las PPB. Los estudios incluidos en este meta-análisis, al igual que la mayoría de las investigaciones sobre efectos psicoterapéuticos, basan la evidencia de mejoría en medidas de efecto centradas en problemas específicos, sintomatología psiquiátrica general y funcionamiento social después de la psicoterapia. Sin embargo, estas mediciones resultan insuficientes para evaluar el proceso de cambio durante el curso de la terapia. Como plantean Blatt y Auerbach (2003) "en la investigación de resultados el foco predominante sobre la reducción sintomática revela poco acerca de la naturaleza del cambio terapéutico" (p. 269, traducción de los autores). De esta manera se ha enfatizado la necesidad de ir más allá de los síntomas y considerar otros aspectos como indicadores del efecto psicoterapéutico. Por ejemplo, en los tratamientos psicodinámicos, la acción terapéutica puede estar más bien dirigida hacia la promoción del autoconocimiento y el cambio

** Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Vicuña Mackenna 4860, Macul, Santiago, Chile.

Orietta Echávarri Vesperinas, e-mail: oechava@med.puc.cl

*** Escuela de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Pontificia Universidad Católica de Chile, Vicuña Mackenna 4860, Macul, Santiago, Chile.

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XVIII p.p. 5-19
© 2009 Fundación AIGLÉ.

(*) Investigación financiada por el Fondo Nacional de Ciencia y Tecnología de Chile (FONDECYT N° 1030482, 1060768 y 1080136).

en estructuras mentales y dimensiones de la personalidad. Por su parte, Greenberg & Pinsof (1986) y Wampold (2006) han establecido la distinción entre los resultados finales de la psicoterapia –“big O”– y el efecto terapéutico que puede observarse a través de las sesiones, en el curso del tratamiento –“little o”–. En esta línea de investigaciones centradas en el estudio de acontecimientos terapéuticos significativos, o pequeños cambios, que ocurren en el proceso de tratamiento, Stiles y su equipo (Stiles, et al., 2006 y Detert, et al., 2006) han descrito el proceso de cambio a través de una serie de pasos en la asimilación de experiencias problemáticas definidas como centrales en el trabajo terapéutico.

Es así como parece necesario complementar las habituales mediciones de resultados con métodos sensibles a las manifestaciones del cambio a través del proceso. Blatt & Auerbach (2003) afirman que la evaluación sistemática de pacientes durante el tratamiento parece ser una manera efectiva para evaluar cambio terapéutico, proponiendo que dicha evaluación sea realizada a través de observaciones periódicas.

En otros términos, la pregunta es: ¿Cómo podemos evaluar los “little o”? Este tipo de preguntas ha dado lugar a investigaciones de proceso-resultado, en las cuales se estudia cómo los resultados finales (“big O”) se relacionan con, y se van desarrollando y construyendo, a través de manifestaciones de micro-cambio (“little o”), que pueden referirse a distintos aspectos de la evolución del paciente.

Krause et al. (2006, 2007) proponen una serie de indicadores de cambio (IC) que son observables en las sesiones psicoterapéuticas. Estos indicadores son genéricos, en el sentido que pueden observarse en diferentes formas de psicoterapia, y cada indicador representa un tipo específico de cambio de acuerdo al contenido o la naturaleza de aquello que está cambiando. Los indicadores de cambio están ordenados jerárquicamente de acuerdo a las etapas de la psicoterapia, sustentándose en la premisa que el proceso psicoterapéutico es una serie variable de fases en las cuales se espera encontrar momentos de cambio (Morgan & Mac Millan, 1999; Greenberg, 1999; Elliot, 1984; Hill, 2005; Fontao & Mergenthaler, 2005). Como Elliott (1984) señala: “La investigación en psicoterapia puede ser más útil si se enfoca en los momentos de cambio” y “debido a que los momentos de cambio son infrecuentes y complejos, se deberían estudiar cercana y profundamente” (pág. 251, traducción de los autores). Krause (2005) sostiene que el cambio psicoterapéutico evoluciona en etapas, que son construidas unas sobre otras, en las cuales el nivel de complejidad de los patrones de explicación e interpretación aumenta progresivamente. Es así como los IC están ordenados jerárquicamente, de manera que ciertos indicadores se espera sean observados más frecuentemente en etapas iniciales del proceso y otros serían característicos de etapas medias o finales de la psicoterapia. La Tabla 1 presenta la jerarquía de indicadores de cambio, publicada previamente (Krause et al., 2006).

Tabla 1. Indicadores Genéricos de Cambio

<i>Numeración</i>	<i>Contenido conceptual</i>
1	<i>Aceptación de la existencia de un problema.</i>
2	<i>Aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda.</i>
3	<i>Aceptación del terapeuta como un profesional competente.</i>
4	<i>Expresión de esperanza (“remoralización” o expectativa de ser ayudado o de superar los problemas).</i>
5	<i>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.</i>
6	<i>Expresión de la necesidad de cambio.</i>
7	<i>Reconocimiento de la propia participación en los “problemas”.</i>
8	<i>Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo.</i>
9	<i>Manifestación de un comportamiento o de una emoción nueva.</i>
10	<i>Aparición de sentimientos de competencia.</i>
11	<i>Establecimiento de nuevas conexiones entre:</i> -Aspectos propios (creencias, conductas, emociones, etc.) -Aspectos propios y del entorno (personas o sucesos) -Aspectos propios y elementos biográficos.
12	<i>Reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas.</i>

- 13 *Transformación de valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros.*
- 14 *Formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo a través de la interconexión de aspectos personales y del entorno incluyendo problemas y síntomas.*
- 15 *Enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía.*
- 16 *Autonomía en cuanto al manejo propio del contexto de significado psicológico.*
- 17 *Reconocimiento de la ayuda recibida.*
- 18 *Disminución de la asimetría entre paciente y terapeuta.*
- 19 *Construcción de una Teoría Subjetiva, biográficamente fundada, sobre sí mismo y la relación con el entorno (indicador global).*

La concepción de cambio que subyace a esta jerarquía de indicadores se sustenta en el concepto de Teoría Subjetiva definido por Groeben, Wahl, Schlee, y Scheele (1988) como “cogniciones sobre la visión de uno mismo y el mundo, que pueden ser comprendidas como un conjunto complejo que tiene una estructura argumentativa, al menos implícita, y que cumplen las funciones de explicación, predicción y tecnología que a su vez están contenidas en las teorías científicas” (pág. 674, traducción de los autores). Es así como el cambio psicoterapéutico se comprende como un cambio en los patrones subjetivos de interpretación y explicación que llevan al desarrollo de nuevas teorías subjetivas comprensivas de sí mismo.

De acuerdo con su contenido conceptual, los IC se pueden agrupar en tres categorías, que representan distintas fases en el desarrollo del cambio psicoterapéutico, y se describen a continuación.

Fase inicial: consolidación inicial de la estructura de la relación terapéutica

En esta fase se espera la expresión de momentos de cambio principalmente correspondientes a los IC 1 al 7. Para comenzar y avanzar en un proceso terapéutico se requiere haber experimentado ciertos pasos, algunos de los cuales caracterizan el proceso de tomar la decisión y buscar la ayuda necesaria. En otros casos, especialmente cuando el paciente es derivado por un tercero, estos cambios serán un desafío de las primeras sesiones. En esta primera fase es fundamental la aceptación de la existencia de un problema y la aceptación de la necesidad de ayuda especializada. Esto significa la aceptación de los propios límites de afrontamiento y la aceptación del terapeuta como un profesional experto y competente que es capaz de brindar ayuda (Krause, 2005). Otro de los primeros cambios que se observan en la fase inicial de la psicoterapia es la expresión de esperanza y confianza. Leiman (2006) enfatiza el rol de la confianza cuando afirma: “en psicoterapia, es bien reconocido que el cliente no podrá hablar de temas que son potencialmente sensibles y humillantes hasta que no desarrolle suficiente confianza

en la relación terapéutica” (pág. 3, traducción de los autores). En el modelo de fases terapéuticas (Howard, Lueger, Maling y Martinovich, 1993) se define esta fase como “remoralización”, un concepto tomado de Frank (1982) que se identifica con el aumento del bienestar. En las primeras sesiones se establecen las bases para la alianza terapéutica, incluyendo los acuerdos respecto a las tareas y objetivos terapéuticos y el lazo o vínculo afectivo positivo. Bordin (1979) y Morgan & MacMillan, (1999) describen esta fase inicial como una evaluación y construcción de la relación terapéutica cuyo objetivo es el desarrollo del insight. En relación a esto, ellos sostienen que “el terapeuta crea un ambiente contenedor que provee un lugar seguro en el cual el paciente pueda procesar sus recuerdos dolorosos. Con la ayuda del terapeuta, el cliente puede explorar su ‘mundo interno’, la manera de darle sentido a su vida y cómo las experiencias tempranas moldearon sus patrones de vida” (pág. 156, traducción de los autores). En esta misma línea, Hill (2005) afirma que “el objetivo de esta fase es que el terapeuta y el cliente establezcan una conexión. El cliente debe decidir que el terapeuta es confiable y que, por lo tanto, es seguro proceder. El terapeuta debe decidir que quiere trabajar con este cliente y debe concebir que el cambio es posible” (pág. 434, traducción de los autores).

Adicionalmente, la experiencia clínica muestra que, para avanzar en el proceso terapéutico a cambios de otro orden, como nuevos insights, es necesario que el paciente dé muestras de flexibilidad y apertura a nuevas formas de entendimiento (IC 6) y sea capaz de reconocer la existencia de aspectos de sí mismo que participan en el desarrollo y/o mantenimiento de los problemas (IC 7), en contraste con la atribución externa de las causas del propio sufrimiento.

Fase media: Permeabilidad creciente hacia nuevos significados

El fortalecimiento de la relación terapéutica experimentado en la primera fase del tratamiento, sienta las bases para los cambios observables en el paciente en esta segunda etapa, los que se opera-

cionalizan a través de los Indicadores de Cambio 8 a 13. Estos cambios incluyen emociones, cogniciones, valorizaciones y conductas. Elliott (1984) mostró que los clientes reportan una sensación de novedad y alivio, una sensación de conexión y que se sienten estimulados cognitivamente. Stern et al. (1998) describen cómo ocurre el cambio en psicoterapia de la siguiente manera: “Cuando ocurre un cambio en el ambiente intersubjetivo es porque un ‘momento de encuentro’ lo precipitó. El cambio se sentirá y este nuevo y alterado ambiente actuará entonces como un nuevo contexto efectivo en el cual ocurrirán y se dará forma a subsecuentes acciones mentales y en el cual se reorganizarán los eventos pasados” (pág. 906, traducción de los autores). De acuerdo con el modelo de etapas terapéuticas de Hill (2005), el trabajo central de la terapia se llevaría a cabo en esta etapa. “El cliente se empieza a sentir mejor y los pensamientos, sentimientos y conductas empiezan a cambiar; él o ella se siente más esperanzado(a) y más cercano(a) al terapeuta” (pág. 437, traducción de los autores). En el modelo de fases terapéuticas (Howard, et al., 1993) se define esta fase como *remedio* y se le identifica con el aumento en el alivio sintomático. Por su parte, Morgan y MacMillan (1999) describen esta etapa como “una fase de reestructuración experiencial y cognitiva cuyo objetivo es promover el insight a través de sentimientos, pensamientos y conductas” (pág. 153, traducción de los autores). Además, sostienen que “esta nueva comprensión puede ser integrada a medida que el cliente empieza a formar nuevas representaciones y a medida que empieza a alterar de una forma terapéutica su visión del mundo” (pág. 156, traducción de los autores). En este sentido el trabajo terapéutico requiere, además de una relación terapéutica confiable y reparadora, un contexto de significados simbólicos compartido entre terapeuta y paciente. Así será posible la construcción y reconstrucción de significados. Al respecto, Russell (1998), refiriéndose al lenguaje, dice: “El lenguaje constituye un espacio público e intersubjetivo, un contexto compartido de significados simbólicos. La principal tarea de la psicoterapia, cuando ésta es vista en un nivel discursivo, es la construcción y re-construcción del mundo simbólico” (pág. 17, traducción de los autores).

Fase final: Construcción y consolidación de los nuevos significados

En esta fase tendrían lugar los cambios correspondientes a los indicadores 14 al 19, donde el aumento de bienestar y las resignificaciones permiten la interconexión y articulación de diferentes cambios parciales ya logrados, encaminándose hacia la construcción de una nueva teoría subjetiva acerca de sí

mismo. Russell (1998) se refiere a la transformación de la narrativa que el paciente tiene acerca de sí mismo y el mundo: “Uno de los principales objetivos de la mayoría de las terapias es cambiar la representación cognitiva que el paciente tiene de los eventos. La manera en la cual los eventos están configurados causal y temporalmente en la narrativa juega un rol importante en la formación de representaciones narrativas” (pág. 23, traducción de los autores). Por su parte, Morgan & MacMillan (1999) describen esta última fase como: “una fase conductual cuyo objetivo es promover un cambio o crecimiento cualitativo” (pág. 153, traducción de los autores) y agregan que “la reestructuración cognitiva incluye una nueva y adaptable manera de pensar y de afrontar las situaciones problemáticas” (pág. 157, traducción de los autores).

Paralelamente, se observan expresiones de una creciente autonomía. El terapeuta puede experimentar algo así como que el paciente “trabaja solo”, está más contenido, y es capaz de una mayor autocontención; que ha internalizado el modo de reflexionar acerca de lo que le sucede. Esta autonomía se acompaña de sentimientos de competencia personal que hacen que se sienta capacitado para continuar la vida sin el apoyo del terapeuta. En el modelo de fases terapéuticas (Howard, et al., 1993) se define esta fase como *rehabilitación* y se la identifica con la reducción de dificultades en el funcionamiento de la vida diaria. En el mismo sentido, Hill (2005) se refiere a ésta, la última fase, planteando que “el objetivo de la etapa de cierre es ayudar al cliente a dejar la terapia sintiéndose bien acerca de lo que ha logrado para enfrentar la vida sin la ayuda del terapeuta” (pág. 438, traducción de los autores). Complementariamente, en esta fase final de la psicoterapia, son frecuentes los balances espontáneos, que comparan la situación actual, tanto con el malestar inicial como con las expectativas del comienzo del proceso. Es así como suelen observarse muestras de gratitud y de reconocimiento por la ayuda recibida (IC 17).

En cuanto a la presencia de indicadores de cambio en el proceso terapéutico se hipotetiza: (a) la presencia de indicadores de diferente nivel jerárquico a lo largo de las terapias, (b) tratándose de psicoterapias breves, se espera una menor frecuencia de indicadores de más alto nivel jerárquico, (c) una evolución ascendente de los indicadores de cambio en la medida que avanza el número de la sesión y (d) un descenso de los puntajes del OQ-45.2. Por último, (e) se espera que el aumento en el nivel jerárquico de los IC se asocie con la disminución del puntaje en el OQ-45.2.

Método

Muestra

La muestra está constituida por cuatro PPB que se ajustan a la descripción realizada por Shapiro et al., (2003); Leichsenring, Rabung y Leibing, (2004); Svartberg, Seltzer, Choi & Stiles (2001) como psicoterapias con no más de 25 sesiones, que tienen lugar una o dos veces a la semana, en un contexto cara a cara, cuyas técnicas incluyen reflexión, clarificación, interpretación y confrontación, pero con algunas elaboraciones y modificaciones de los principios generales de la psicoterapia psicoanalítica. Las terapias breves con orientación psicodinámica, se caracterizan también por tener un terapeuta más activo, por el énfasis en la alianza terapéutica y por la definición de objetivos terapéuticos. Otro aspecto importante de las mismas, es que se ha incrementado el foco en el “aquí y ahora” y en las estructuras cognitivas de un nivel más complejo.

Las cuatro terapias estudiadas son homogéneas en varios aspectos: los participantes son terapeutas varones con experiencia en terapias psicodinámicas y las pacientes son mujeres cuya problemática estaba centrada en la relación de pareja. Además, las cuatro terapias son catalogadas como exitosas de acuerdo a los criterios que se presentan en la sección *Instrumentos*. Las sesiones se llevaron a cabo frente a frente y ninguno de los terapeutas utilizó manual de tratamiento. La información detallada sobre la muestra de psicoterapias se muestra en la Tabla 2.

- Correspondencia teórica: se refiere a que los contenidos del momento de cambio deben corresponder a alguno de los indicadores de cambio previamente expuestos.

- 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. (Ver distinción entre cambio intra y extra sesión en sección *análisis cualitativo*).

- Novedad: significa que el fenómeno debe manifestarse por primera vez.

- 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.

Cuestionario para Evaluación de Resultados y Evolución en Psicoterapia (OQ-45.2): Este cuestionario (Lambert, et. al., 1996) es un auto-reporte que mide los resultados psicoterapéuticos a través de tres áreas: (a) sintomatología, (b) relaciones interpersonales y (c) rol social. Este instrumento fue adaptado y validado en Chile (De la Parra & Von-Bergen, 2001) y es sensible a detectar psicopatología y cambio terapéutico a través del proceso. En las terapias I y II se aplicó al principio y al final del proceso y en las terapias III y IV se aplicó sesión a sesión.

Puntajes del OQ-45.2: Cada ítem se puntúa de 1 a 4 puntos en una escala Likert de manera que el rango del puntaje puede ir de 0 a 180 puntos. A mayor puntaje, mayor disconfort psicológico. La suma del

Tabla 2. Características de las psicoterapias estudiadas

Terapia	Orientación Teórica	Modalidad	Duración	Sexo px	Edad	Ocupación	Foco de la terapia	Especialización del terapeuta	Sexo terapeuta
I	Psicodinámica	Individual	23 sesiones	F	29	Enfermera	Problemas de pareja	Psiquiatra psicoanalista	M
II	Psicodinámica	Individual	18 sesiones	F	38	Profesora	Divorcio	Psiquiatra psicoanalista	M
III	Psicodinámica	Individual	21 sesiones	F	43	Directora de Escuela	Maltrato psicológico	Psiquiatra psicoanalista	M
IV	Psicodinámica	Individual	20 sesiones	F	42	Dueña de casa	Infidelidad conyugal	Psiquiatra psicoanalista	M

Instrumentos

Jerarquía de Indicadores Genéricos de Cambio (ver Tabla 1): se utilizó como guía para la observación y categorización de momentos de cambio. A continuación se presentan los criterios que debe cumplir un momento de cambio para ser considerado como tal. Por lo tanto, son requisitos para identificar y seleccionar momentos de cambio:

puntaje de cada ítem provee un puntaje total y un puntaje por cada una de las tres subescalas. Según las normas chilenas el puntaje de corte que separa a la población funcional de la disfuncional es 73 (PC = 73). El Índice de Cambio Confiable (ICC) es la diferencia entre el puntaje inicial y el puntaje final e indica que el cambio es estadísticamente significativo. Para la población chilena el ICC es 17. Se consideró una

terapia exitosa si las pacientes lograban el ICC en la escala de OQ total, lo que ocurrió en las cuatro terapias. La información sobre los puntajes del OQ-45.2 se muestra en la tabla 5 en los resultados.

Análisis de Datos

Análisis Cualitativo

Los momentos de cambio fueron identificados a través de un análisis cualitativo de las sesiones psicoterapéuticas realizado por observadores expertos entrenados. Las sesiones, videograbadas y transcriptas, se analizaron intersubjetivamente utilizando la jerarquía de indicadores de cambio a modo de guión de observación. La selección definitiva de los momentos de cambio y la determinación del IC correspondiente requirió una triangulación por investigadores en dos etapas: una preselección en grupos de tres investigadores y luego la selección definitiva con todo el equipo de investigación.

Este análisis permitió observar que los pacientes, durante las sesiones, hacen referencia a cambios experimentados entre las sesiones, en su vida cotidiana, y que relacionan explícitamente con la experiencia psicoterapéutica. Relatan, por ejemplo, situaciones que vivenciaron o manejaron de un modo nuevo, lo que es expresado con verbalizaciones del tipo: "...antes no habría podido... era típico en mí y ahora... por primera vez que...". Estas referencias fueron consignadas como "cambios extra sesión", diferenciándolos de los "cambios intra sesión" que se producen durante el transcurso de alguna de las sesiones psicoterapéuticas, en el aquí y ahora.

Análisis Cuantitativo

Se realizó un análisis descriptivo de las frecuencias de presentación de los diferentes IC en las psicoterapias estudiadas. Se aplicaron correlaciones de Spearman para analizar la evolución de los IC, y de los puntajes del OQ-45.2, a través de la progresión de las sesiones psicoterapéuticas y evaluar así la relación entre estos puntajes y los IC. Como unidad de análisis se utilizó el Indicador de Cambio, que se asoció con la sesión en la cual se observó y el correspondiente puntaje OQ-45.2, por lo cual, el N de cada correlación corresponde al número de IC observado en cada terapia. Debido a que el OQ-45.2 se administró al inicio de cada sesión, se consideró que este puntaje tiene una relación diferente con los indicadores intra y extra sesión. Para el caso de los IC intra sesión, se calculó la correlación de Spearman con el puntaje OQ obtenido en la sesión *posterior* a aquella en la cual se observó el IC, asumiendo que

el cambio observado en la sesión sólo podía influir en el puntaje OQ de la sesión siguiente. Para el caso de los IC extra, en cambio, se consideró que, ya que el IC extra sesión es una manifestación de un cambio ocurrido *antes* de la sesión en cuestión, este cambio podría haber influido en el puntaje OQ obtenido al inicio de la misma sesión en que se observó el IC extra sesión, y por lo tanto se calculó la correlación con el puntaje OQ de la sesión *actual*. Considerando que las terapias III y IV (que cuentan con OQ cada sesión) presentan rangos de puntajes muy diferentes, se calcularon los coeficientes de correlación en conjunto y por separado para estas terapias.

Finalmente, se procedió a realizar un análisis de regresión múltiple para determinar si la disminución del puntaje OQ con el transcurrir del tiempo está *mediada* por los IC. Tomando en cuenta las diferencias entre las terapias III y IV, se realizó el análisis por separado para ambas, considerando los casos que presentaban una correlación significativa entre el mediador y la variable dependiente. Por ello, se incluyó en el análisis la totalidad de los IC extra sesión de la terapia III y los IC intra sesión que se relacionaban con las subescalas malestar subjetivo (síntomas) y funcionamiento interpersonal en la terapia IV. Se ingresó en primer lugar la sesión como predictor del puntaje OQ, y posteriormente la variable mediadora, específicamente el IC (intra o extra sesión, según sea el caso), evaluándose la disminución en el coeficiente de regresión correspondiente a la evolución del tiempo (sesión) y su significación, al considerar el modelo del efecto conjunto del tiempo y los IC sobre los puntajes OQ-45.2.

Resultados

Frecuencias de los IC en las cuatro PPB

Como se puede observar en las tablas 3 y 4, en términos generales, se presentó un amplio rango de IC, tanto intra como extra sesión, a lo largo de todos los procesos terapéuticos. En las cuatro terapias estudiadas predominaron los indicadores de nivel medio (IC 8-13), que tienden a ser el doble que los de nivel alto y bajo. Desde el punto de vista de la frecuencia se destacaron los indicadores 8 y 11 intra sesión y 9 extra sesión. De los IC correspondientes a la fase inicial de la psicoterapia fueron más prominentes los IC intra sesión 3 y 5, que aluden a la aceptación del terapeuta como un profesional competente y a los primeros cuestionamientos de formas habituales de entendimiento y de reacción. De los IC correspondientes a la fase media se presentaron con mayor frecuencia los IC 8, 9, 10, 11 y 13. De aquéllos IC propios de la fase final de la psicoterapia los que más se observaron fueron los IC 14, 16, 17 y 18. Información

más detallada se presenta a continuación y en las tablas 3 y 4, diferenciando los IC intra sesión de los IC extra sesión.

Indicadores de Cambio intra sesión

La Tabla 3 muestra la distribución de frecuencias de los IC intra sesión en las cuatro terapias. Tomadas conjuntamente, se identificó con mayor frecuencia los IC 8 e IC 11, ambos característicos de la fase media de la psicoterapia. Estos indicadores se refieren al descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo y al establecimiento de nuevas conexiones entre diferentes aspectos de sí mismo, experiencias actuales y biográficas, y aspectos del entorno. Estos IC, representan momentos de cambio cuya naturaleza corresponde a lo que habitualmente llamamos insight. Su predominancia en estas cuatro terapias, realizadas por terapeutas psicoanalíticos, es consistente con el propósito de este enfoque, que busca promover el auto-conocimiento y la comprensión de sí mismo a través del insight.

Como se puede apreciar en la Tabla 3, en un segundo nivel de predominancia se destacan los IC 3, 5, 9, 14 y 18, que corresponden a diferentes fases de la psicoterapia. El IC 3 se refiere a expresiones verbales explícitas de aceptación del terapeuta como un profesional competente capaz de brindar la ayuda necesaria. El IC 5 denominado "Descongelamiento" corresponde a los primeros cuestionamientos acerca de formas habituales de comprender o reaccionar. Indica una apertura a nuevas formas de entendimiento o una percepción autocrítica. El IC 9 muestra la manifestación de nuevas conductas en la interacción con el terapeuta, durante la sesión. Por ejemplo, en el caso de la terapia II, la paciente se caracterizó por sus rasgos de sometimiento (siendo esto uno de los temas centrales que se analizaron, tanto respecto a la relación con su reciente ex marido, como con el terapeuta), y de pronto la paciente se condujo con el terapeuta de manera asertiva y no sometida, siendo capaz de decirle muy apropiadamente, aquello que le disgusta de él y que la hace sentirse presionada. El IC 14 se refiere a la creación de nuevos constructos con respecto a sí mismo a través de la interconexión

Tabla 3. Distribución de frecuencias de los IC intra sesión por psicoterapia

Nivel del IC	IC	TI	TII	TIII	TIV	Total
Nivel Bajo	1					
	2					
	3	1 (10%)		2 (8%)	1 (4.5%)	4 (5.7%)
	4				1 (4.5%)	1 (1.4%)
	5	2 (20%)	1 (7%)	2 (8%)	2 (9%)	7 (10%)
Nivel Medio	6					
	7		2 (14%)		1 (4.5%)	3 (4.3%)
	8	2 (20%)	6 (43%)	4 (17%)	5 (23%)	17 (24.3)
	9	1 (10%)	2 (14%)	4 (17%)	1 (4.5%)	8 (11.4%)
	10	1 (10%)				1 (1.4%)
Nivel Alto	11	1 (10%)	1 (7%)	5 (21%)	4 (18%)	11 (15.7%)
	12			1 (4%)	1 (4.5%)	2 (3%)
	13			1 (4%)	1 (4.5%)	2 (3%)
	14		1 (7%)	3 (12%)	1 (4.5%)	5 (7%)
	15				2 (9%)	2 (3%)
Nivel Alto	16			1 (4%)		1 (1.4%)
	17			1 (4%)	1 (4.5%)	2 (3%)
	18	2 (20%)	1 (7%)		1 (4.5%)	4 (5.7%)
	19					
	Total	10 (100%)	14 (100%)	24 (100%)	22 (100%)	70 (100%)

de aspectos personales y del entorno, incluyendo problemas y síntomas. Corresponde a un indicador de nivel alto ya que implica una mayor elaboración en el proceso de cambio en los patrones comprensivos personales. El IC 18, es característico de la fase final de la psicoterapia e incluye aquellas señales de disminución de la asimetría en la relación terapéutica. Si bien ambos se mantienen en sus roles, el mayor bienestar y la creciente autonomía del paciente, generan una dinámica relacional en que el paciente no está tan necesitado de ayuda y el terapeuta está menos idealizado. Hay un mayor conocimiento mutuo, y todo esto disminuye la distancia entre ellos.

En relación al IC 15, éste se codifica cuando el paciente espontáneamente relaciona los nuevos constructos que va desarrollando, acerca de sí mismo, con un antecedente de su biografía, y se observó en 2 de las 4 terapias y con baja frecuencia. Si bien podría haberse esperado una mayor frecuencia de este IC, considerando que se trata de terapias psicodinámicas, es necesario tomar en cuenta que fueron terapias breves, más centradas en el presente. Posiblemente en terapias de largo plazo este IC se observe más frecuentemente.

Indicadores de Cambio extra sesión

En los IC extra sesión se aprecia una clara predominancia del IC 9 (ver Tabla 4). Esto es concordante con la naturaleza conductual de este indicador. Se consignó cuando la paciente hizo referencia explícita a alguna situación de su vida actual que pudo manejar, reaccionar o experimentar de modo distinto y novedoso, refiriéndolo claramente como un cambio y relacionándolo a la experiencia terapéutica. Por ejemplo, en la sesión N°11 de la terapia II, la paciente relata como pudo actuar de manera distinta en relación a su ex marido y no promover que él se comunique

con los hijos: "...ayer los llamó, no lo había hecho en toda la semana... yo pensaba que si antes los llamaba era porque yo había intervenido diciéndole que era conveniente... pero ya no estoy preocupada de eso." En la sesión N°12 se confirma este cambio cuando ella dice: "He notado cambio, ya no me voy a preocupar más de lo que es correcto o no que él haga con los chiquillos".

En un segundo nivel de predominancia se observan los IC 10, 11, 13, 16 y 17. El IC 10 corresponde a la expresión de nuevos sentimientos de competencia experimentados en el contexto extra sesión. Los IC 11 y 13 son expresiones de nuevas conexiones o cambios en las valoraciones de experiencias o aspectos de sí mismo u otros que se experimentan en la vida cotidiana y son relatados en sesión. Por su parte los IC 16 y 17 se refieren a la autonomía respecto al manejo del contexto de significados psicológicos y al reconocimiento de la ayuda recibida respectivamente. El hecho que se registren este tipo de cambios fuera de las sesiones muestra como el proceso de cambios –a nivel cognitivo, representacional y afectivo– ocurre y se manifiesta más allá de la sesión. En la sesión N° 17, la paciente de la terapia II dice: "...he estado analizándome y pienso que sí estoy mejor, y creo que eso es gracias a la terapia (IC 17)... he estado tranquila, he tratado de ver las cosas sin arrancarme, sin huir de ello... lo he llevado a la mente y lo he analizado, y no me ha afectado, así como con ganas de no saber nada más, de bloquearme (IC 16)... sí, creo que en eso he avanzado".

Cabe mencionar que los primeros IC (IC 1 y 2) no se observaron, posiblemente porque estos cambios formaron parte de la toma de decisión de consultar y del proceso de búsqueda de ayuda, previo a la primera sesión psicoterapéutica.

Tabla 4. Distribución de frecuencias de los IC extra sesión por psicoterapia

Nivel del IC	IC	T I	T II	T III	T IV	Total
Nivel Bajo	1					
	2					
	3					
	4			1 (5.3%)		1 (1.4%)
	5			3 (15.8%)	1 (5.6%)	4 (5.5%)
	6	1 (7.%)			1 (5.6%)	2 (2.7%)
	7			3 (13.6%)	1 (5.3%)	4 (5.5%)

Nivel del IC	IC	T I	T II	T III	T IV	Total
Nivel Medio	8		2 (9%)		2 (11.1%)	4 (5.5%)
	9	4 (28.6%)	5 (22.7%)	5 (26.3%)	6 (33.3%)	20 (27.4%)
	10	2 (14.3%)	1 (4.5%)	4 (21%)		7 (9.6%)
	11	2 (14.3%)	1 (4.5%)		5 (27.8%)	8 (11%)
	12					
Nivel Alto	13	2 (14.3%)	2 (9%)	2 (10.5%)	2 (11.1%)	8 (11%)
	14		1 (4.5%)			1 (1.4%)
	15	1 (7.%)				1 (1.4%)
	16	2 (14.3%)	3 (13.6%)	1 (5.3%)		6 (8.2%)
	17		3 (13.6%)	2 (10.5%)		5 (6.8%)
	18		1 (4.5%)			1 (1.4%)
	19				1 (5.6%)	1 (1.4%)
	Total	14 (100%)	22 (100%)	19 (100%)	18 (100%)	73 (100%)

Relación entre Indicadores de Cambio, puntajes OQ-45.2 y avance de la psicoterapia

En relación a los resultados finales, en la Tabla 5 se puede observar que las cuatro terapias estudiadas obtuvieron el índice de cambio confiable (ICC) entre el puntaje OQ-45.2 inicial y final, logrando buenos resultados terapéuticos.

Tabla 5. Puntajes OQ-45.2 total al inicio y final de cada psicoterapia

Terapias	Puntaje inicial	Puntaje final	Diferencia	Índice de Cambio Confiable
Terapia I	115	71	44	Presente
Terapia II	68	48	20	Presente
Terapia III	111	91	20	Presente
Terapia IV	52	30	22	Presente

Los coeficientes de correlación de Spearman entre el número del IC y el número de la sesión mostraron una correlación positiva y estadísticamente significativa tanto para IC intra-sesión como para IC extra-sesión ($r=0.636, p.<0.001$ y $r=0.613, p.<0.000$ respectivamente). Esto significa que a medida que avanzan las sesiones de la psicoterapia va aumentando el nivel jerárquico de los IC, es decir, a medida que la psicoterapia progresa se van manifestando momentos de cambio de mayor complejidad y característicos de etapas más avanzadas del proceso.

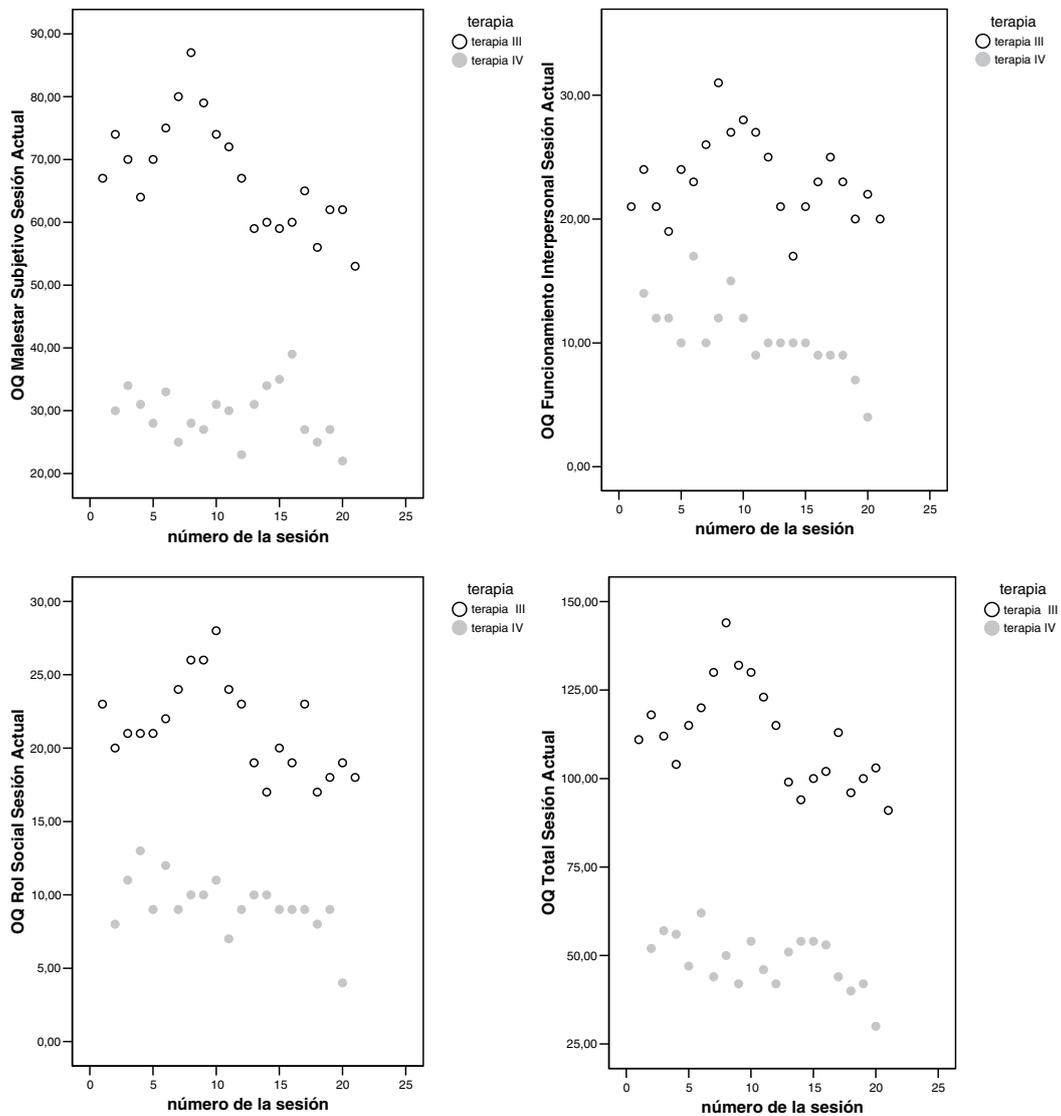
Tabla 6. Correlaciones de Spearman entre Puntajes OQ-45.2, N° de la sesión e IC, de las terapias III y IV conjuntamente

Puntajes OQ-45.2	Sesión	IC intra-sesión	IC extra-sesión
OQ Malestar Subjetivo	-,247	-,233	-,318
OQ Funcionamiento Interpersonal	-,229	-,155	-,243
OQ Rol Social	-,246	-,134	-,344*
OQ Total	-,280	-,005	-,304
N	41	45	37

* $p.<0,05$

Considerando las terapias III y IV de forma conjunta, en las que se aplicó el OQ-45.2 en cada sesión, se analizó la relación entre estos puntajes y el avance de las sesiones. Como puede verse en la Tabla 6 no existe una relación lineal significativa entre los puntajes OQ-45.2 y el tiempo transcurrido (medido a través del número de la sesión). Esto se puede atribuir a que la distribución de los puntajes al interior de cada una de las terapias es muy diferente (ver dispersiogramas de los puntajes OQ-45.2 en Figura 1). Por lo que, al calcular los coeficientes en forma separada para cada terapia (ver Tabla 7), se puede constatar que sí existe una disminución significativa del puntaje OQ-45.2, de la mayoría de las escalas, a medida que transcurre el tiempo, en ambas terapias (específicamente 6 de las 8 correlaciones posibles $p.<0.05$). Es decir, a medida que avanza la terapia, las pacientes reportan sentirse mejor.

Figura 1. Dispersiogramas para los cuatro puntajes OQ y la sesión en las terapias III y IV



Dadas las correlaciones existentes entre el avance de las sesiones con el nivel jerárquico de los IC, y entre el avance de las sesiones con los puntajes OQ-45.2, se planteó la hipótesis de una relación entre los IC y los puntajes OQ-45.2. Al respecto en la terapia III se obtuvieron correlaciones negativas y

significativas entre todas las escalas del OQ-45.2 y los IC extra sesión. A diferencia de la terapia IV en la que se observaron correlaciones negativas y significativas entre los IC intra sesión con los puntajes OQ-45.2 de las sub-escalas malestar subjetivo y funcionamiento interpersonal (ver Tabla 7).

IC como rol mediador de la relación entre el tiempo en terapia y los puntajes de disconfort psicológico

Tabla 7. Correlaciones de Spearman entre Puntajes OQ, N° de la sesión e IC en terapias III y IV

Escalas OQ-45.2	Terapia III			Terapia IV		
	Sesión	IC intra-sesión	IC extra-sesión	Sesión	IC intra-sesión	IC extra-sesión
Malestar Subjetivo	-,670**	-,256	-,746**	-,257	-,753**	-,323
Funcionamiento Interpersonal	-,196	-,206	-,618**	-,816**	-,464*	-,172
Rol Social	-,520*	-,224	-,850**	-,466*	-,252	-,343
Total	-,571**	-,230	-,787**	-,544*	,161	-,225
N	21	24	19	20	22	18

* $p. < 0,05$; ** $p. < 0,01$

A partir de estas correlaciones significativas se realizó un análisis de regresión múltiple para contrastar el rol mediador que podrían ejercer los IC en la disminución del puntaje OQ con el transcurrir del tiempo. De acuerdo a este análisis, se confirma el rol mediador de los IC intra sesión en la disminución del puntaje OQ-45.2, en la subescala malestar subjetivo de la terapia IV pero no se confirmó para la subescala de funcionamiento interpersonal en dicha terapia (ver Tabla 8). Al respecto, los resultados indican que al incorporar el n° de la sesión, en forma conjunta con el IC intra sesión, el efecto de la sesión en el malestar subjetivo disminuye ($\beta = -.668$, $p. < 0,01$ disminuye

a $\beta = -.200$, dejando de ser significativo estadísticamente). Es decir, el efecto positivo en el bienestar de los pacientes, asociado a la progresión de la terapia, sería atribuible al proceso de cambio y resignificación operacionalizado a través de los IC intra sesión.

Por otra parte, los resultados no confirman el carácter mediador de los IC extra sesión en la relación entre el avance de las sesiones y la disminución de los puntajes en las escalas OQ-45.2 en la terapia III (ver Tabla 9), apreciándose sólo un efecto mediador marginalmente significativo de los IC extra sesión en la relación entre el avance de la terapia y el rol social de los pacientes.

Tabla 8. Rol mediador de los IC intra sesión en la disminución de los puntajes OQ-45-2 en el transcurrir del tiempo (en terapia IV)

Escalas OQ	Modelo		Beta (est.)	R2corr.	Cambio en R2
Malestar Subjetivo	1	Sesión	-,668**	0.42	0.440**
	2	Sesión	-,200	0.50	0.104*
Funcionamiento Interpersonal		IC intra	-,569*		
	1	Sesión	-,535**	0.250	0.286*
	2	Sesión	-,276	0.246	0
		IC intra	-,315		

^ $p. < 0,1$ * $p. < 0,05$; ** $p. < 0,01$

Tabla 9. Rol mediador de los IC extra sesión en la disminución de los puntajes OQ en el transcurrir del tiempo (en terapia III)

Escalas OQ	Modelo		Beta (est.)	R ² corr.	Cambio en R ²
Total	1	Sesión	-,773**	,573	,597**
	2	Sesión	-,611**	,580	,029
		IC extra	-,236		
Malestar Subjetivo	1	Sesión	-,853	0,712	,728**
	2	Sesión	-,796	,698	0
		IC extra	-,083		
Funcionamiento Interpersonal	1	Sesión	-,438 [^]	,192	,192
	2	Sesión	-,105	,316	,124
		IC extra	-,485		
Rol Social	1	Sesión	-,617**	,345	,381**
	2	Sesión	-,289	,439	,121 [^]
		IC extra	-,478 [^]		

[^] $p < 0,1$ * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Discusión

Para iniciar la discusión de los resultados, es importante tener presente que las cuatro psicoterapias estudiadas fueron exitosas de acuerdo al OQ-45.2. Es decir que, siguiendo la distinción de Greenberg & Pinsof (1986), y Wampold (2006), y teniendo evidencia positiva sobre los “big O” se buscó analizar, con dos medidas diferentes, la evolución de los “little o” a lo largo de las terapias. La primera de estas medidas fue el mismo instrumento de autoreporte de Lambert (OQ-45.2) que en dos de las terapias estudiadas fue aplicado no solamente como medida del efecto final, sino también sesión a sesión, como forma de evaluar la evolución de dichos cambios durante el proceso mismo, en una dimensión sintomática. La otra medida, que se basó en la observación de las sesiones y el análisis cualitativo de transcripciones, realizadas por observadores entrenados, apunta a una evaluación del cambio en una dimensión conceptual, que supone una transformación progresiva de los significados y, finalmente, de las teorías subjetivas de los pacientes (Groeben et. al., 1988; Krause, 2005). Al combinar estas dos formas de evaluación del cambio se pretendió dar profundidad al análisis

(Elliott, 1984) y al mismo tiempo, superar la crítica que suscita la focalización exclusiva en la reducción de síntomas (Blatt & Auerbach, 2003). Sin embargo, resulta evidente que con esta opción metodológica se está evaluando dimensiones diferentes de un fenómeno –el cambio sucesivo durante el proceso terapéutico– las que, como demuestran los resultados, no necesariamente se encuentran fuertemente relacionadas. La evolución de los significados puede tener una contraparte en la evolución del bienestar subjetivo a nivel sintomático, pero el hecho que no la tenga, o la tenga sólo parcialmente, no invalida los resultados de ninguna de las dos dimensiones del cambio.

Las dos primeras hipótesis, referidas a la aparición de diferentes indicadores de cambio a lo largo de las terapias, y a la preponderancia de indicadores correspondientes a determinadas fases por sobre otras, los resultados muestran que en las cuatro terapias fueron identificables momentos de cambio correspondientes a los diferentes niveles de la jerarquía de IC. Si atendemos a la naturaleza del cambio observado a través de estos indicadores, aquellos que se presentaron con mayor frecuencia se refieren a la relación terapéutica (IC 3 y 18), a la aparición de sentimientos de competencia personal (IC 10), a la

apertura y desarrollo de nuevos entendimientos (IC 5, 8, 11, 13 y 14), y a la manifestación de nuevas formas de comportamiento, tanto en la interacción con el terapeuta como en el contexto extra sesión (IC 9). Desde el punto de vista de las fases de la psicoterapia hubo un claro predominio de indicadores de nivel medio, los que se refieren a cambios en la apertura y desarrollo de nuevos significados y se relacionan con el trabajo característico de la fase media de la psicoterapia, en la que, como sostiene Hill (2005), se lleva a cabo el trabajo central de la terapia. Destacan, en términos de frecuencia, los IC 8 y 11, referidos al descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo y al establecimiento de nuevas conexiones entre aspectos previamente experimentados como independientes. Estos resultados son consistentes con aquellos obtenidos con la escala APES (Assimilation of Problematic Experiences Sequence) desarrollada por Stiles et al. (2006), que muestran una asociación entre efecto final positivo y el logro del nivel 4, denominado comprensión-insight. Sin embargo, aunque parecen interesantes las relaciones que se puedan establecer entre la jerarquía de IC y las fases de la escala APES, es necesario ser cuidadosos en esta comparación, ya que ésta última se refiere a un tema problemático específico y los IC son independientes de algún tema en particular.

En cuanto a la tercera y la cuarta hipótesis (evolución ascendente de los IC y descendente del puntaje de los puntajes OQ-45.2), los resultados muestran que, a medida que avanzan las sesiones de la psicoterapia, aumenta el nivel jerárquico de los IC y las pacientes van mejorando en su disconfort psicológico de acuerdo al cuestionario aplicado (los puntajes en el OQ-45.2 disminuyen). Por lo tanto, las dos medidas –la focalizada en sintomatología autopercebida y la que se centra en el cambio en los significados, externamente observados– son capaces de reproducir la evolución sucesiva del cambio. Estos resultados dan apoyo empírico adicional a la noción de construcción sucesiva del cambio (Krause, 2005), al concepto de los “little o” (Greenberg & Pincus, 1986) y también a la noción de fases de la terapia (Hill, 2005; Stiles et al., 2006), expuesta previamente.

Por último, los resultados correspondientes a la quinta hipótesis (asociación entre nivel jerárquico de los IC y puntaje en el OQ-45.2) remiten necesariamente a la discusión sobre diferentes tipos de medidas de cambio durante el proceso terapéutico.

Si bien la evolución de ambas medidas se da en la dirección hipotetizada (aumento en el nivel de los IC y disminución en los puntajes del OQ-45.2), la relación directa entre ellas, y el rol mediador de los IC, es menor a lo hipotetizado, apareciendo este último solamente en una de las terapias entre los IC intra sesión y la subescala malestar subjetivo. En

este caso los IC intra sesión estarían explicando la mejoría sintomática reportada por la paciente a través de las sucesivas sesiones. En otras palabras, la mejoría clínica-sintomática que se observa a través del paso del tiempo, se produce en la medida que la paciente va experimentando cambios en sus patrones comprensivos o interpretativos. En este mismo caso, los IC extra sesión no alcanzan a ser significativos en la mejoría en la sub escala de rol social, lo que podría apuntar a cierta especificidad en los IC. Es así como podría plantearse que los IC intra sesión podrían estar más relacionados con cambios subjetivos en relación a sí mismo y los IC extra sesión con cambios en el rol social y quizás en las relaciones interpersonales.

El estudio utilizó muestras de tamaño pequeño (entre 18 a 24 sesiones por terapia) para la estimación de las correlaciones, lo que afectaría la potencia del estudio para detectar correlaciones significativas en la muestra. Por ello, estos análisis requerirían ser replicados en muestras más numerosas.

Considerados globalmente, los resultados presentados no son evidencia suficiente para sostener el rol mediador de los indicadores de cambio en la relación entre el avance de las sesiones y el efecto en el disconfort psicológico. Sin embargo, conceptualmente la mediación de los IC en la mejoría sintomática es plausible, ya que los primeros hacen referencia a un cambio que ocurre en la esfera de lo representacional, de los significados, que bien puede ser antecedente modulador de las manifestaciones clínicas a un nivel sintomático.

Por lo tanto, la relación entre los IC y las mediciones sintomáticas de los resultados terapéuticos, requiere de mayor investigación, con mayor número de casos, ya que los dos casos analizados en este sentido aportan información parcial y no concluyente, si bien sugerente de algunas hipótesis ya mencionadas.

Sobre todo resultaría interesante incorporar al análisis la comparación de terapias exitosas con terapias con resultados pobres. Teóricamente, se podría esperar que en terapias con resultados pobres se presente una menor frecuencia de IC y/o de menor nivel jerárquico o complejidad.

Otro desafío para futuros estudios es la comparación de los IC entre diferentes formas de psicoterapia, ya que aquí se estudiaron sólo psicoterapias de orientación psicodinámica. Resultaría interesante dilucidar si algunos indicadores se presentan de modo más característico en ciertos tipos de psicoterapia. Asimismo, un diseño de este tipo podría someter a nuevas contrastaciones la hipótesis del rol mediador de los IC, en el sentido de que éste pudiera ser más relevante en algunos enfoques psicoterapéuticos que en otros, dependiendo del foco de intervención de las terapias.

BIBLIOGRAFÍA

- Blatt, S. J. & Auerbach, J. S. (2003). Psychodynamic Measures of Therapeutic Change. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 268-307.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252-260.
- De la Parra, G. & Von Bergen, A. (2001) Administration of the Outcome Questionnaire OQ-45.2 in Santiago de Chile: Validity, Reliability, Applicability, Normative Data and Clinical Projections. Ponencia. 32° Congreso Internacional de la Society for Psychotherapy Research, Montevideo.
- Detert, N. B., Llewelyn, S. P., Hardy, G. E., Barkham, M., Stiles, W. B. (2006). Assimilation in good –and poor– outcome cases of very brief psychotherapy for mild depression: An initial comparison. *Psychotherapy Research*, 16, 393-407.
- Elliott, R. (1984). A discovery-oriented approach to significant change events in psychotherapy: interpersonal process recall and comprehensive process analysis. In L. Rice & L.S. Greenberg (Eds), *Patterns of Change: Intensive analysis of psychotherapy process* (pp. 249-286). Nueva York: Guilford.
- Fontao, M. & Mergenthaler, E. (2005). Aplicación del modelo de ciclo terapéutico a la investigación de microprocesos en la psicoterapia de grupo. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 14, 53-63.
- Frank, J. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In J. H. Harvey & M. M. Parks (Eds), *The Master Lecture Series I: Psychotherapy research and behavior change* (pp. 9-37). Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. (1999). Ideal psychotherapy research: a study of significant change processes. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1467-1480.
- Greenberg, L., & Pinsof, W. (1986). Process research: Current trends and perspectives. In L. Greenberg & W. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford Press.
- Groeben, N., Wahl, D., Schlee, J., & Scheele, B. (1988). *Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien: eine Einführung in die Psychologie des reflexiven Subjekts*. Tübingen: Francke.
- Hill, C. (2005). Therapist techniques, client involvement, and the therapeutic relationship: inextricably intertwined in the therapy process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 431-442.
- Howard, K. I., Lueger, R.J., Maling, M. S. & Martinovic, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 61, 678-685.
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y cambio: una mirada desde la subjetividad*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Krause, M., De la Parra, G., Arístegui, R., Tomicic, A., Dagnino, P., Echávarri, O., et al. (2006). Indicadores Genéricos de Cambio en el Proceso Psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 299-325.
- Krause, M., De la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., et.al. (2007). The evolution of therapeutic change studied through generic change indicators. *Psychotherapy Research*, 17, 673-689.
- Lambert, M., Hansen, N., Umpruss, V., Lunnen, K., Okiishi, J. & Burlingame, G. (1996). *Administration and scoring manual for the OQ-45.2*. Wilmington, DE: American Professional Credentialing Services.
- Leichsenring, F., Rabung, S., Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 61(12), 1208-1216.
- Leiman, M. (2006). The structure of subjectivity in utterances. Dialogical sequence analysis as a method of investigation. 4th International Congress on the Dialogical Self, Braga, Portugal.
- Morgan, B. & Mac Millan, P. (1999). Helping clients move toward constructive change: a three-phase integrated counseling model. *Journal of Counseling & Development*, 38, 153-159.
- Russell, R. (1998) Linguistic psychotherapy research: new directions and promising findings. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 17-27.
- Shapiro, D., Barkham, M., Stiles, W., Hardy, G., Rees, A., Reynolds, S. & Startup, M. (2003). Time is of the essence: a selective review of the fall and rise of brief therapy research. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 211-235.
- Stern, D., Sander, L., Nahum, J., Harrison, A., Lyons-Ruth, K., Morgan, A., et al., (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy. The 'something more' than interpretation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 79, 903-921.
- Stiles, W. B., Leiman, M., Shapiro, D.A., Hardy, G. E., Barkham, M., Detert, N. B. & Llewelyn, S.P. (2006). What does the first exchange tell? Dialogical sequence analysis and assimilation in very brief therapy. *Psychotherapy Research*, 16(4), 408-421.
- Svartberg, M., Seltzer, M., Choi, K., Stiles, T. (2001). Cognitive change before, during and after short-term dynamic

and nondirective psychotherapies: a preliminary growth modeling study. *Psychotherapy Research*, 11(2), 201-219.

Wampold, B. (2006). Comunicación personal. Workshop en SPR, 7^o Encuentro Chileno de Psicoterapia, Reñaca, Chile, 17-20 de Agosto.

Abstract: Therapeutic change was studied in four short-term psychodynamic oriented therapies. Micro-changes were analyzed through the hierarchy of Generic Change Indicators (CI) and through the “subjective discomfort”, “interpersonal relationships” and “social role” scales of Lamberts’ OQ-45.2. The four therapies showed a positive correlation between the evolution of sessions and the hierarchical level of change indicators. Two of these were measured with OQ-45.2, session by session, and showed a significant correlation between progress of sessions and therapeutic effect. In one of these the results indicated that the session evolution effect in “subjective discomfort” decreased significantly when intra session CI was also included. This led to the formulation of an hypothesis regarding the significant role of the CI in therapeutic outcome.