

INVESTIGACIÓN

Evolución del cambio en el proceso terapéutico

(Rev GU 2006; 2; 3: 287-298)

Mariane Krause² y Paula dagnino³

A partir de resultados de estudios tanto cualitativos como cuantitativos, existentes en el ámbito de las investigaciones psicoterapéuticas, e incluyendo estudios propios⁴ las autoras dan respuesta a las preguntas ¿qué es lo que cambia en el proceso psicoterapéutico? y ¿cómo se produce este cambio? En este trabajo el cambio psicoterapéutico se entiende como fenómeno esencialmente subjetivo, vale decir, propio de la dimensión de los significados. Este cambio se va construyendo sucesivamente a través de las diferentes fases del proceso psicoterapéutico, iniciándose incluso antes del comienzo de éste. operacionalmente, el proceso de cambio puede ser aprehendido a través de “indicadores genéricos de cambio” que han sido contrastados empíricamente en procesos terapéuticos de diferente orientación teórica. Las autoras construyen el trabajo de forma tal que resulta en un seguimiento de los cambios sucesivos propios de procesos terapéuticos exitosos, fundamentando y ejemplificando sus planteamientos con casos concretos. Su planteamiento central dice que un proceso psicoterapéutico exitoso permitirá que el consultante desarrolle una nueva mirada sobre sí mismo, sobre sus relaciones interpersonales, sus propios recursos y los de su entorno.¹

INTRODUCCIÓN

El propósito de este trabajo es poder responder dos preguntas: ¿cómo se

¹ Publicado originalmente en el libro: *Avances en psicoterapia y cambio psíquico*. Riquelme R y Thumala E (editors) Soc. Chilena de Salud Mental, Santiago, 2005.

² Escuela de Psicología. Pontificia Universidad Católica de Chile.

³ Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

⁴ Los estudios fueron financiados por el Servicio de Intercambio Académico Alemán (DAAD) y a través de los proyectos FONDECYT N° 1930700, titulado “Representaciones Sociales de la Ayuda Psicológica en Sectores Pobres” y FONDECYT N° 1030482, titulado “Hacia una práctica efectiva en psicoterapia: Estudio de episodios de cambio relevantes en diferentes tipos de psicoterapia y sus efectos en los resultados terapéuticos”.

produce el cambio?, con el objetivo de poder determinar factores de cambio; y ¿qué es lo que cambia?, dirigida a establecer los contenidos del cambio a través de las diferentes fases del proceso psicoterapéutico. Para encontrar las respuestas debemos remitirnos a la investigación en psicoterapia.

Es a partir de los años 1950, y a raíz de un fuerte cuestionamiento a la efectividad de los procedimientos terapéuticos (Eysenck, 1952), que se comenzó a desarrollar la investigación en psicoterapia en forma sistemática en distintas partes del mundo. Esta investigación, específicamente aquella centrada en los efectos de la terapia, proliferó durante la segunda mitad del siglo veinte, llegando a conformar una gran masa de estudios empíricos sobre el tema (Lambert y Bergin, 1994, Meltzoff y Kornreich, 1970; Parloff, Wolfe, Hadley y Waskow, 1978; Vandenbos y Pino, 1980). Este auge de la investigación en psicoterapia se plasmó en estudios comparativos sobre efectos terapéuticos (Goldfried, Greenberg & Marmar, 1990), cuya cantidad llevó al desarrollo de investigaciones de meta-análisis (Bozok y Bühler, 1988; Brown, 1987; Wittmann y Matt, 1986).

Los hallazgos de los meta-análisis dejaron pocas dudas sobre la efectividad de la psicoterapia (Asay y Lambert, 1999); sin embargo pusieron de manifiesto un problema que ya había sido señalado en revisiones anteriores (Luborsky, Singer y 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 (Smith, Glass y Miller, 1980; Roth y Fonagy, 1996). La ayuda profesional parecía tener un tipo de efecto homogéneo (Bozok y Bühler, 1988), lo que fue denominado “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 (Krause, 2005): a. el estudio del proceso terapéutico (Bastine, Fiedler, y Kommer 1989;

Greenberg y Marmar, 1990; Hill, 1990; Rees, Hardy, Barham, Elliot, Smith y Reynolds, 2001; Tschuschke y 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 y Bühler, 1988; Krause, 1998; Krause, Arístegui, De la Parra, 2002; Meyer, 1990), actualmente llamados “comunes” (Hubble, Duncan y Miller, 1999), que intenta descubrir qué factores de la terapia o extra-terapéuticos, transversales a diferentes tipos de terapia, resultan responsables del cambio; y 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. (Blatt y Felsen, 1993; Winkler, 1999).

En el presente trabajo se combinan las líneas de investigación de proceso y el estudio de factores de cambio inespecíficos, enfatizando: (a) la subjetividad de los consultantes, combinada con la observación externa; (b) la conjunción de lo clínico con lo psicosocial; (c) los aspectos comunes o genéricos del cambio; y (d) la construcción sucesiva del cambio a lo largo del proceso psicoterapéutico.

Por otro lado el cambio subjetivo es evaluado desde distintas perspectivas: a través de la apreciación subjetiva de los implicados (tanto consultantes como terapeutas), y a través del juicio externo de expertos, por medio de la observación de sesiones de terapia (Krause, Arístegui, De la Parra, 2002).

INDICADORES DE CAMBIO GENÉRICOS

Es a partir del estudio de momentos de cambio en terapias de distinta orientación teórica que hemos llegado al establecimiento de indicadores genéricos de cambio basados en la Teoría del Cambio Subjetivo (Krause, 2005), construyéndose una lista de indicadores de cambio sucesivos (Krause, De la Parra, Arístegui, Dagnino, Tomacic, Valdes, Vilches, Echávarri, Ben-Dov, Reyes, Altimir, 2006), que pueden ser empíricamente observados durante sesiones terapéuticas en curso. A

continuación se presentan dichos indicadores en orden jerárquico, desde cambios iniciales hacia cambios de periodos 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 relaciones 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
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
19. Construcción de una Teoría Subjetiva, biográficamente fundada, sobre sí mismo y la relación con el entorno (indicador “global”).

De acuerdo con la Teoría del Cambio Subjetivo, la evolución del cambio es un proceso que se da en etapas sucesivas, que comienza antes de la terapia y continúa después del término de ésta, y que combina factores intra y extra terapéuticos.

Dicho proceso se caracteriza por cambios relacionados con:

1. la fase de la búsqueda de ayuda profesional
2. la trayectoria o acceso hacia la ayuda psicológica
3. la estructura de la relación de ayuda
4. la interacción terapéutica y
5. la evolución de la estructura y dinámica de la relación

Los cambios terapéuticos se construyen unos sobre otros, incrementándose progresivamente el nivel de complejidad de los patrones de explicación e interpretación. Asimismo, implican una sucesiva “psicologización” de los patrones de explicación e interpretación (Krause, 2005).

A continuación mencionaremos los principales indicadores de cambio genéricos ligándolos con la evolución del proceso psicoterapéutico.

Fase de la búsqueda de ayuda profesional

La primera fase es aquella en que se decide buscar ayuda profesional. Es a través de la investigación que se ha constatado (Krause, 2005) que el cambio comienza mucho antes del inicio del proceso psicoterapéutico, desde que el consultante *acepta de existencia de un problema* (Ind.1)⁵ y *experimenta sus propios límites reconociendo la necesidad de ayuda* (Ind.2).

Con frecuencia esta experiencia adopta la forma de “crisis”, lo que se ejemplifica en el siguiente caso de un joven polaco radicado en Alemania, quien en la primera entrevista comenta:⁶

“Comencé a tomar mucho ... y dejé de estudiar, sólo iba para pagar la matrícula, lo cual no es mucho decir, y pagaba el seguro de salud. También seguí trabajando como taxista. En ese periodo tuve mis primeras experiencias con Haschisch. No es que yo crea que se trata de una droga peligrosa, pero en esa situación era peligrosa para mí, y de hecho me puse a fumar más y más, y ni siquiera quería estar con otros mientras fumaba”... “Y bueno, la cosa duraba

ya dos meses y ... me sentí muy mal, una noche, ... y fui a los primeros auxilios ... yo pensé que me moría. Tenía el pulso muy rápido, yo pensé, quizás no muero, pero perderé el conocimiento, o perderé la razón ... y ... ella [la doctora] me revisó y ... yo todo el tiempo tenía miedo de que me pudiera pasar algo ... y entonces me dio la dirección del centro de intervención en crisis”.

Durante esta fase, anterior al contacto con el terapeuta, junto con la experiencia de los propios límites, comienzan a producirse algunos cambios que posteriormente

se transformarán en cambios “terapéuticos”. En particular, la experiencia de los propios límites constituye la condición más importante para que se produzcan los cambios durante la posterior relación de ayuda. Se trata de dos tipos de límites experimentados subjetivamente: de la resistencia emocional y de los propios intentos de afrontamiento, incluida la búsqueda de ayuda dentro de la red social. A través de la decisión de buscar ayuda profesional, la experiencia de los propios límites se transforma en conciencia de la propia necesidad de ayuda. Aceptar la propia necesidad de ayuda implica que se tiene ciertas dudas sobre los modos de resolución de los problemas y sobre los patrones explicativos empleados hasta ese momento.²

La toma de conciencia de la necesidad de ayuda, definida desde la perspectiva del consultante como la aceptación de sus propios límites para solucionar los problemas es, por lo tanto, una condición necesaria para los cambios posteriores.

Otro aspecto de la fase en que se opta por la ayuda profesional, que constituye una condición para los cambios terapéuticos posteriores, es el apremio por recibir ayuda (experimentado en forma subjetiva). A mayor apremio, mayor disposición a tomar conciencia de la necesidad de ayuda.

Factores de cambio en la trayectoria hacia la ayuda psicológica

Durante la trayectoria hacia la ayuda psicoterapéutica –vale decir, después de la decisión inicial– se continúan produciendo cambios psicológicos (Lichner, 2002; Prochaska y Norcross, 2002). Un factor impulsor de estos cambios es el lugar donde los

² Para una mejor comprensión del texto se resaltarán en cursivas el indicador de cambio y la posición que ocupa en la jerarquía.

⁶ Los ejemplos de caso fueron tomados de Krause, 2005.

consultantes buscan ayuda, el cual, a su vez, depende de:

- el conocimiento previo sobre las ofertas de ayuda profesional
- sus modelos explicativos o “teorías de enfermedad”
- la estructura del sistema de ayuda profesional.

Todos estos aspectos se relacionan con el contexto sociocultural del consultante (Kaplan, 2000). No obstante, la persona “inexperta” que busca ayuda no puede prever que existe una gama de ofertas en los sistemas asistenciales, de modo que no elegirá conscientemente una u otra modalidad. De este modo, su trayectoria también dependerá de hechos fortuitos, que escapan de su control y de su conciencia. Su encuentro con el profesional estará determinado, también, por el azar (Goffman, 1972).

El lugar en que los consultantes buscan ayuda dice relación entonces con su conocimiento previo de las ofertas de ayuda profesional y con los modelos explicativos de sus propios problemas. Los modelos explicativos se relacionan con el contexto sociocultural del consultante, con su conocimiento previo de temáticas psicológicas y con la intensidad del agobio que le significan sus problemas y síntomas (lo que determina la “urgencia” de la ayuda). Evidentemente el tipo de síntoma (por ejemplo, si son de tipo biológico o no) también influye en el modelo explicativo que se desarrolle y en el lugar donde se busque ayuda.

No obstante, la búsqueda de ayuda no sólo depende de la persona que la busca o, mejor dicho, de sus problemas y síntomas, de su proceso interno y de la interacción con su entorno social inmediato, sino también de la estructura del sistema de ayuda profesional, la cual entraña ciertas “prescripciones” para la búsqueda individual de ayuda.

En efecto, la persona puede buscar por sí misma un profesional de ayuda, según su conocimiento previo de las estructuras de los sistemas de asistencia y de acuerdo a la clasificación (psicosocial o médica) de su problema; sin embargo, el profesional poseerá su propio patrón explicativo, lo aplicará a los problemas del consultante y, basándose en esto, decidirá si se considera competente o no para el consultante en cuestión. En consecuencia, el consultante iniciará un recorrido por las estructuras de los sistemas de asistencia que sólo concluye (provisoriamente), cuando coincide su propia definición de competencia profesional con la que tenga el terapeuta.

En este momento el indicador de cambio observado es *la aceptación del terapeuta como profesional competente* (Ind.3). Durante esta fase comienza el proceso de reinterpretación que luego continuará y se intensificará

durante la relación de ayuda. Los facilitadores de este proceso son la intensidad del agobio y la confrontación con nuevos conceptos explicativos para los propios problemas y síntomas, provenientes de los profesionales consultados a lo largo de su trayectoria de búsqueda.

Este recorrido, determinado por la búsqueda de ayuda y por las prácticas de derivación, dejará su marca en el consultante, ya que implica la “negociación” de la clasificación conceptual de su “problema” o, mejor dicho, de su “concepto de enfermedad”, así como también de las expectativas de tratamiento correspondientes, lo cual corresponde al indicador de cambio *expresión de esperanza o expectativa de ser ayudado* (Ind.4).

La construcción de un ámbito de significados compartidos es requisito para el encuentro “efectivo” con el profesional “competente”, en el sentido de que el consultante debe coincidir con el profesional en cuanto al contexto explicativo en el que se diagnostica su problema.

Esto implica el reconocimiento de problemas antes no vistos, la autocrítica y/o redefinición de expectativas y metas terapéuticas, siendo el indicador observado el *descongelamiento o cuestionamiento de formas de entendimiento, comportamientos y emociones habituales* (Ind.5).

La reinterpretación de los problemas constituye la etapa que sigue al “descongelamiento” de los modelos explicativos antiguos y será la base para la paulatina construcción de los conceptos y patrones explicativos nuevos.

En esta fase, además, juegan un papel importante algunas características que se analizaron con respecto a la fase anterior (la fase de la decisión por la ayuda profesional), tales como el aumento de la disposición a aceptar las “reglas” del sistema –por ejemplo, aceptar un tratamiento médico, o bien psicológico, a pesar de estar convencido de lo contrario– cuando se está bajo una situación demasiado agobiante. En casos como éste se produce una interacción entre el individuo y el sistema, que se hace evidente, por ejemplo, cuando el agobio se ha intensificado a causa de un tiempo de espera muy largo o por un tratamiento ineficaz.

Volviendo al ejemplo del caso antes citado, en el camino de Fabián hacia la ayuda profesional competente hay algunos elementos importantes de destacar.

Como sabemos, Fabián inicia su búsqueda durante una crisis con sintomatología física y una definición personal inicial de tipo médico de sus problemas. Su trayectoria

va desde la asistencia médica a la psicológica. En su caso fueron médicos quienes intentaron derivarlo hacia la atención psicológica, definiéndose a través de esa acción de derivación como “no competentes” para su tipo de problema.

La competencia profesional es definida tanto por el profesional como por el consultante, de tal modo que las definiciones de competencia podrían contradecirse. Así, puede suceder que el profesional señale que el problema no es de su competencia, pero que el consultante insista. Tal situación se da en la primera parte del camino de Fabián, porque en un principio la declaración del médico acerca de su no competencia no le convence. En la siguiente viñeta se puede apreciar que la interpretación subjetiva que Fabián hace de sus síntomas durante su primera sesión en el centro de intervención en crisis es de tipo biológico:

“En ese entonces yo no podía creer, que ... estaba enfermo psíquicamente ... no ... , tenía miedo que esto fuera un problema circulatorio o algo así, porque tenía el pulso muy rápido”.

Sin embargo, hacia la segunda sesión la interpretación que Fabián hace acerca de sus síntomas cambia:

“Ehm ... , bueno, mientras tanto yo ya creía que tenía una neurosis. (...). ... yo había tenido ya ... la tomografía computarizada y ... todo había estado en orden”.

Con ello Fabián está en condiciones, al menos en lo que a su interpretación subjetiva se refiere, de aceptar la competencia del psicólogo.

Para hacer posible este cambio de interpretación se conjugaron dos elementos. Por un lado, los profesionales del sistema médico niegan su competencia. Por otro lado la tensión emocional es cada vez más fuerte. En efecto, Fabián describe la semana entre la primera y la segunda sesión en el centro de intervención en crisis como “una semana terrible”, en la cual habrían aparecido aún más síntomas. De este modo, él experimenta vivencialmente la relación entre su carga emocional y su aceptación de las propuestas provenientes del sistema asistencial. Es tal su sobrecarga que, por así decirlo, se ve presionado a considerar las propuestas (tanto asistenciales como de definición del problema) que le hacen los profesionales. Además, como no tiene experiencia previa con la ayuda profesional, no le queda otra elección que tomar en consideración la competencia de los nuevos profesionales (los del sistema de asistencia psicológico) y aceptar su intervención (análisis extraído

de Krause, 2005).

factores de Cambio de la estructura de la relación de ayuda

La relación terapéutica es el contexto en el que ocurren, o desde el que se impulsan, los cambios psicológicos principales de los consultantes. Por este hecho, el análisis de su estructura aporta a la comprensión de los procesos de cambio.

La asimetría de la relación de ayuda, que fue descrita como uno de sus elementos estructurales, es una de las condiciones que determinan su potencial de cambio. Esto coincide con los modelos postulados por Frank (1982), o con los estudios de Vaughn (2000). La asimetría se constituye a través de:

- la definición del terapeuta como experto
- la autoevaluación crítica y
- *la aceptación de la necesidad de ayuda* (Ind.6)

Estas características están enmarcadas en un contexto de significado que, además de contenidos, implica determinados parámetros, reglas, modos de pensar y, también, un determinado foco (que establece prioridades) con los cuales se construye (o aprehende) la “realidad”. Es algo así como la lente a través de la que se observa el mundo. Este foco y sus parámetros pueden ser aprendidos. Una de las situaciones en que son aprendidos es la relación de ayuda psicológica, en cuyo caso hablaremos de un contexto de significado psicológico. Entonces, la asimetría se construye por parte del consultante mediante la aceptación de la necesidad de ayuda y a través de la definición del terapeuta como experto. Ambos componentes –junto con la autoevaluación crítica– se consideran tanto requisitos de la relación de ayuda, como bases para los cambios terapéuticos.

La otra condición cuyo desarrollo es parte de los primeros contactos entre cliente y terapeuta, y que resulta fundamental para los cambios terapéuticos posteriores, es la aceptación del contexto de significado psicológico.

Cuando estos componentes no se han comenzado a desarrollar durante las fases anteriores al inicio de la relación de ayuda, serán el producto (necesario) de los primeros contactos con el psicoterapeuta o, al menos, se manifestará en estos contactos entre consultante y terapeuta si son susceptibles de ser desarrollados o no. Este análisis constituye un apoyo adicional a la importancia otorgada por la investigación en psicoterapia a las primeras sesiones en su relación con el éxito terapéutico

(Bittner, 1981; Horvath, 2001; Lenz, 1989).

Cuando el consultante no acepta el contexto de significado psicológico, o cuando no se desarrollan los tres componentes de la relación terapéutica nombrados anteriormente, se rompe dicha relación o bien resulta insatisfactoria e ineficaz desde el punto de vista de los involucrados.

Sobre la base de estos elementos –los tres componentes de la relación de ayuda y la aceptación del contexto de significado psicológico– se inicia el cambio de los patrones de interpretación del cliente, siendo el indicador de cambio el *reconocimiento de la propia participación de los problemas* (Ind.7).

El mecanismo que gatilla dicho proceso de reinterpretación es la necesidad de construir un ámbito de significados compartidos como condición general para lograr la comunicación entre personas. Lo que agrega la relación de ayuda psicológica a esta necesidad general es que esta tarea de construir un ámbito de significados compartidos se realizará bajo condiciones de una relación asimétrica, de lo cual se desprende que la visión de realidad del terapeuta será la predominante en el ámbito común de significados.

Esta supremacía se puede reconocer en fases posteriores de terapias consideradas exitosas, entre otras cosas, por el hecho que el cliente asume en importante medida la teoría terapéutica de su terapeuta (Krause, 1992).

La aceptación del contexto de significado psicológico es hasta cierto punto un “adelanto” de confianza del consultante hacia su terapeuta, pero al mismo tiempo es un producto de la primera fase de la relación de ayuda y, visto en detalle, también un proceso: un proceso de reinterpretación. Para los consultantes la reinterpretación es la re-clasificación de sus problemas, síntomas o de características del entorno social en un nuevo contexto de significado. Ello habitualmente implica también una revaloración de ellos. En este nuevo contexto –influido en forma importante por la teoría psicológica del terapeuta– se define o, mejor dicho, se redefine el problema del consultante y, por ende, también las metas terapéuticas. De esta (nueva) definición se derivarán modalidades de acción específicas, tanto para el cliente como para su terapeuta.

interacción terapéutica y Cambio

En la interacción entre consultante y terapeuta existen determinados procedimientos terapéuticos que contribuyen

al cambio. En una investigación actualmente en curso (Krause, Aristegui, De la Parra, Altimir, Ben-Dov, Dagnino, Echavarri, Ramírez, Reyes, Tomicic, Valdés, Vilches, 2005) fueron estudiadas las acciones comunicacionales de terapeutas y consultantes, al interior de “episodios de cambio”, en tres niveles de análisis, “formas básicas” que corresponden a la estructura lingüística formal, “técnicas” que serían los recursos metodológicos e “intenciones comunicacionales” que constituyen la esencia de la acción comunicacional realizada, y que a su vez se agruparon en categoría más generales denominadas “estrategias” (Krause *et al.*, 2005).

Sin embargo, desde la perspectiva de los consultantes, las formas generales de intervención terapéutica más importantes son sólo tres: las *preguntas*, las *interpretaciones* y las *orientaciones conductuales* (o “consejos”) (Krause, 2005).

Desde la perspectiva de los consultantes, las preguntas son de importancia para el cambio porque impulsan el (auto)análisis, señalando su dirección, pero perfilando los contenidos solamente en términos gruesos. Así, pueden indicar la dirección y la forma de una reflexión, sin fijar los detalles, es decir, entregan un marco de referencia, pero dejan dentro de este marco cierto margen en el que puede moverse el consultante. Así, mediante las preguntas del terapeuta la interacción se mantiene dentro del contexto de significado psicológico, es decir, se delimita el ámbito en el cual el consultante realizará sus interpretaciones y asociaciones, pudiendo el cliente entonces aprender modos de interpretación psicológicos. A pesar de estos límites prefijados, su respuesta a la pregunta terapéutica será una construcción propia. Lo anterior es importante, ya que mediante la construcción personal de la respuesta él puede internalizar (es decir, “hacer propios”) el marco y la direccionalidad contenidos en la pregunta, logrando percibir también éstos como desarrollo o comprensión propia. Con posterioridad a un proceso de psicoterapia considerado exitoso, los consultantes manifiestan que su terapeuta les brindó sólo “alicientes” para el pensamiento y no propuestas específicas en cuanto a contenidos. Por consiguiente, el consultante percibirá menos influencia terapéutica de la que tal vez vería un observador externo.

Por otro lado, existen diversos estudios: por ejemplo Hill (1990) u Orlinsky y Howard (1987; Orlinsky, 1994) que muestran que la interpretación es la acción

comunicacional terapéutica más relevante, siendo la única categoría asociada en forma consistente con evaluaciones positivas.

La interpretación es una técnica genérica, vale decir, transversal a diferentes modalidades psicoterapéuticas.

Por ejemplo, un estudio realizado por Gazzola,

Ywakabe y Stalikas (2003) aporta evidencia respecto de que la interpretación es una técnica comúnmente utilizada por los terapeutas de distintos enfoques .

Frente a la posible disyuntiva “preguntas versus interpretaciones” debemos afirmar que estas modalidades

de intervención no son excluyentes, obedeciendo más bien a diferentes niveles de análisis. Como muestran nuestros estudios (Krause *et al.*, 2005) la pregunta

es una forma lingüística básica, en tanto la interpretación es una técnica comunicacional; en efecto, se puede realizar una interpretación a través de una pregunta.

Por último, en cuanto a las orientaciones conductuales, resalta que si bien éstas son mencionadas por los consultantes como acción relevante para impulsar el cambio, los terapeutas no le otorgan la misma importancia.

Así, se da la paradoja que una misma intervención es vista sólo por el consultante como una orientación conductual mientras que el terapeuta la evalúa como acción que estimula al consultante a reflexionar.

Como fuere, los consultantes destacan que a través de la entrega de información concreta por parte de sus terapeutas, respecto de modos de comportamiento, ellos no sólo cambian su conducta sino que también el modo en que interpretan la situación.

En términos generales, el cliente percibe la interacción terapéutica como una invitación:

– a la introspección, que correspondería al *descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo* (Ind.8) y

– a establecer conexiones psicológico - biográficas, expresado en el *establecimiento de nuevas relaciones entre aspectos propios (creencias, conductas, emociones, etc.) y del entorno, y elementos biográficos* (Ind.11).

Esto se produce independientemente de la escuela terapéutica del profesional y es percibido por los consultantes como “el aprendizaje de una nueva forma de pensar” que puede ser entendido como la *reconceptualización de los propios problemas o síntomas* (Ind.12) y posteriormente la *transformación de valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros* (Ind.13).

“No obstante, algo sobre lo cual los consultantes

casi no se pronuncian (excepto en relatos de experiencias terapéuticas negativas) es la posible relatividad de las interpretaciones psicológicas, o bien, la posibilidad de que haya interpretaciones alternativas a las ofrecidas por su terapeuta. En las terapias bien logradas la perspectiva del terapeuta se percibe como “la realidad del asunto” y sus interpretaciones como la comprensión de las “relaciones verdaderas”. Por lo tanto, no se considera que la influencia del terapeuta implique la incorporación de “su” teoría o de “sus” patrones de interpretación. A raíz de esto, el cliente –a pesar de la incorporación de los patrones de interpretación provenientes de la terapia– conserva hasta cierto grado el sentimiento de experimentar un proceso de evolución autónomo. Sin embargo, como contraste, resulta evidente desde la perspectiva de la observación externa, en qué grado los consultantes aprenden no solamente patrones de interpretación psicológica generales, comunes a diferentes formas de terapia, sino también los elementos específicos de la escuela terapéutica sustentada por su terapeuta”. (Krause, 2005 p. 341).

Junto con estos cambios representacionales empiezan a aparecer *sentimientos de competencia* (Ind.10) que le dan al consultante la sensación de tener una evolución más autónoma durante esta etapa del proceso, lo cual produce un efecto terapéutico –expresado por los clientes “satisfechos”– que es con frecuencia citado en la investigación en psicoterapia como un cambio positivo en la autoimagen y un fortalecimiento de la autoestima (Elliot y James, 1989; Klein *et al.*, 2002).
eVolución de la estruCtura y dináMiCa de la relaCión terapÉutiCa

En el transcurso posterior de una terapia (evaluada positivamente) el cliente necesitará cada vez menos “alicientes” para interpretar, es decir, para llevar a cabo su análisis de las relaciones psicológicas; el consultante internalizará el proceso (Arnold, Farber y Geller, 2004) y ganará con ello autonomía en la relación terapéutica. Mediante la internalización de las “reglas” del contexto de significado psicológico y de los patrones psicológicos de interpretación, el cliente adopta, por cierto, mucho de su terapeuta, pero al mismo tiempo se va independizando en cuanto a la aplicación de lo aprendido.

Lo anterior se expresa en una *autonomía en cuanto al manejo propio del contexto de significado psicológico* (Ind.16) y una *disminución de la asimetría* (Ind.18).

De este modo, en el transcurso de una terapia disminuirá

considerablemente la necesaria asimetría de la relación de ayuda. Los componentes de la asimetría, vale decir, la “aceptación de la necesidad de ayuda” y la “definición del otro como experto”, con los cuales ha contribuido el consultante a la estructura de la relación de ayuda cuando ésta comienza, se debilitan en el transcurso de la terapia y, en el caso ideal, desaparecen al final de la relación de ayuda. En lugar de la “aceptación de la necesidad de ayuda” aparece el sentimiento de “autoeficacia” –el clásico concepto de Bandura (1977) – o, dicho de otro modo, la construcción de un sentimiento de competencia (Berg y De-Jong, 1996; Shilkret y Shilkret, 1993). La “definición del otro como experto” permanece en el tiempo, pero sólo de manera general, ya que el consultante ha logrado su propia pericia frente a sus problemas. El componente “autoevaluación crítica” perdura –e incluso se fortalece durante todo el proceso terapéutico– pero ya no está centrado únicamente en los problemas, sino que se convierte en una suerte de “atención” general que se presta a los propios procesos psicológicos.

Una expresión concreta de la disminución de la asimetría hacia el final de procesos terapéuticos exitosos es, por ejemplo, la disminución de la preponderancia del uso de preguntas por parte del terapeuta en comparación con el uso que le da el consultante. Algo similar sucede con las interpretaciones, las que, desde ser mayoritariamente utilizadas por los terapeutas al comienzo del proceso, evolucionan hacia la autointerpretación del cliente (Aristegui, Dagnino, Tomicic, Echavarrí, *et al.*, 2005).

eVolución del Contenido del CaMbio psiCoterapÉutiCo

El cambio psicoterapéutico “genérico” dice relación con la mirada subjetiva del consultante, sobre sí mismo, sus problemas y síntomas, y sobre la relación de éstos con el entorno en que acontecen” (Krause, 2005).

La experiencia psicoterapéutica (cuando es evaluada positivamente) se traduce en el desarrollo de constructos y teorías subjetivas con respecto a los propios procesos psicológicos o a la propia interacción con el entorno social, lo que podemos conceptualizar como la *formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo a través de la interconexión de aspectos personales y del entorno, incluyendo problemas y síntomas* (Ind.14) y el *enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía* (Ind.15).

Las teorías subjetivas son “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” (Groeben, Wahl, Schlee y Schlee, 1988, p 19).

Las teorías subjetivas psicológicas se componen de asociaciones entre los problemas del consultante, su biografía y su situación de vida actual. Se van construyendo paulatinamente a través de asociaciones, impulsadas por la actividad terapéutica. Son, entonces, el producto de un proceso de (re)significación, que conlleva a la *construcción de una Teoría Subjetiva biográficamente fundada sobre sí mismo y la relación con el entorno* (Ind.19).

La resignificación, y con ella la transformación de los patrones de explicación subjetivos del consultante, son tanto un producto de la interacción con profesionales de ayuda como una condición para el desarrollo positivo de la relación terapéutica. En los ejemplos siguientes se analizará este proceso de cambio de significados.

7

Francisca describe su proceso del siguiente modo:
“Sí... ¿cuántas veces estuve allí? Creo que seis veces. Bueno, al principio... fui lunes y enseguida el miércoles... y luego dejamos un espacio semanal... pero en que yo, si pasaba algo, podía llamar en cualquier momento y, en ese caso, podría haber ido antes... . Y eso fueron, creo que fueron cinco veces... y luego, cuando ya me sentía bastante estable, dejamos pasar un periodo más largo, creo que fueron seis semanas”.

Luego relata el efecto inmediato de las sesiones, efecto que se puede interpretar como su reacción a lo “nuevo” que le aporta el contexto de significado psicológico.
“Las sesiones eran cansadoras. En realidad nunca me di cuenta cuando estaba allí, sino recién después. Después siempre me sentía agotada, como exhausta, como “estrujada”, porque no solamente hablábamos de esta situación puntual, con mi pareja, sino que desde un principio fue muy profundo, siempre, como hasta llegar a mi niñez. Y entonces muchas cosas se me hacían conscientes, o bien yo comenzaba a pensar sobre ellas”.

A través de la intervención psicológica se ponen en movimiento nuevas interpretaciones. Por ejemplo, en

7 Ejemplo de caso citado de Krause, 2005.

el párrafo siguiente, una situación de su infancia y su

propia participación en ella son reinterpretadas.

“Y cuando venían situaciones, sobre todo con mis padres, en las cuales mi madre, en el fondo, delegaba su responsabilidad, que en realidad le correspondía como madre, sobre mí... o sea, yo me tenía que hacer responsable ante mi abuela. Y así fue con muchas otras cosas también... y nunca me atreví a decir, ‘¡ya basta!, no voy a seguir permitiendo que hagan esto conmigo’ “.

Francisca también llega a nuevas interpretaciones respecto de su situación actual:

“Y fue a través de estas sesiones que se me fueron aclarando los mecanismos, también en la relación con mi marido”.

Desde su punto de vista, un aporte esencial de la experiencia terapéutica fue que se le hicieron conscientes las conexiones entre las cosas, es decir, comenzó a incorporar y aplicar las nuevas formas de interpretación psicológica que aprendió en la relación. Esto se relaciona con uno de los indicadores más avanzados de la jerarquía, denominado *reconocimiento de la ayuda recibida* (Ind.17):

“... esto me ayudó... a reconocer las cosas, a ser más consciente”.

Francisca se refiere a la posición de experto del terapeuta y con ello también a la asimetría de la relación:

“Ello simplemente fue así, que había alguien que escuchaba, y que por supuesto tenía esa formación, de psicólogo, que le permitía hacer consciente las cosas en el comportamiento de otros. Es decir, yo misma sólo puedo pensar ‘esto podría ser de tal o cual manera’, pero así, exactamente, no lo voy a saber... pero alguien que se dedica a esto puede tener una perspectiva mucho más amplia, de alguna manera puede explicarlo mucho más fácilmente”.

disCusión

A modo de conclusión, podemos sostener que el cambio terapéutico es, esencialmente, un cambio en los patrones subjetivos de interpretación y explicación que lleva al desarrollo de nuevas teorías subjetivas. Desde lo procesual, se puede visualizar su evolución en fases que se construyen unas sobre otras y en las cuales va en aumento el nivel de complejidad de los patrones de explicación e interpretación. Es decir, los cambios de las fases anteriores son condición para los cambios en las fases posteriores.

Habría, entonces, diferentes etapas del proceso de construcción de nuevos modos de interpretación y de

Teorías Subjetivas de tipo psicológico, estando el cambio terapéutico conformado por las siguientes transformaciones (o aprendizajes):

1. Al comienzo de la relación terapéutica resulta esencial aceptar que los problemas por los cuales se ha consultado han de ser interpretados psicológicamente. Cuando esta etapa se traspasa exitosamente, el consultante acepta que sus problemas son de tipo psicológico, psicosocial o psicosomático.
2. Una vez aceptado el contexto de significado psicológico en su validez como marco general, los problemas y síntomas se van conceptualizando, reconceptualizando, y por ende revalorizando en este marco. Por ejemplo, un síntoma que originariamente era percibido y definido como “malfuncionamiento 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, 2005). A consecuencia de las reconceptualizaciones y revaloraciones a menudo también se redefinen las metas que el cliente tiene para su terapia.
3. En forma paralela a estos dos primeros puntos se focaliza la biografía del consultante, lo que constituirá la base para una nueva “autocomprensión” y para el trabajo terapéutico posterior. Mediante el relato de su historia de vida durante la terapia, independientemente de la escuela psicológica o la teoría terapéutica del profesional, el consultante ofrece los contenidos a los cuales se aplicarán las “interpretaciones psicológicas” del terapeuta.
4. La interconexión se va realizando a través de las interpretaciones psicológicas, basadas en la teoría terapéutica del profesional. Así se van construyendo las “piezas” y partes que van conformando las Teorías Subjetivas.

Con esto hemos llegado al último eslabón de la cadena:

5. La construcción de una Teoría Subjetiva de tipo psicológico, fundamentada en la biografía, que se puede considerar el producto final del cambio terapéutico. En términos teóricos, estos cambios en la *esfera de lo representacional* (Fonagy, 2001) han sido conceptualizados como *cambios en “teoría subjetiva”* (Groeben, Wahl, Schlee y Scheele, 1988; Krause, 1991, 1992a, 1992b, 1998; Krause y Winkler, 1995; Krause y Cornejo,

1997; Krause, 2005); en los “*marcos de referencia*” (Duncan y Moynuhan, 1994); en los *constructos personales* (Anderson, 1997b). Desde la perspectiva de los enfoques que enfatizan los aspectos narrativos en la psicoterapia el cambio sería conceptualizado como una “*re-autoría*” de aspectos de la propia historia (McLeod y Balamoutsou, 1996; McLeod, 1998), o –en la vertiente postmoderna– como cambios en los *sistemas de lenguaje y comunicación* (Anderson, 1997a). Como fuere su denominación o estatus epistemológico, esta conceptualización del cambio psicológico goza de abundante apoyo empírico y teórico.

Por último, cabe señalar que el efecto “sanador” de estos cambios subjetivos está en las funciones de las Teorías Subjetivas, que son (Krause, 2005):

- fundamentar y justificar acciones
- fundamentar y justificar los problemas psicológicos
- orientar la acción
- desarrollar la identidad, y
- dar sentido.

Las primeras dos funciones permiten reducir las contradicciones que se pueden generar a partir de la integración a la teoría subjetiva de aspectos previamente excluidos por ser inaceptables –en términos de autoimagen– o traumáticos. A través de estos mecanismos se puede generar una unidad psíquica nueva y consistente, que favorece el desarrollo de la identidad y fortalece la autoimagen. Asimismo, esta unidad fortalecerá el sentimiento de autocontrol, de autoeficacia (Bandura, 1977) y de competencia (Berg y De-Jong, 1996; Shilkret y Shilkret, 1993).

La tercera función, la “orientación a la acción”, sirve a la puesta en práctica de los contenidos terapéuticos. Adicionalmente, las teorías subjetivas pueden dar sentido a acciones específicas, o bien conectarlas unas con otras en una relación de sentido más general.

Las teorías subjetivas son favorecedoras del “desarrollo de la identidad”, como se ha dicho previamente, porque establecen conexiones psicológicas entre los diversos aspectos y cualidades del sujeto y, por cierto, porque permiten asociaciones tanto actuales como históricas. Con esto configuran un hilo conductor en la biografía del consultante. En el caso de terapias exitosas, el consultante adquiere una nueva versión de su historia personal, la cual es internamente congruente y con la que puede identificarse (Polkinghorne, 1988). Como consecuencia de ello empieza entonces a contar

la historia de la propia vida de una manera distinta: interpretando los factores y vivencias aislados para integrarlas en relaciones mayores. La biografía –y dentro de ella la infancia– cobra así mayor importancia en la autocomprensión.

Debido a que los problemas psicológicos, la búsqueda de ayuda y las primeras exigencias de la relación de ayuda resultan a menudo amenazantes, el favorecimiento del sentimiento de identidad es un resultado importante del proceso terapéutico.

Así como lo hacen también otros modelos explicativos, las teorías subjetivas psicológicas “construyen sentido”, básicamente, de dos formas: por un lado, al ser retrospectivas, ya que adscriben a las experiencias de vida pasadas un sentido y, por otro, en tanto son prospectivas, es decir, en la medida que contribuyen al desarrollo de motivos y metas vitales. En algunos casos esta función está delimitada a determinados ámbitos de la vida; en cambio, en otros, las teorías subjetivas psicológicas se entremezclan con la cosmovisión y la orientación vital general. Sin embargo, el peligro que conlleva esta función es que la teoría terapéutica se transforme en ideología.

Por último, tomando todas las funciones en conjunto, una teoría subjetiva bien integrada acerca de sí mismo aumentará el sentimiento de seguridad. En la medida en que los problemas psíquicos, las dificultades en la interacción con el entorno, o la percepción de la propia necesidad de ayuda causan inseguridad (compárese con el concepto de “desmoralización” planteado por Frank (1971, 1982), el sentimiento de seguridad facilitado por la teoría subjetiva contribuye de manera importante al proceso de cambio terapéutico. No obstante, este aporte sólo es efectivo cuando las teorías subjetivas están lo suficientemente integradas, es decir, cuando se pueden aplicar o seguir desarrollando en forma independiente del terapeuta.

referenCias

Anderson RH. (1997a). *Conversation, language, and possibilities: A postmodern approach to therapy*. New York: Basicbooks

Anderson RH. (1997b). Interpreting therapeutic process: A constructivist perspective. *Journal of Constructivist-Psychology*, 10, 297-319

Aristegui R, Dagnino P, Tomicic A, Echávarri O, Krause M, De la Parra G, Valdés N, Vilches O, Ben-Dov P, Altimir C, Ramirez I. (2005). Effective communication between therapists and patients: A study of therapeutic interactions in change episodes.

Ponencia World Congress of the Society for Psychotherapy Research, Montreal, Canada

- 1.
- 2.

3.

Arnold EG, Farber BA, Geller JD. (2004). Termination, post termination, and internalization of therapy and the therapist:

Internal representation and psychotherapy outcome. Charman DP. (Ed), *Core processes in brief psychodynamic psychotherapy: Advancing effective practice* (pp. 289-308). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates

Asay TP, Lambert MJ. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: quantitative findings. En: Hubble, Duncan & Miller (Eds). *The heart & soul of change. What works in therapy*, (pp. 23-55). Washington, D.C.: American Psychological Association

Bandura A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behaviour Change. *Psychological Review*, 84, 191-215

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 IK, De-Jong P. (1996). Solution-building conversations: Co-constructing a sense of competence with clients. *Families in Society*, 77, 376-391

Bittner U. (1981). Ein Klient wird "gemacht". En: EV Kardorff, E Koenen (Eds.), *Psyche in schlechter Gesellschaft - Zur Krise klinisch-psychologischer Tätigkeit* (pp. 103-137). München: Urban & Schwarzenberg

Blatt SJ, 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

Bozok B, Bühler KE. (1988). Wirkfaktoren der Psychotherapie - spezifische und unspezifische Faktoren. *Fortschr Neurol Psychiat*, 56, 119-132

Brown J. (1987). A review of meta-analyses conducted on psychotherapy outcome research. *Clinical Psychology Review*, 7, 1-23

Czogalik D. (1990). Wirkfaktoren in der Einzelpsychotherapie. En: V. Tschuschke, & D. Czogalik (Eds.), *Was wirkt in der Psychotherapie?: Zur Kontroverse um die Wirkfaktoren* (pp. 7-30). Berlin: Springer

Doucette A, Bickman L, Boyd S, Rumberger DT. (2002). Therapeutic Alliance: Measurement, Research, and Application. 33rd Annual Meeting. Society for Psychotherapy Research. Santa Barbara, California, Junio

Duncan BL, Moynihan DW. (1994). Applying outcome research: Intentional utilization of the client's frame of reference. *Psychotherapy*, 31, 294-301

Elliott R, James E. (1989). Varieties of client experience in Psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9, 443-467

Eysenck HJ. (1952). The effects of psychotherapy research: An evaluation. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 16, 319-324

Fonagy P. (2001). El proceso del cambio y el cambio de los procesos: qué puede cambiar en un "buen análisis". *Rev Chil Psicoanal*, 18, 80-96

Frank JD. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. En: JH Harvey, MM Parks (Eds.), *The Master Lecture Series I. Psychotherapy Research and Behavior Change*. Washington: APA

Gazzola N, Iwakabe S, Stalikas A. (2003). Counsellor interpretations and the occurrence of in-session client change moments in non – dynamic psychotherapies. *Counselling Psychology Quarterly*, 16, 81-94

Goffman E. (1972). *Asyle – Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt: Suhrkamp

Goldfried MR, Greenberg LS, Marmar CR. (1990). Individual Psychotherapy: Process and Outcome. *Annu Re Psychol*, 41, 659-688

4.

5.

6.

- 7.
- 8.
- 9.
- 10.
- 11.
- 12.
- 13.
- 14.
- 15.
- 16.
- 17.
- 18.
- 19.
- 20.
- 21.
- 22.

Groebe N, Wahl D, Schlee J, Scheele B. (1988). *Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien: Eine Einführung in die Psychologie des reflexiven Subjekts*. Tübingen: Francke

Hill CE. (1990). Exploratory In-Session Process Research in Individual Psychotherapy: A Review. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 288-294

Hubble MA, Duncan BL, Miller SD. (1999) (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association

Kaplan AS. (2000). An examination of client worldview and expectations about psychotherapy. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Science and Engineering*, 61, 2765

Klein MJ, Amer M, Partyka R, Timular L, Wagner J, Elliot R. (2002). Qualitative Outcome of Process Experiential Therapy: Client Accounts of Personal Change. 33rd Annual Meeting Society for Psychotherapy Research. Santa Barbara, California, Junio

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. (1998). Construcción y transformación de teorías subjetiva a través de la psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 7, 29-43

Krause M, Winkler MI. (1995). Soziale Repräsentationen psychologischer Interventionen unter Armutsbedingungen. *Journal für Psychologie*, 3, 31-44

Krause M, Cornejo M. (1997). Psicoterapia y Percepción de Cambios: Su expresión en metáforas. *Terapia Psicológica*, 6, 83-91

Krause M. (1998). Construcción y transformación de teorías subjetivas a través de la psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 7, 29-43

Krause M, Aristegui R, De la Parra G. (2002) "Hacia una Práctica Efectiva de la Psicoterapia: Un estudio de Episodios de Cambio en diferentes tipos de Psicoterapia y su relación con los resultados psicoterapéuticos". CONICYT: Proyecto FONDECYT N° 1030482

Krause M, Aristegui R, De la Parra G, Altimir C, Ben-Dov P, Dagnino P, Echavarrí O, Ramírez I, Reyes L, Tomacic A, Valdés N, Vilches O. (2005). Panel: ¿Qué define el cambio en psicoterapia? ¿cómo detectarlo? ¿y ... cómo se produce? VI Encuentro de la Soc. de Neurología Psiquiatría y Neurocirugía; V Encuentro Chileno de Investigación Empírica en Psicoterapia, Reñaca, Chile

Krause M. (2005). *Psicoterapia y Cambio. Una mirada desde la subjetividad*. Santiago: Ediciones Universidad Católica

Krause M, De la Parra G, Aristegui R, Dagnino P, Tomacic A, Valdés N, Vilches O, Echavarrí O, Ben-Dov P, Reyes L, Altimir C. (2006).

Indicadores de Cambio Genéricos en el Proceso Psicoterapéutico. Manuscrito enviado para publicación

- Lambert M, Bergin A. (1994). The effectiveness of psychotherapy
 En: A Bergin, S Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy
 and Behavior Change* (pp. 143-189). New York: John Wiley &
 Sons
- Lenz A. (1989). *Ländlicher Alltag und Familiäre Probleme- Eine
 qualitative Studie über Bewältigungsstrategien bei Erziehungs-
 und Familienproblemen auf dem Land*. Tesis de Doctorado. München:
 Ludwig- Maximilians- Universität
- Lichner TK. (2002). Stages of change: Client progress and outcome
 in psychotherapy. Dissertation Abstracts International:
 Section B: The Sciences and Engineering. 63, 1566
- 23.
- 24.
- 25.
- 26.
- 27.
- 28.
- 29.
- 30.
- 31.
- 32.
- 33.
- 34.
- 35.
- 36.
- 37.
- 38.
- 39.
- 40.
- 41.
- 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
- McLeod J, Balamoutsou S. (1996). Representing narrative process
 in therapy: Qualitative analysis of a single case. Counselling
 Psychology Quarterly, 9, 61-76
- McLeod J. (1998). *Narrative and psychotherapy*. London, England
 UK: Sage Publications
- Meyer AE. (1990). Eine Taxonomie der bisherigen Psychotherapieforschung
 Zeitschrift für Klinische Psychologie, 14, 287-291
- Meltzoff J, Kornreich M. (1970). *Research in Psychotherapy*. New
 York: Atherton Press
- Orlinsky DE, Howard KI. (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: AE Bergin, SL Garfield (Eds.),
Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (pp. 270-376).
 New York: John Wiley & Sons
- Parloff MB, Wolfe B, Hadley S, Waskow IE. (1978). *Assessment of
 Psychosocial Treatment of Mental Disorders: Current Status and
 Prospects*. Rockville: National Institute of Mental Health
- Polkinghorne DE. (1988). *Narrative Knowing and the Human
 Sciences*. New York: State University of New York Press
- Rees A, Hardy GE, Barkham M, Elliott R, Smith JA, Reynolds S.
 (2001). "It's like catching a desire before it flies away": A comprehensive
 process analysis of a problem clarification event in
- 42.
- 43.
- 44.
- 45.
- 46.
- 47.
- 48.
- 49.
- 50.
- 51.
- cognitive-behavioral therapy for depression. Psychotherapy
 Research, 11, 331-351
- Roth A, Fonagy P. (1996). *What works for whom?*. New York: The
 Guilford Press

Shilkret R, Shilkret CJ. (1993). How does psychotherapy work? Findings of the San Francisco psychotherapy research group. *Smith College Studies in Social Work*, 64, 35-53

Smith ML, Glass GV, Miller TI. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press

Tschuschke V, Czogalik D. (1990). "Psychotherapie - Wo sind wir jetzt und wohin müssen wir kommen?" Versuch einer Integration. En: V Tschuschke, D Czogalik (Eds.), *Was wirkt in der Psychotherapie?: Zur Kontroverse um die Wirkfaktoren* (pp. 407-412). Berlin: Springer

Vandenbos GR, Pino CD. (1980). Research on the Outcome of Psychotherapy. En G.R

Vaughn MJ. (2000). Creating "maneuvering room": A grounded theory of language and therapist influence in marriage and family therapy. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60, 5796

Winkler MI. (1999). Psicoterapia: logros y tareas pendientes. Conferencia Jornadas "Evaluación de Servicios de Psiquiatría y Salud Mental en Hospitales Generales", Olmué, Chile

Wittmann WW, Matt GE. (1986). Meta-Analyse als Integration von Forschungsergebnissen am Beispiel deutschsprachiger Arbeiten zur Effektivität von Psychotherapie. *Psychologische Rundschau*, 37, 20-40.

52.

53.

54.

55.

56.

57.

58.

59.