



UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA

Facultad de Psicología

Tesina de Licenciatura en Psicología

“Evaluación de Resultados en
Psicoterapia Breve Ericksoniana:
Aplicación del OQ-45.2 en una
muestra de pacientes ambulatorios
de la Ciudad de Mendoza”

Alumna: Noelia Carolina Sanchez
Directora: Mgter. Cristina Straniero

Mendoza, Noviembre de 2014

Hoja de Evaluación

Tribunal Examinador

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor invitado: Mgter. Cristina M. Straniero

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo medir la efectividad de procesos psicoterapéuticos y observar en qué momento del proceso se produce la mayor incidencia de cambios, en el marco del enfoque de Psicoterapia Breve con Orientación Ericksoniana.

Se trata de una investigación cuantitativa con un diseño longitudinal de panel. Se trabajó en el seguimiento de veinticuatro (24) procesos psicoterapéuticos llevados a cabo en el *Consultorio Abierto a la Comunidad de la Fundación Puentes de Cambio* de la Provincia de Mendoza, bajo el consentimiento informado de los participantes. Se utilizó el instrumento de medición de resultados “Outcome Questionnaire” OQ-45.2 (Lambert, 1996; Adaptación y Validación Von Bergen y De la Parra, 2002), administrado en la primera sesión y luego cada 4 sesiones.

Como conclusión, se observó que en un 75% de los casos evaluados, la Psicoterapia con Orientación Ericksoniana resultó ser efectiva; y el momento de Cambios Clínicamente Significativos (CCS) de mayor incidencia se produce entre la Sesión N° 4 y la Sesión N° 8. Resultando entonces este instrumento idóneo para los fines de la investigación propuesta.

ABSTRACT

This paper aims to measure the psychotherapeutic processes effectiveness, and observe at what point in the process the higher incidence of changes occurs, under the Ericksonian Brief Therapy Approach.

This work is a quantitative research with a longitudinal panel design. It was carried out monitoring twenty-four (24) psychotherapeutic processes conducted in the *Community Open Clinic to the Bridges of Change Foundation* in Mendoza Province, under the informed consent of participants. The measuring results method "Outcome Questionnaire" OQ-45.2 (Lambert, 1996, Adaptation and Validation Von Bergen y De la Parra, 2002), administered in the first session and then every 4 sessions was used.

In conclusion, it was observed that the Ericksonian Brief Therapy proved effective in 75% of the evaluated cases; and Clinically Significant Change (CCS) with the highest incidence occurs between Session N° 4 and Session N° 8, resulting this instrument ideal for the purposes of the proposed research.

INDICE

Título.....	2
Hoja de evaluación.....	3
Resumen.....	4
Abstract.....	5
Índice.....	6
Agradecimientos.....	9
Introducción.....	10
 PARTE TEÓRICA.....	13
 Capítulo I: Evaluación de resultados en psicoterapia.....	14
I.1. Historia de la Investigación de Resultados en Psicoterapia.....	15
I.1.1. Primeros avances.....	16
I.1.2. Etapa de justificación.....	18
I.1.2.a El estudio de Eysenck.....	18
I.1.3. Estudios de primera generación ¿Sirve la psicoterapia?.....	21
I.1.4. Estudios de segunda generación ¿Qué terapia es más eficaz?.....	25
I.1.4.a. Estudios de resultados.....	28
I.1.4.b. Estudios de proceso.....	31
I.1.5. Estudios de tercera generación: Los ensayos clínicos.....	33
I.1.6. Tratamientos empíricamente validados.....	35
I.1.7. Actualidad.....	39
I.2. Criterios para evaluar la psicoterapia.....	44
I.2.1. Eficacia, efectividad, eficiencia.....	44
I.2.2. Superioridad relativa de los modelos psicoterapéuticos.....	50
 Capítulo II: El cambio en los procesos psicoterapéuticos.....	54
II.1. Una aproximación al concepto de cambio terapéutico.....	55
II.2. Teorías que explican el cambio terapéutico.....	60
II.2.1. La teoría del cambio de Prochaska	60
II.2.1.a. Etapas de cambio.....	60
II.2.1.b. Procesos de cambio.....	63
II.2.1.c. Niveles de cambio.....	64
II.2.2 Teoría del Cambio Subjetivo a partir de los indicadores genéricos de cambio.....	65

II.2.2.a Indicadores Genéricos de Cambio.....	66
II.2.2.b Fase Inicial.....	67
II.2.2.c Fase Media.....	68
II.2.2.d Fase Final.....	69
II.2.3 Teoría del Cambio del Cliente.....	70
II.3. Factores que Explican el Cambio Terapéutico.....	72
II.3.1. Factores Comunes o Variables Inespecíficas.....	75
II.3.1.1 Variables del Paciente	75
II.3.1.1.a Variables Demográficas.....	76
II.3.1.1.b Diagnóstico Clínico.....	76
II.3.1.1.c Expectativas.....	78
II.3.1.1.d Disposición Personal.....	79
II.3.1.2 Variables del Terapeuta.....	79
II.3.1.2.a. Actitud.....	80
II.3.1.2.b. Personalidad.....	81
II.3.1.2.c. Habilidades.....	82
II.3.1.2.d. Nivel de experiencia.....	82
II.3.1.3. La alianza terapéutica.....	83
II.3.2.Variables que constituyen un buen pronóstico.....	85
II.3.2.a. Técnicas que correlacionan con el éxito de la terapia.....	85
II.3.2.b. Experiencias intrasesión del paciente.....	86
II.3.3. Factores atribucionales que intervienen en el proceso terapéutico...87	
II.3.4. Relación entre los resultados de la psicoterapia y la duración del tratamiento.....	89
Capítulo III: Psicoterapia Breve con orientación Ericksoniana.....	92
III.1. Introducción.....	93
III.2.Pautas principales del enfoque de M.H. Erickson.....	95
III.2.1. Enfoque no patologizante.....	95
III.2.2. Orientación temporal en el presente y hacia el futuro.....	96
III.2.3. Rol activo del terapeuta: Terapia estratégica.....	98
III.2.4. El uso del humor en la terapia.....	102
III.2.5. Orientación interpersonal e intrapersonal de la terapia.....	103
III.2.6. Utilización terapéutica.....	103
III.2.7. Rol activo del paciente.....	104
III.3. Distintas corrientes derivadas del pensamiento de M.H. Erickson.....	105
III.3.1.Terapia Estratégica.....	105
III.3.2.Mental Research Institute (MRI):.....	105
III.3.3.Terapia Orientada a la Solución.....	106
III.3.4. Enfoque Psicobiológico.....	106
III.3.5. Programación Neurolingüística.....	107
III.3.6. Neo- Ericksonianos.....	107

<u>Capítulo IV: Cuestionario OQ-45.2.....</u>	109
IV.1. Introducción.....	110
IV.2. Desarrollo del instrumento.....	112
IV.3. Desarrollo y características de las sub-escalas.....	113
IV.3.1. Subescala de síntomas.....	113
IV.3.2. Subescala de relaciones interpersonales.....	114
IV.3.3. Subescala de rol social.....	115
IV.4. Administración.....	116
IV.4.1. Primera aplicación.....	116
IV.4.2 Tiempo.....	117
IV.4.3. Tabulación.....	117
IV.5. Interpretación de datos.....	118
IV.6. Algunas investigaciones realizadas con el OQ y sus principales resultados.....	120
PARTE APLICADA.....	124
<u>Capítulo V: Metodología.....</u>	125
V.1. Objetivos.....	126
V.1.1. Objetivos generales.....	126
V.1.2. Objetivos específicos.....	126
V.2. Tipo de estudio o diseño.....	126
V.3. Descripción de los sujetos.....	127
V.4. Instrumentos.....	127
V.5. Procedimiento.....	128
<u>Capítulo VI: Análisis y presentación de resultados.....</u>	129
VI.1. Características de los sujetos participantes.....	130
VI.1.1. Características de la muestra.....	130
VI.1.2 Puntajes totales del cuestionario OQ-45.2.....	132
VI.1.2.a. Grupo I.....	134
VI.1.2.b. Grupo II.....	136
VI.1.2.c. Grupo III.....	138
VI.2. Consideraciones finales.....	139
CONCLUSIONES.....	142
BIBLIOGRAFÍA	147
APÉNDICE.....	152

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por su apoyo incondicional y su amor; a mi compañero Pablo, a mis hijos Julián y Eleonora por llenar mis días de felicidad....por nuestros sueños y proyectos por venir...

A mi papá un gran ejemplo de lucha, a mi mamá acompañándome siempre desde algún lugar y a mis hermanos Pablo, Federico, Gonzalo y Agostina, mis compañeros de aventuras...

A mi tío Chicho, mi yaya Josefina y Patricia... Gracias a ellos este sueño se hace realidad...

A todos mis familiares y amigos por su cariño y más especialmente a mis tíos del fin del mundo Vale y Rodrigo lejos pero siempre cerca en mi corazón...

A mi amiga Noelia... por estar siempre...por su cariño..mi hermana por elección..

A mi gran amiga y compañera Julietita, por su Amistad incondicional, por su ayuda, su tiempo y su cariño y por todas las anécdotas compartidas...

A Cristina Straniero, por su cariño, su generosidad y su valioso tiempo...

A mis compañeras de carrera, que siempre me alentaron a seguir, por tantos años de amistad...

A la Fundación Puentes de Cambio por abrirme sus puertas y a Pablo por su ayuda..

A todos los que me acompañaron para cumplir este sueño..... GRACIAS...

INTRODUCCIÓN

La Evaluación de Resultados ha cobrado gran relevancia en el campo de la investigación en Psicoterapia en la actualidad. Evaluar la eficacia de la psicoterapia es fundamental por distintos motivos: en primer lugar, el compromiso ético de los psicoterapeutas con la mejora y optimización de la salud mental de los pacientes hace que sea necesario disponer de evidencias sobre los efectos terapéuticos de los tratamientos e intervenciones; en segundo lugar, la inclusión de los servicios psicoterapéuticos en sistemas de salud públicos o privados requiere justificar la rentabilidad del gasto que generan; y por último, el avance de la psicoterapia en un marco científico depende del contraste empírico de las modalidades de intervención propuestas desde las distintas líneas teóricas (Botella, Pacheco, Herrera & Corbella, 2000).

Habiendo realizado un extenso rastreo bibliográfico y luego de consultar a varios profesionales psicólogos que se desempeñan en el área clínica, podría pensarse que en la provincia de Mendoza no es una práctica instaurada, aún, utilizar instrumentos para evaluar resultados de procesos terapéuticos.

Esto deriva en la pérdida de potenciales beneficios que este tipo de instrumentos podrían aportar al quehacer diario en la práctica clínica, por ejemplo, cuando es necesario introducir algún cambio en el curso de la terapia, o saber qué técnica se adapta mejor a qué paciente en particular y en qué momento determinado, si tal intervención está funcionando o si es apropiado intervenir en ese momento, etc.

Una de las posibles causas de esta situación, podría ser el desconocimiento de algunos profesionales de la existencia de estos instrumentos, o la poca difusión que han tenido en nuestro medio como una herramienta de mucha utilidad para la práctica clínica.

Las preguntas que han guiado la presente investigación son las siguientes:

- ¿Qué se entiende por Resultados en Psicoterapia?
- ¿De qué forma se pueden evaluar o medir los resultados en psicoterapia?
- ¿Cuáles son los elementos más importantes a considerar para evaluar la eficacia de la psicoterapia?
- ¿Cómo se utiliza y qué características tiene el cuestionario OQ.45?

Los objetivos propuestos son los siguientes:

- Objetivos Generales:
 - Aportar un instrumento de medición de resultados en Psicoterapia.
 - Medir la efectividad de los resultados de procesos psicoterapéuticos realizados en el *Consultorio Abierto a la Comunidad de la Fundación Puentes de Cambio*.
- Objetivos Específicos:
 - Analizar la aplicabilidad del Cuestionario OQ. 45 en una muestra local.
 - Identificar si existe, en el transcurso del proceso psicoterapéutico, un momento particular donde se intensifiquen los cambios en el transcurso de la terapia.

El presente trabajo consta de una Parte Teórica y una Parte Práctica. En el marco teórico se abordan, en el primer capítulo, la Evaluación de Resultados en Psicoterapia, donde a través de un recorrido histórico se realiza una conceptualización de los aspectos más relevantes que dieron lugar a distintos conceptos y teorías hasta la actualidad, principalmente desde los aportes de Poch y Ávila (1998), Corbella y Botella (2004) y Sales, (2009); también se explican los principales criterios para evaluar las psicoterapias: eficacia, efectividad y eficiencia. En el Capítulo II, se realiza una aproximación al concepto de cambio, como así también distintas teorías que explican los procesos de cambio y sus

características y los factores que intervienen en el proceso psicoterapéutico, desde los aportes de Prochaska (1999), Krausse (2005) y Duncan y Miller (2001). El Capítulo III describe los principales conceptos del enfoque de psicoterapia Ericksoniana, a partir de Pacheco (2000, 2001, 2002) desde los escritos de M. Erickson, pertinentes a esta tesina. Finalmente en el Capítulo IV se estudian las características del Cuestionario OQ-45.2 de M. Lambert (1996, Adaptación y Validación Von Bergen y De la Parra, 2002), revisando algunas investigaciones que fueron realizadas con este instrumento de evaluación y sus resultados.

Por otro lado, la Parte Aplicada consiste en el estudio de 24 procesos psicoterapéuticos, a través de los cuales se evaluaron los procesos de cambio, mediante el Cuestionario OQ-45.2, aplicado con una frecuencia de cada 4 sesiones. A los fines de observar la muestra, se dividió en tres grupos etarios: Adolescencia media/tardía, Adulto Joven y Adulto Medio. Se analizó cada grupo en particular para luego elaborar las conclusiones de la muestra total.

A modo de conclusión se sintetizan los principales hallazgos del comportamiento de la muestra, los cuales permiten observar los factores que podrían intervenir para evaluar el resultado del enfoque psicoterapéutico antes mencionado en los 24 casos estudiados.

PARTE TEÓRICA

Capítulo I:
Evaluación de Resultados en
Psicoterapia

I.1.Historia de la Investigación de Resultados en Psicoterapia

La psicoterapia ha devenido, en poco más de un siglo, en una práctica socialmente aceptada y necesaria. En la actualidad, podría decirse que la psicoterapia se ha convertido en un objeto de consumo masivo. Sin embargo su lugar dentro de la ciencia ha sido cuestionado.

En una primera etapa las investigaciones en psicoterapia tuvieron como objetivo demostrar que la terapia funcionaba y era efectiva. Luego, el objeto de las investigaciones consistió en saber qué ingredientes o aspectos de la terapia hacían que esta funcionara.

Según Botella (2000), los estudios de Resultados vendrían a ser las investigaciones que tienen por objetivo principal evaluar los resultados de técnicas, procedimientos o estrategias de intervención para la solución de determinados problemas traídos por los clientes o consultantes.

Las principales áreas de la investigación en psicoterapia se podrían resumir en las siguientes: estudios sobre la eficacia de la psicoterapia, la comparación de la eficacia de las distintas modalidades terapéuticas, la selección de tratamientos para los pacientes, la validación empírica de los tratamientos, y el estudio del proceso terapéutico.

Es posible afirmar que a través de los años la investigación de resultados ha logrado mantenerse vigente, sin embargo lo que ha ido cambiando a través del tiempo ha sido su objeto de estudio.

Con el objetivo de realizar un recorrido histórico de la Investigación de Resultados en Psicoterapia, he dividido este apartado de acuerdo a las etapas en que fueron surgiendo las distintas conceptualizaciones hasta llegar a la actualidad.

I.1.1. Primeros avances

Iniciando el siglo XX surgieron los primeros intentos sistemáticos para investigar la psicoterapia, debido a la novedosa posibilidad de grabación de sonido. En 1929, Earl. F. Zin, y Percival Symonds en 1938, realizaron las primeras grabaciones de sesiones con objetivos de investigación. En 1938, también, Frank Robinson creó un programa de investigación orientado a investigar el proceso psicoterapéutico registrando las sesiones en discos de acetato; el objetivo principal era estudiar los efectos que tenían en el paciente las intervenciones del terapeuta. En esa misma época Carl Rogers también realizaba esos procedimientos para analizar así el discurso del cliente y del terapeuta en la sesión; es a él y a sus colaboradores más cercanos a quienes se atribuye haber sido los precursores de la investigación en psicoterapia (Hill & Corbett, 1993, en Poch y Ávila 1998).

En Europa, S. Ferenczi y O. Rank, en 1923, con su trabajo *Entwickluggziele de Psychoanalyse*, pretendían acortar la duración del psicoanálisis, para hacerlo aplicable a una mayor población; aportando elementos para la psicoterapia breve: límite temporal, papel activo del terapeuta y focalización.

En Estados Unidos, F. Alexander y T. French, inspirados en las ideas de Ferenczi y Rank, comienzan también a estudiar los resultados de la psicoterapia. En 1941 se realiza, con el auspicio del Instituto de Psicoanálisis de Chicago, el primer Congreso de Psicoterapia Breve (Poch y Ávila, 1998).

En 1946 presentan su libro *Psycoanalytic Therapy*, en el cual contaban su experiencia en el Instituto de Psicoanálisis de Chicago; el estudio se realizó a través de 7 años de trabajo en psicoanálisis de corta duración, y la conclusión del mismo, fue el diseño de un tipo de técnica que luego se conoció como “experiencia emocional correctiva”. Grinker en 1947, realiza estudios sobre psicoterapia breve en pacientes psicosomáticos. La aparición de estos estudios

junto con el interés de muchos profesionales colaboraron con la creación de la *Sociedad para la Investigación en Psicoterapia* (Poch y Ávila, 1998).

Es en esta época inicial, donde se realizan los primeros estudios para intentar averiguar la efectividad de la psicoterapia; sin embargo es una época de mucha confusión, en donde no había criterios muy definidos para realizar investigaciones y la gran mayoría apuntaba a las psicoterapias con orientación psicodinámica, que eran las más utilizadas en esa época.

En cuanto a las formas usadas para investigar, predominaban los estudios realizados por los propios psicoterapeutas, que se preguntaban cómo intervenir y analizaban sus propias sesiones terapéuticas. El contexto de investigación era naturalista, es decir, que correspondían a la situación natural o real de tratamiento. El formato metodológico seguía una lógica de comprensión “caso a caso”. Partían del estudio intensivo de casos individuales para, a partir de ahí, elaborar la teoría, mediante acumulación de casos. Las técnicas principales para analizar los casos eran el análisis cualitativo de las descripciones de los casos y el análisis observacional cuantitativo, pero este último poco elaborado (Golfried y Wolfe, 1996, en Sales, 2009:384).

Conjuntamente con los acontecimientos hasta aquí ocurridos y como consecuencia de la Segunda Guerra Mundial, la psicoterapia pasó a integrarse de forma extensa y completa en los sistemas de salud norteamericanos y británicos y aparecieron así instituciones internacionales dedicadas a la salud mental, como la *World Federation of Mental Health* (Federación Mundial de Salud Mental) cuyo texto fundacional fue redactado en el Primer Congreso de Salud Mental, en 1948, en Londres.

En 1949, se realiza en Colorado, Estados Unidos, la primera conferencia norteamericana sobre formación en psicología clínica, en la cual se discutió la formación de los psicólogos en las facultades, configurándose así el perfil del psicólogo clínico.

Luego el artículo de Hans Eysenck de 1952, titulado *The Effects of Psychotherapy* (Los Efectos de la Psicoterapia), marcó un punto de quiebre en la historia de la Investigación de Psicoterapia.

También en 1952, en la sexta edición de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE), se incorporó por primera vez un apartado dedicado a los trastornos mentales. En ese mismo año aparece la primera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales* (DSM-I), de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Es hacia finales de la década del 1950, que los psicólogos norteamericanos lograron obtener una legislación que no restringiera la psicoterapia a los médicos, lo cual conllevó un aumento de los recursos humanos disponibles para la intervención social sobre la salud mental (Vilanova, 1990 en García, 2008).

I.1.2. Etapa de Justificación

Sin lugar a dudas fue la época que marcó un antes y un después en cuanto a los estudios para investigar la eficacia de la psicoterapia.

I.1.2.a. El estudio de Eysenck

El estudio realizado por Hans Eysenck en 1952, marca un hito importante en la historia de la investigación en psicoterapia. Castro Solano (2001:65) dice: “Este trabajo inició oficialmente la polémica acerca de la validez de los tratamientos psicológicos, que ponía en riesgo a la psicología como práctica clínica”

El estudio se basó en 24 trabajos anteriores que Eysenck compiló y analizó. Los mismos contenían datos de unos 8.000 pacientes en total, a los que clasificó en tres grupos: el primero lo constituyan los trabajos referentes a los

pacientes tratados en medios hospitalarios psiquiátricos y que no habían aceptado psicoterapia; el segundo formado por los trabajos que se referían a pacientes tratados mediante “psicoterapias eclécticas” (rúbrica bajo la que se engloba todo tipo de acciones verbales); el tercer grupo incluía los trabajos sobre pacientes tratados psicoanalíticamente.

Los resultados obtenidos por Eysenck fueron los siguientes: cuando los pacientes se trataban en el hospital psiquiátrico la mejoría era del 72% de los casos, la mejoría descendía al 64% en los tratamientos del segundo grupo, los que habían recibido psicoterapia ecléctica. Y el tercer grupo, pacientes que habían recibido tratamiento psicoanalítico, sólo mejoraban en el 44% de los casos.

La principal conclusión a la que arribaba el autor, era que dos tercios de los pacientes neuróticos mejoraban con cualquier tratamiento, y hasta incluso sin seguir tratamiento. Para llegar a esta conclusión se basó en los resultados de Denker (1946) y Landis (1938) quienes establecieron que al cabo de dos años el índice de recuperación o mejoría de los pacientes neuróticos graves era del 72% sin que hubieran recibido ningún tipo de psicoterapia. A partir de estos datos Eysenck establecía un hipotético grupo control de pacientes no tratados, con el que compararía los efectos de las psicoterapias, por él contempladas, con las tasas de remisión espontánea (Poch y Ávila, 1998).

Este estudio fue duramente criticado tanto por los resultados que se habían obtenido como así también por los criterios metodológicos y la forma en que Eysenck analizó y comunicó los resultados.

Tal como afirman Poch y Ávila (1998) los resultados de este artículo provocaron grandes controversias, críticas y descalificaciones a Eysenck. Kellner (1965) afirma que la revisión de datos realizada por Eysenck era incompleta, de esta forma las conclusiones debían modificarse, además de observar que en el tratamiento de los datos había errores. Por ejemplo el trabajo de Wolpe, tomado por Eysenck, considera el 90% como éxitos, pero los abandonos del tratamiento no se tomaban en cuenta. Cuando Eysenck considera los trabajos en que los pacientes se trataban con métodos psicoanalíticos, los abandonos del tratamiento

se etiquetan como fracasos. Si no se tuvieran en cuenta estos abandonos, el porcentaje de curación resultaría similar al de la psicoterapia ecléctica, aunque inferior a la remisión espontánea.

En 1954, Luborsky, observó que Landis advertía y recomendaba no generalizar los resultados de su trabajo ya que había serias dudas sobre su fiabilidad. Rosenzvieg, también en 1954, criticaba las muestras elegidas por Landis y Denker debido a lo impreciso del diagnóstico clínico de los pacientes estudiados; también cuestionaba que la remisión espontánea de síntomas fuera tal, ya que planteaba dudas en cuanto a que los pacientes no recibieran algún tipo de ayuda que pudiera considerarse psicoterapéutica. De la misma forma los criterios de curación que manejaban los terapeutas dinámicos eran más exigentes a los que proponían Landis y Denker.

Las críticas a Eysenck provocaron enorme controversia y reacciones. En primer lugar, era primordial poder averiguar la magnitud de los efectos de la psicoterapia. La investigación pasó, de esta forma, a centrarse en la evaluación de los efectos o cambios – investigación de resultados – dejando de lado las cuestiones referidas a cómo se llegaba a través de la psicoterapia a alcanzar tales resultados – investigaciones de proceso (Sales, 2009). Es decir, hasta que no se comprobara la efectividad de la psicoterapia no tenía sentido investigar los mecanismos interviniéntes en el cambio terapéutico. Surge entonces, al inicio de los años 60, la distinción entre investigación de resultados y de proceso con una gran diseminación de estudios de resultados, que dominaron la investigación hasta final de los años 80 (Hill y Corbett, 1993, citados en Sales, 2009).

Fue así que los primeros estudios sobre la eficacia de la psicoterapia tuvieron como objetivo principal determinar si en líneas generales las psicoterapias psicológicas eran superiores al no tratamiento. También fueron denominados “estudios de primera generación”; otros autores como Jiménez (2000) la llaman “etapa de justificación” (en Moncada y Khune 2004:193).

I.1.3. Estudios de Primera Generación: ¿Sirve la Psicoterapia?

En los años 60 comienza otra etapa en la historia de la psicoterapia, debido al impulso dado por el estudio de Eysenck y la cantidad de investigaciones y estudios que se realizaron como consecuencia del mismo y que tenían como objetivo, principalmente, invalidar las conclusiones de aquel y probar la eficacia de la psicoterapia, así como también por los cambios sociales, políticos y económicos que también influyeron en esta época. Tal como afirma García (2008:2)

La investigación en psicoterapia obtiene un impulso decisivo, transformador en ésta época debido a la aparición de instituciones nacionales e internacionales que deben responder a la demanda de millones de heridos militares y civiles producto de la guerra, velar por la salud mental de la población y reorganizar los sistemas nacionales de salud. En este sentido, la psicoterapia adquirió gran relevancia para los Estados y debió integrar criterios poblacionales en grandes cantidades de habitantes y producir resultados comprobables de recuperación de pacientes, a la vez que debía propiciar herramientas para evitar que las personas adquieran afecciones psíquicas. Todo este contexto, determina incorporar paulatinamente, parámetros estadísticos para la investigación en psicoterapia. Se comienza a dejar de lado el habitual estudio detallado de casos clínicos individuales, con el objetivo de poder obtener grandes poblaciones y organizar recursos materiales y humanos y, por otro lado, enfatizar la importancia de un entrenamiento adecuado para los psicólogos y psiquiatras a fin de optimizar la respuesta terapéutica de éstos.

Los modelos psicoanalíticos de psicoterapia habían logrado gran expansión y se habían convertido en el estándar de la psicoterapia, pero luego

de la década de 1950 y debido a los cambios ocurridos surgieron dos modelos que cobraron mucha trascendencia.

Por un lado, en la década del 60 se destacan Aaron Beck y Albert Ellis, quienes comienzan a trabajar con un modelo basado en las facultades relacionales del paciente; este modelo posteriormente dio origen a las terapias de orientación cognitiva. (Semerai, 2003 en Garcia, 2008)

Por otro lado, en el mismo período, comienzan a afianzarse las terapias que utilizaban conceptos y prácticas provenientes de la psicología conductual, como Skinner y Wolpe; ambos enfocados básicamente a la psicología básica del comportamiento. Este tipo de terapias se diferenciaba de las psicoanalíticas en el énfasis puesto en la participación activa de paciente y terapeuta, el foco en problemáticas puntuales, la duración de la terapia y la búsqueda de la autonomía del paciente.

Lo que en la actualidad se conoce como Terapia Cognitivo Conductual, surgió de la integración de ambas ramas, a través de la investigación y la práctica clínica, dando lugar a una progresiva fusión de sus técnicas.

Al mismo tiempo, seguían realizándose investigaciones tendientes a revisar si la terapia era efectiva o no, siguiendo la temática planteada por Eysenck. Por ejemplo, en 1970 Meltzoff y Kornreich, concluyen luego de una revisión de 101 estudios referidos a la investigación hasta 1969, que el 80% de los trabajos daban resultados positivos respecto de la efectividad de la psicoterapia; el 20% restante no ofrecía diferencias significativas con respecto a los pacientes que no recibían tratamiento, o incluso algunos empeoraban.

Otra consecuencia importante que se deriva del estudio de Eysenck fueron los procedimientos acerca de cómo investigar. La preocupación por investigar científicamente los efectos de la psicoterapia derivó en la utilización del paradigma positivista lógico-matemático, que ponía énfasis en el control experimental y la cuantificación de los resultados. Los estudios de casos que se realizaban en los años 50, fueron criticados por falta de rigor científico y se comenzaron a utilizar distintas metodologías a las que predominaban hasta ese momento. Por lo tanto,

el formato metodológico de comprensión “caso a caso” fue remplazado por la “comparación de grupos”, con el objetivo de probar si existían diferencias estadísticamente significativas entre grupos de pacientes tratados con psicoterapia y grupos de pacientes no tratados con psicoterapia. Otro cambio importante fue dado por la complejidad de la psicoterapia, entonces mediante artificios de laboratorio capaces de simular la situación terapéutica, se comenzaron a utilizar estrategias de aislamiento y control de algunas variables. A partir de aquí comienzan a surgir los llamados estudios analógicos, en los cuales a través de procesos de simulación se estudian procedimientos del tratamiento (Sales, 2009).

Con la llegada de las psicoterapias conductuales, cobró impulso la investigación analógica, más específicamente, en un intento de desarrollar técnicas psicoterapéuticas a partir de las leyes de la psicología del aprendizaje; estas técnicas podrían demostrar la superioridad de la intervención psicoterapéutica sobre la no intervención. Un claro ejemplo de esto fueron los estudios realizados por Peter Lang y su equipo (Lang y Lazovik, 1963; Lang, Lazovik y Reynolds, 1965, en Sales, 2009) para probar la eficacia de la desensibilización sistemática en el tratamiento de las perturbaciones fóbicas.

Sin duda los estudios analógicos eran económicos, permitían mayor control experimental, y evitaban muchos problemas éticos asociados a la experimentación en el contexto real; sin embargo al seguir procedimientos metodológicos no compatibles con la práctica real esta estrategia apartó la investigación de la práctica clínica. De esta forma la investigación se limitaba exclusivamente a los centros académicos, y se inició así una trayectoria apartada entre terapeutas e investigadores, que perdura aún en la actualidad.

Por todo lo dicho hasta acá, podemos decir entre los años 50 y 70, la investigación estuvo centrada en determinar la eficacia general de la psicoterapia para inducir el cambio, es decir, ¿Sirve la psicoterapia?. Para averiguar esto la principal estrategia de investigación utilizada consistió en evaluar los resultados de las intervenciones mediante la metodología experimental cuantitativa de comparación estadística de grupos, en formato de investigación analógica.

Bergin y Lambert (1978) concluyen lo siguiente:

La cuestión de eficacia general fue investigada exhaustivamente, en distintas modalidades de tratamiento, hasta que, al final de la década del 70, importantes revisiones de la literatura demostraron inequívocamente que la psicoterapia sirve; concretamente, que la psicoterapia es más beneficiosa que los procesos de remisión espontánea de los problemas por el paso del tiempo en los grupos de control no sometidos a tratamiento (en Sales, 2009:387).

Durante décadas, como un intento de discriminar mediante estudios comparativos cuáles modelos y técnicas psicoterapéuticas producían resultados más positivos de acuerdo a distintos tipos de perturbaciones, se hallaron resultados sorprendentes. Los distintos modelos psicoterapéuticos obtenían resultados equivalentes, así surgió aplicar a la psicoterapia el veredicto del pájaro Dodo en Alicia en el País de las Maravillas (Luborsky, Singer y Luborsky 1975, en Sales 2009): “Todos ganaron y todos deben recibir premios” (estando los amigos completamente mojados, el pájaro Dodo propuso una carrera que ganaría el primero que se secara. Se inició la carrera, cada uno partiendo cuando quisiera, y después de algún tiempo el pájaro Dodo anuncia que la carrera terminó. ¿Quién ganó? Preguntan. El pájaro contesta: Todos ganaron y todos deben recibir premios).

I.1.4. Estudios de Segunda Generación: ¿Qué terapia es más eficaz?

Comprobada la eficacia de la psicoterapia comienzan a surgir, entonces, los llamados “estudios de segunda generación” (Lambert y Bergin, 1994, en Castro Solano, 2001:65). La pregunta entonces es ¿Cuáles son los tratamientos específicos más eficaces para determinados tipos de cuadros psicopatológicos? El debate consistía en demostrar la superioridad de determinadas escuelas por sobre otras, es decir, cuáles eran los tratamientos más eficaces. Se intentaba probar la eficacia de un modelo por sobre otro en función de los denominados ingredientes específicos de las psicoterapias. Comienza el auge de las psicoterapias Rogerianas, en la década del 60. Rogers afirmaba que los ingredientes específicos suficientes para el cambio terapéutico eran la calidez y la empatía de los terapeutas, luego estos aspectos fueron denominados factores comunes o no específicos. Para autores como Beutler, Machado y Allstetter, esta era una de las razones por las cuales todas las psicoterapias resultaban efectivas de un modo u otro.

En un comienzo las investigaciones se centraban principalmente en los estudios de resultados, estos consistían en comparar el estado inicial del paciente con el final, luego de haberse aplicado el tratamiento. Poch y Ávila (1998) afirman que de hecho la investigación de resultados se instaura con una fórmula sugestiva: comparar el antes y el después del tratamiento. Herman (1986) por otro lado, denomina a esta metodología de estudio “cajanegrista”, ya que lo que interesa es ver si un tratamiento ha influido en una persona o un grupo de personas y no el cómo, el porqué, etc.; estos modos de proceder decepcionaban a los clínicos y a los propios investigadores. Por otro lado la constatación progresiva de la eficacia global de la psicoterapia fue desplazando el interés desde la comparación de los tratamientos hacia la investigación de los “ingredientes

específicos” y hacia la combinatoria de “paciente x terapeuta x técnica”, esto con el objetivo de descubrir las combinaciones más efectivas y afortunadas.

Ciertamente no era suficiente ya con haber demostrado que la psicoterapia era eficaz, sino que también era tiempo de comprobar, desde el punto de vista científico, porqué funcionaba y fundamentalmente cómo lo hacía.

De esta forma la realidad procesual de los tratamientos psíquicos se puso en evidencia y se hizo necesario incorporar medidas del proceso, que complicaron necesariamente las investigaciones. Ciertamente los estudios procesuales no podían desvincularse de los estudios de resultados; es decir, estudiar el proceso sin vincularlo al resultado habría sido irrelevante. Conjuntamente se continuó con la investigación de los resultados de diferentes tipos de tratamientos y aplicándolos a pacientes con padecimientos diversos. Además se continuó trabajando en la comparación de tratamientos y en las problemáticas metodológicas relacionadas con este tipo de investigaciones.

Surge así a principios de los años 80 un cambio de planteamiento; al observarse un mayor interés por los estudios del proceso psicoterapéutico, se comenzaron a generar dificultades al ir en busca de metodologías oportunas para abordar el devenir de la psicoterapia como un proceso de intercambio entre dos personas con un principio y un final. Poch y Ávila (1998) afirman que sería erróneo sobrevalorar los estudios de proceso, ya que muchos de ellos son microestudios de resultado.

La controversia entre investigación de proceso y de resultados deriva de la existencia entre las metodologías más experimentalistas y las más observacionales, entre las más cercanas al control de variables o las más cercanas al estudio de los fenómenos en su estado natural. La investigación en estos dos campos estaba muy disociada, más cuanto más atrás nos situamos en el tiempo (Beutler, 1990, en Poch y Ávila, 1998). La investigación de resultados miraba con cierto recelo y menosprecio a las investigaciones de proceso, se les veía atrapados por sus absurdos conceptos, por teorías insostenibles, usando metodologías no empíricas, y muy sesgados por teorías que explicaban cómo

funcionaba la psicoterapia de un modo ilusorio. Entonces, el clínico debía evaluar el proceso día a día, no podía esperar al final. Tampoco sometía sus instrumentos de evaluación a un control metodológico académicamente riguroso.

Se producía así, el siguiente planteamiento: por un lado, algunos académicos se sorprendían de los clínicos, cuyas guías para conducir el proceso psicoterapéutico eran su “sabiduría clínica”, sus impresiones y sus suposiciones teóricas, esto fomentaba la desconfianza de los primeros. Por otro lado, los investigadores eran mal vistos por los clínicos, quienes se sentían menospreciados y sometidos a críticas que no valoraban sus conocimientos clínicos. De esta forma el acercamiento era prácticamente imposible entre ambos ámbitos.

En la década del 70, a medida que se fueron operativizando algunos conceptos teóricos, la investigación de proceso se fue afianzando, el mundo académico se acercó más al clínico, y comenzaron a existir entre ellos numerosos puentes. Podríamos decir que algunos metodólogos se sensibilizaron a los problemas clínicos y comenzaron a diseñar instrumentos estadísticos oportunos para los clínicos y que ayudaban a expresar algunos conceptos de forma más acorde a los criterios académicos requeridos en ese momento. Poch (1989, en Poch y Ávila, 1998) afirma que el auge del paradigma cognitivo impulsó este acercamiento, que ponía de manifiesto la ceguera del paradigma conductual, que no tenía en cuenta variables intermedias (el paradigma ER frente al paradigma EOR).

Tal como escriben Poch y Ávila (1998:131):

El sentido común, extrañamente, parece que ha acabado por imponerse aceptando que la psicoterapia es una actividad eminentemente clínica que debe ser estudiada en su contexto; difícilmente podría ser una actividad seria cuando dejase de lado dicho ámbito y prescindiera de la mente del paciente pretendiendo que es una tabla rasa sin importancia. Se puede decir que o los investigadores de resultados se acercaban a los

clínicos interesados por el proceso, o la historia hubiera dado buena cuenta de los primeros.

Distinguir entre estudios de proceso y de resultado es oportuno, aunque no deja de ser algo forzado ya que ambos tipos de estudio suelen superponerse en alguna medida.

Describiré ahora, algunos hitos históricos que tienen que ver con la evolución de estas dos modalidades de investigación:

I.1.4.a. Estudios de Resultados

Los estudios de resultados, como ya expuse anteriormente, fueron los primeros en desarrollarse en la década del cincuenta, su aparente rigor y simplicidad los hacía muy atrayentes. El trabajo de Eysenck, pionero para la época, se consideró un estudio de resultados.

En el campo de los tratamientos para trastornos psicosomáticos encontramos un modelo de investigación de resultados. Malan (1973) realizó una revisión de la literatura e identificó 5 trabajos. Uno de ellos fue el de Orgel (1958), quien explicaba que en el curso de su actividad psicoanalítica trató a 15 pacientes que sufrían úlceras en el tubo digestivo; realizó un seguimiento de los pacientes entre 10 y 20 años después de finalizado el tratamiento. Los resultados fueron los siguientes: los 5 pacientes que habían interrumpido el tratamiento prematuramente, continuaban presentando síntomas, los otros 10 pacientes que completaron el tratamiento se mostraron asintomáticos. Tal como indicaba Malan la interpretación de los datos era múltiple, pero los datos inducían a pensar que en alguna proporción, parte de la mejoría se debía al tratamiento psicoterapéutico. Los demás estudios incluidos en la revisión de Malan arrojaban también resultados positivos (Poch y Ávila, 1998).

En otra revisión de resultados realizada por Lambert (1979, citado en Poch y Ávila, 1998) se llegaba a la conclusión de que la aplicación de Métodos psicoterapéuticos en trastornos psicosomáticos era adecuada, ya fueran métodos interpretativo-dinámicos o derivados de la teoría del aprendizaje.

A pesar de la dedicación de los investigadores, la realización material de este tipo de estudios contaba con numerosos problemas. Dos instituciones londinenses, el Instituto de *Psiquiatría del Hospital Maudsley* y la *Clínica Tavistock*, realizaron un estudio conjunto en el que aparecieron algunas dificultades; el principal inconveniente fue la “elección del grupo control”. Tres grupos formaban parte del mismo, distribuidos de la siguiente forma: uno recibía una psicoterapia breve, el segundo la psicoterapia indicada por el terapeuta que había derivado al paciente, y el tercero una intervención inespecífica (del tipo de psicoterapia de apoyo). Teniendo en cuenta las exigencias metodológicas, el resultado fue que al cabo de un año el número de pacientes remitidos y que habían iniciado el programa eran insuficientes, esto debido a que los clínicos que debían derivar a los pacientes al programa, evitaban enviar a aquellos cuya indicación era evidente, porque de hecho solo tenían la posibilidad entre otros tres pacientes de recibir el tratamiento que les convenía; esto hizo inviable el proyecto. Otra dificultad que surgió tenía que ver con el complejo procedimiento para determinar la indicación de la psicoterapia breve, ya que implicaba múltiples entrevistas con los miembros de todo el equipo de investigación y una evaluación por medio de escalas clínicas. Esta forma de proceder provocaba un sesgo que introducía un problema en sí mismo, y se alejaba de la práctica clínica real.

Bergin (1966, en Poch y Ávila, 1998) realiza un balance de lo que se consideraba conclusiones de trabajos de investigación de resultados. Tras el entusiasmo del principio comienza a aparecer cierto desánimo. Para este autor el balance era desesperanzador; concluía lo siguiente:

- 1- La mayor parte de formas de psicoterapia empeoraban más que mejoraban a los pacientes.

- 2- Los pacientes no tratados mejoraban, al menos sintomáticamente, a lo largo del tiempo.
- 3- La única escuela que había logrado resultados positivos, de forma continua, era la rogeriana.
- 4- Las características del terapeuta que correlacionaban con el éxito terapéutico eran la empatía, la autenticidad y la aceptación positiva hacia el paciente.
- 5- Los tratamientos asimilables a seguimiento con entrevistas parecían no producir mejorías.
- 6- Las terapias de conducta se mostraron eficaces en lo concerniente a los síntomas.

Estas conclusiones afectaban a toda la investigación en psicoterapia. Strupp y Bergin tras entrevistar a varios investigadores y realizar nuevos balances, concluían que algunas de las razones de tal desánimo era que los trabajos de investigación no resultaban útiles en la práctica clínica y que se lograban comprender cosas nuevas no a través de los trabajos controlados sino a través de la práctica clínica (Bergin y Strupp, 1970-1972, citados en Poch y Ávila, 1998).

De esta forma la práctica clínica se constituía como un lugar de descubrimiento, apuntando a generar interrogantes. Bergin (1972) afirmaba q en el transcurso de las entrevistas con los investigadores había observado que algunos terapeutas de orientación dinámica obtenían resultados de forma manifiesta, pero q era muy difícil hacerlos evidentes con los métodos de evaluación que se utilizaban habitualmente.

Comenzaron así, a hacerse más evidentes las críticas a la investigación de los resultados en psicoterapia. Por ejemplo Truax (1971), criticaba el abuso de test psicológicos y de tratamientos estadísticos para evaluar los resultados. Por su parte Bergin (1972) advertía que usar metodologías sofisticadas no era válido para extraer detalles que clínicamente se podían considerar útiles y relevantes a la hora de investigar los resultados de procesos terapéuticos (Poch y Ávila 1998).

Fue Lambert (1979) quien se acercó más a una conclusión certera sobre el tema. Afirmaba que era poco probable que una simple correlación de una serie de variables, vinculadas al paciente, permitiera contribuir más a lo ya conocido hasta ese entonces. De cierta forma parecía inútil seguir analizando los resultados de esa forma simplista, de lo contrario era más adecuado analizar variables específicas del paciente, definidas en función de un sistema teórico y que estuvieran vinculadas al tratamiento y al paciente. Tal como afirma Ávila (1998, en Poch y Ávila, 1998) la principal cuestión radicaba en el estudio en el estudio de las relaciones entre técnica, proceso y resultados.

Todos estos planteamientos, sumados a la conclusión de que las psicoterapias eran efectivas ya de forma evidente y a los estudios metaanalíticos que también apuntaban al beneficio aportado por todos los sistemas de psicoterapia, enfatizaron el interés desde los estudios de resultado hacia los estudios de proceso.

I.1.4.b Estudios de Proceso

Distintos investigadores, luego de establecer y verificar la efectividad de la psicoterapia, se vieron en la necesidad de estudiar los procesos terapéuticos que la hacían eficaz. De esta forma comienzan a surgir los estudios de resultados.

Los estudios de proceso tenían por ese entonces el objetivo principal poner atención en los detalles de las interacciones que se daban en el transcurso de determinado tratamiento. Para ello era necesario tener en cuenta el sistema teórico en el cual el clínico se apoyaba para realizar sus intervenciones; tal como afirman Poch y Ávila (1998) esto era una gran fuente de problemas a la hora de “investigar”.

La Fundación Menninger, la Clínica Tavistck, la Universidad de Pensilvania y el Hospital Monte Zion, fueron las principales instituciones en llevar a cabo investigaciones sistemáticas sobre los resultados de los procesos terapéuticos.

Otro hito importante ocurrido en la década del 70, es la aparición de los manuales. Los manuales fueron creados con el fin de sistematizar los tratamientos; en este sentido un tratamiento manualizado era descripto como el procedimiento minucioso de lo que el terapeuta debe hacer sesión por sesión para ayudar al paciente. Los primeros manuales surgen especialmente destinados a apoyar los estudios de la eficacia de la psicoterapia. En un comienzo fueron de orientación conductual, por ejemplo el de Wolpe en 1969, quien fue uno de los pioneros en utilizar este tipo de herramientas, luego aparecen de otras orientaciones: como el de Psicoterapia Expresiva con Orientación Psicoanalítica de Luborsky en 1976, Terapia Cognitiva de la Depresión de Beck en 1979, Psicoterapia Interpersonal de la Depresión de Klerman en 1979 y Psicoterapia Breve de Strup en 1982, son algunos ejemplos. (Luborsky y Derubeis, 1984, citados en Poch y Ávila, 1998).

La manualización del tratamiento es una manera de operacionalizar el procedimiento pero hoy sabemos que facilita en algunos terapeutas una adherencia al mismo quitándole flexibilidad en la práctica clínica. Cuanto más adherencia al manual menor efectividad, menor capacidad para resolver imprevistos. En conclusión la manualización del tratamiento inhibiría la creatividad del terapeuta.

En cuanto a la implementación de los manuales para distintos tipos de tratamientos surgen diversas críticas. Una de ellas tenía que ver con el argumento de que los mismos no lograban describir lo que realmente sucede en la terapia, ya que aunque especifiquen el qué de la intervención, es decir, sus componentes, no describirían el cómo, la secuencia y la calidad de los comportamientos del terapeuta en la interacción con los pacientes. Es decir que aunque los manuales describiesen una intervención efectiva, no es posible saber qué intervención realizada por el terapeuta era la responsable de provocar cambios en la terapia.

Otra de las críticas que encontramos están relacionadas a que generalmente los manuales están basados en los trastornos psicológicos identificados en las nosologías internacionales dejando de lado las teorías que

guían los tratamientos. Además de que muchos manuales convencionales se organizan rodeados de una teoría única, y sucede que muchos terapeutas adoptan una perspectiva ecléctica o multiteórica.

I.1.5. Estudios de Tercera Generación: Los ensayos clínicos

En la década de 1980 se comenzó a pensar en la idea de replicar los resultados de los estudios analógicos en ensayos clínicos (clinical trials). Se denominaron ensayos clínicos a los estudios de resultados llevados a cabo en contextos clínicos; serían un punto medio entre las exigencias metodológicas y las exigencias de naturaleza práctica, ética y administrativa que permiten la investigación en un contexto real. La similitud de los ensayos clínicos con los analógicos radica en la comparación estadística de grupos.

Kazdin (1986, en Sales, 2009) intenta dar una definición funcional de los ensayos clínicos a través de la siguiente explicación: propone que ambos, estudios analógicos y ensayos clínicos, pueden ser clasificados en un continuum de cercanía a las condiciones clínicas reales, tomando los siguientes criterios: naturaleza del problema tratado, perfil y forma de reclutamiento de los participantes, perfil de los terapeutas, selección del tratamiento, expectativas del participante hacia el tratamiento y formato y contexto del tratamiento. A partir de la definición planteada por este autor, los estudios analógicos estarían situados en el extremo de semejanza mínima a la práctica real y los ensayos clínicos estarían en el extremo de semejanza elevada.

Los procedimientos utilizados en los estudios comparativos de modelos y técnicas terapéuticas, fueron durante mucho tiempo, los estudios analógicos y los ensayos clínicos. Se utilizaron como una forma de intentar determinar cuál o cuáles psicoterapias producían resultados más positivos. Las conclusiones sorprendían a los investigadores, ya que la mayoría de las psicoterapias mostraban efectos positivos.

Esta interpretación de resultados trajo aparejada una reflexión sobre las investigaciones realizadas hasta el momento. Surgían dos opciones, por un lado, o bien las investigaciones anteriores se habían realizado de forma inadecuada, llegando así a conclusiones erróneas y de esta forma la metodología debía ser mejorada; o bien la equivalencia de resultados reflejaba los mecanismos relacionados al cambio terapéutico, lo cual también era conveniente investigar.

La hipótesis más desarrollada para estas dos opciones, fue la de la imprecisión metodológica. Varios errores surgían de estudios comparativos. Por un lado, se verificó que no era controlada la variabilidad de aplicación técnica dentro de un mismo modelo psicoterapéutico, lo cual no permitía comparar en rigor los efectos de los diferentes modelos. Por otro lado se suponía que los pacientes que buscaban psicoterapia tenían más semejanzas que diferencias entre sí; esto se reflejaba en errores de muestreo, con grupos experimentales clínicos. De esta forma surgían diferencias en los pacientes que no permitían sacar conclusiones sobre qué tipo de terapia era eficaz o ineficaz según el tipo de patología.

Es decir, hasta entonces los estudios comparativos habían asumido presupuestos de uniformidad en la aplicación de los modelos psicoterapéuticos y de los pacientes, tal como lo afirmaba Kiesler (1996, en Sales, 2009), y esto terminaba en una imprecisión de variables. De esta forma se llegaba a una conclusión errónea de que los modelos psicoterapéuticos eran equivalentes, debido a que los resultados correspondían a los efectos medios de cada terapia aplicada a grupos heterogéneos de pacientes, terapeutas y contextos.

Este autor criticaba la ausencia de un paradigma adecuado a la comprensión de la psicoterapia en su complejidad intrínseca. Por lo tanto proponía el esqueleto básico para un Paradigma para la psicoterapia, capaz de orientar a los investigadores en el planteamiento teórico y metodológico, lo llama el “Paradigma de la Matriz”, se trataba de una propuesta de encuadre meta-teórico de las variables operativas del proceso psicoterapéutico, en una matriz multidimensional. Lo explica de la siguiente forma:

El paciente comunica algo; el terapeuta comunica algo en respuesta; el paciente comunica y/o experimenta algo diferente; y al terapeuta, al paciente y a los demás les gusta el cambio (aunque les pueda gustar en distintos grados o por distintas razones). Lo que el terapeuta comunica (las variables independientes) es muy probablemente multidimensional (y el patrón de esta multidimensionalidad tiene que ser clarificado). La enorme tarea de la teoría y de la investigación en psicoterapia es llenar las variables de este paradigma. (Kiesler, 1966, en Sales, 2009:390)

Paul, en 1967, realizó una propuesta importante luego de los aportes realizados por Keisler. Proponía que la investigación de los efectos de la psicoterapia debía ser guiada por un objetivo específico: “¿Qué tratamiento, impartido por quién, es más efectivo para esta persona con este problema específico, bajo qué circunstancias?”, y no por cuestiones más generales de tipo ¿Cuáles son las psicoterapias más eficaces? (Paul, 1967, en Sales, 2009:390).

De esta forma, se observó en esta década, un gran movimiento para uniformar las condiciones experimentales de ensayos clínicos con grandes muestras. La heterogeneidad de los sujetos se intentó controlar de dos maneras: por un lado, seleccionando rigurosamente los participantes de investigaciones con base en categorías diagnósticas de la nosología psiquiátrica del DSM; por otro lado, distribuyendo aleatoriamente los sujetos por las distintas condiciones experimentales.

I.1.6. Tratamientos Empíricamente Validados

En los años 90 surge la necesidad de incorporar todos los conocimientos acumulados hasta el momento, en un cuerpo teórico de carácter científico que constituyera una base para la buena práctica de la psicoterapia, y que también

pudiera informar los efectos científicamente comprobados de las distintas modalidades psicoterapéuticas. Se había producido una distancia entre la investigación y la práctica clínica.

Así en 1992, la Asociación Americana de Psicología (American Psychology Association, APA), organiza un grupo de trabajo formado por investigadores-terapeutas denominado *Task Force on the Dissemination of Psychological Procedures*. Los tres objetivos principales fueron: *el primer lugar*, definir qué criterios deberían ser usados para evaluar evidencias científicas de los efectos del tratamiento psicoterapéutico; *en segundo lugar*, revisar la literatura de investigación sobre el tratamiento psicológico, con el objetivo de, aplicando dichos criterios de evaluación, identificar los Tratamientos con Soporte Empírico (EST). En *tercer lugar*, asegurar medios para que la información sobre los tratamientos con soporte empírico llegase no solo a entidades externas –clase política, directores y gestores de los sistemas de salud y seguridad social, el público- y también a los terapeutas para que su práctica clínica fuera orientada, a semejanza de lo que acontece en la medicina, por las evidencias empíricas derivadas de la investigación.

La denominación de Tratamientos con Soporte Empírico, o también denominados Terapias Basadas en la Evidencia, hace referencia a todos y cada uno de los abordajes terapéuticos que han probado, a través del sustento empírico, ser efectivos en el tratamiento de determinada problemática. (Straniero, 2004).

Cuatro vectores importantes guían la postura tomada por esta comisión para guiar su trabajo (Chambless & Hollon, 1998, en Sales, 2009:392-393):

- a- Considera que la única forma de establecer una relación causa-efecto entre una intervención psicológica y una mejoría observada en el paciente es demostrar que esta mejoría se debe a los efectos del tratamiento, y para ello la metodología experimental es el único formato capaz de demostrar esta causalidad, o bien a través de la comparación de grupos por ensayos clínicos, o bien a través de experimentos de sujeto único.

- b- Para reconocer los efectos de determinada intervención, atribuye un papel fundamental a la replicación de resultados por equipos de investigación independientes; esto debido a que garantizan que el efecto observado no se debe a errores de conducción del estudio; también porque protege del sesgo del investigador o de resultados basados en factores no generalizables, que sólo se verifican en un contexto específico de terapeutas.
- c- Apunta a la necesidad de protocolizar la intervención, entrenar y monitorizar al terapeuta, para la implementación adecuada del tratamiento. Además de proporcionar la definición operativa de la variable independiente, esta descripción formulada en un manual, una vez publicada, facilita la propagación del tratamiento en la comunidad clínica.
- d- Establece que es necesario definir el efecto de la intervención psicológica para problemas específicos o para determinadas poblaciones, usando como criterios de agrupamiento, sistemas de diagnóstico llamados “universales”, es decir, reconocidos y usados por la mayoría de los clínicos. Es el caso del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales* (DSM) y de puntuaciones en cuestionarios o entrevistas validadas y fiables en la identificación de problemas.

A través de estos vectores, la Comisión revisa y examina sistemáticamente la investigación publicada, con el objetivo principal de identificar los EST, es decir, tratamientos psicológicos claramente especificados que mostraron ser eficaces, en investigaciones controladas con determinada población. El objetivo a largo y corto plazo de esta comisión fue basar la práctica clínica en investigación experimental sistemática en psicopatología, evaluación y prevención.

Sin embargo, luego de la publicación de las listas de *Tratamientos Empíricamente Validados*, surgieron innumerables críticas. Bohart y colegas (Bohart, O'Hara & Leitner, 1998, en Sales, 2009:393) utilizaron el término “terapias

empíricamente violentadas”, en lugar de “terapias empíricamente validadas” para expresar su desacuerdo.

Surgían así argumentos a favor y en contra de las terapias empíricamente validadas. A favor de ellas, de destacan los siguientes puntos: a) se sabía mucho respecto del tema; b) permitían mejorar la atención del paciente; c) permitían influir sobre los responsables políticos; d) fomentaban una mejor formación en psicoterapia, e) fomentaban la investigación en psicoterapia. En cambio, en su contra se argumentaba que: a) algunos datos sobre la eficacia eran inadecuados; b) la eficacia de la mayoría de los tratamientos era relativa; c) discriminaba sistemáticamente a favor de determinados tipos de tratamiento, investigación y paciente; e) inhibían la innovación clínica; f) partían de criterios no validados de inclusión (demasiado rígidos en un sentido, demasiado laxos en otros); h) algunos requisitos de especificidad diagnóstica deshumanizaban al paciente.

También se criticaba que un listado de tratamientos, tenía una naturaleza estática que no acompaña el constante desarrollo de los tratamientos y de las estrategias de investigación. Lambert destacaba que ofrecían una falsa garantía de efectividad a terapeutas y pacientes, ya que según él, “aunque muchos terapeutas y el público en general se sienten cómodos al ofrecer y recibir una psicoterapia soportada empíricamente, la realidad es que el éxito del tratamiento perecería depender más del paciente y del terapeuta, que del uso de tratamientos comprobados empíricamente”; y continúa, “la prueba del efecto del tratamiento tiene que basarse en la medición de la respuesta al tratamiento y no en la indicación del tratamiento correcto” (Lambert, Bergin & Gardfield, 2004, en Sales, 2009:396).

Otra dificultad derivada de los tratamientos con soporte empírico, es que podrían reducir la aplicabilidad en la práctica clínica, esto debido a que a muchos psicólogos clínicos no les agradan guías estructuradas de actuación, y aquellos que las aceptan carecen de entrenamiento necesario para aplicarlas; sucede que para cada tipo de diagnóstico o problema existe un tratamiento protocolizado, lo

cual implicaría tantos entrenamientos específicos como la diversidad de cuadros clínicos. Esto implicaría costos y entrenamientos que no son proporcionados en los sistemas de salud mental. Y como hemos dicho anteriormente surge una pérdida de competencias interpersonales y terapéuticas cuando se utilizan tratamientos protocolizados.

La aproximación entre la investigación y la intervención terapéutica tiende a ser una de las prioridades; los tratamientos validados empíricamente fueron una alternativa para esto. Pero en lugar de acortar la distancia entre la investigación y la práctica clínica, ha tenido el efecto contrario.

Es necesario crear condiciones para que la práctica clínica guie la investigación, como un modo de re establecer un puente entre investigadores y terapeutas, para ello sería fundamental que la información sea de carácter bidireccional. Lambert señala que se logrará establecer este puente, entre terapeutas e investigadores, únicamente cuando el punto de vista de los terapeutas sea oído y considerado, para ello, es fundamental la cooperación y la comunicación (Lambert, Garfield & Bergin, 2004, en Sales, 2009).

I.1.7. Actualidad

Luego de haber realizado un extenso recorrido histórico relacionado a la investigación en psicoterapia, hemos observado que para comprender los actuales desafíos y las principales tendencias en progreso que predominan en este campo, debemos tener en cuenta los contextos sociales, políticos, económicos y científicos, ya que estos influyen cada vez más en la práctica y en la investigación en psicoterapia.

Las psicoterapias psicológicas lograron experimentar, durante gran parte del siglo XX, una notable demanda.

Estaríamos en condiciones de afirmar, que la psicoterapia es eficaz y efectiva. Los resultados se mantienen en función del problema tratado y el

procedimiento aplicado. Los psicólogos que se dedican a la psicoterapia cuentan con información necesaria para basar sus tratamientos e intervenciones en el conocimiento científico. Pueden acceder a los resultados de las distintas líneas de investigación existentes y con eso tienen la suficiente materia prima y conocimientos para pensar y diseñar el tratamiento personalizado que cada paciente necesita.

No hay duda de que la psicoterapia resulta. Lo importante actualmente, tiene que ver con identificar los ingredientes del proceso, comprender de qué forma opera el cambio psicoterapéutico y lograr ampliar su influencia.

Para comprender con precisión el cambio psicoterapéutico, han surgido dos líneas importantes de investigación. Una está dirigida a la búsqueda de factores comunes a todas las intervenciones curativas; es decir, pretendiendo saber en qué medida el cambio terapéutico resulta de las características únicas de tratamientos específicos, o si en realidad resulta de factores de naturaleza más general, que estarían presentes en un tratamiento pero, quizás, en todos los demás (Lambert & Ogles, 2004, en Sales, 2009).

La otra línea de investigación, apunta a esclarecer el qué, en la complejidad de un tratamiento, produce qué efecto; pretende identificar los ingredientes y mecanismos del cambio, conectando lo que ocurre en las sesiones de terapia con los resultados obtenidos (Greenberg, 1986, en Sales, 2009).

En líneas generales, la investigación relacionada al cambio terapéutico apunta a aislar e identificar los ingredientes del proceso psicoterapéutico, para comprender así como opera el cambio, y de esta forma poder ampliar su influencia.

Otro dato importante y fundamental para la investigación en psicoterapia está relacionado con las Terapias Basadas en la Evidencia. Sin desestimar el esfuerzo realizado para conocer de manera científica qué es lo que funciona en psicoterapia, desde hace algunos años los investigadores han puesto su atención en otro aspecto relacionado a este tema; esto surge por una parte debido a las

críticas con respecto a los TBE (Tratamientos Empíricamente Validados), pero también en función de las nuevas tendencias en investigación.

La importancia de las evidencias científicas está dada por el valor que tienen de quitar al terapeuta el rol de experto y trasladarlo al cliente, que es quién mide el verdadero resultado de la terapia, a través de los cambios que va experimentando. La generalidad de los clínicos actúa según un proceso único de creatividad disciplinada que emerge de la singularidad de cada encuentro terapéutico.

Una alternativa a los TBE surge de la postura de Bohart, O'Hara, y Leitner (1998, en Botella, Pacheco, Herrero & Corbella, 2000), quienes proponen que lo que debe considerarse “tratamiento a elección” es el terapeuta y no el enfoque terapéutico. Lo importante sería asegurarse que lo que esté haciendo el terapeuta con el cliente, sea más útil que la forma de terapia que se esté utilizando. Desde esta línea se considera de fundamental importancia evaluar el progreso y la eficacia con instrumentos que hayan sido validados empíricamente (como cuestionarios, escalas, etc.) pero considerando también los factores que la investigación ha demostrado que colaboran más con un buen resultado, por ejemplo: los recursos del cliente, el desarrollo de la alianza terapéutica, expectativas del paciente respecto al tratamiento, etc.

También desde el *Instituto para el Estudio del Cambio Terapéutico* (*I.S.T.C.*), se hicieron aportes enriquecedores a la investigación y práctica clínica actual, a través de dos proyectos, realizados por Hubble, Duncan y Miller (1999).

El primer proyecto consistió en la revisión de la literatura con el propósito de seleccionar los ingredientes principales de la terapia que proporcionaban el mejor puente entre las distintas escuelas y disciplinas. A partir del trabajo inicial de Lambert (1986, citado en Hubble et al., 1999) sobre los factores que intervenían en el cambio psicoterapéutico, se amplió en forma significativa la definición de lo que se denominaba “factores comunes” – el segundo, de los cuatro elementos que según él, daban cuenta de una terapia exitosa (Duncan, Hubble y Miller 1997). La

revisión sugirió que los cuatro factores (extraterapéuticos, comunes, placebo y modelo) deberían ser considerados factores comunes.

Desde este estudio surgió una “meta visión” de los modelos de terapia. En las últimas décadas las encuestas han encontrado, por ejemplo, que los clínicos tienden a identificarse menos con algún enfoque de los que disponen en el campo (Grafield, 1994; Norcross y Newman, 1992, en Hubble et al., 1999). Existe una tendencia de los terapeutas a tomar una variedad de enfoques con el objetivo de individualizar un tratamiento que se adapte a las características del cliente individual. Por lo tanto, dadas las múltiples opciones disponibles, el desafío fundamental para los terapeutas tiene que ver con responder a la pregunta ¿Cuál técnica o enfoque adoptar cuando se trabaja con un cliente particular?

El segundo estudio realizado por el I.S.T.C, fue el denominado “*Proyecto Casos Imposibles*”, el cual logró responder al interrogante ¿Qué funciona para quién? Fue una investigación realizada, durante cinco años, con el objetivo de estudiar cómo algunos casos se estancaban en el tratamiento y de qué forma utilizar los cuatro factores curativos para resolver esos impasses (Duncan, Hubble y Miller, 1997). Uno de los hallazgos iniciales fue la probabilidad de un resultado exitoso, incluso en los casos más complicados y desafiantes, a través de la posibilidad de acomodar simplemente el tratamiento a las percepciones que tiene el cliente del problema presente, sus causas y soluciones potenciales, y las ideas y experiencias con el proceso de cambio en general.

Surge de esta forma, la Teoría del Cambio del Cliente, unificada a partir de tres enfoques integrativos: la teoría del cliente acerca del problema presente, las soluciones potenciales y el proceso de cambio; que podía ser usada como base para determinar “qué enfoque, a quién, sería el más efectivo para esta persona, con qué problema y bajo este conjunto de circunstancias particulares” (Duncan, Hubble y Miller, 1997). Esta teoría del cliente mediaba la elección de la técnica, la combinación de modelos y teorías, y también la naturaleza e intensidad de la relación terapéutica que lleva con mayor probabilidad a un resultado positivo del proceso psicoterapéutico.

Para Duncan y Miller (2001) la terapia efectiva tenía que ver con que los terapeutas se “relacionaran” con los clientes para facilitar el proceso de cambio y así lograr los resultados deseados. De esta forma se planteó una forma de pensar y organizar el tratamiento denominada *“Trabajo clínico dirigido por el cliente e informado por los resultados”*, poniendo énfasis en la centralidad del cliente, teniendo en cuenta sus percepciones para guiar el proceso de tratamiento.

Para que este enfoque funcione es necesario que el terapeuta pueda estimular los factores de las teorías que dan cuenta de los resultados exitosos, usar la teoría del cambio del cliente para guiar la elección de técnicas y la integración de diversos modelos de terapia, y pueda informar el tratamiento con evaluaciones válidas y confiables de la experiencia del cliente del proceso y los resultados (Duncan, Hubble y Miller, 1997). El terapeuta trabaja activamente para aumentar la contribución de estos factores al identificar las formas en que ellos operan en su propio trabajo clínico.

Desarrollar una práctica terapéutica informada por los resultados no resulta ser complicada, larga o costosa; por el contrario es posible recurrir a las escalas manuales, disponibles, como el Cuestionario OQ-45.2, e incorporarlas a su práctica clínica. Valoran la utilidad de este instrumento por ser sensible a los cambios, con sus tres áreas de evaluación, para tomar decisiones válidas respecto a la efectividad del tratamiento.

Destacan la importancia de explicar el proceso y la racionalidad del tratamiento a los clientes antes de la iniciación formal del mismo, esta acción disminuye el abandono prematuro o la terminación unilateral (Garfield, 1994, citado en Hubble et al., 1999).

En resumen, evaluar sistemática y continuamente el resultado, en términos de proceso puede suministrar a los clínicos una “ventana hacia la oportunidad”, de forma crítica para tener en cuenta fundamentalmente los intereses y necesidades del cliente y poder efectuar las modificaciones que necesite el tratamiento que ofrecen. Por otro lado, los autores enfatizan en la importancia que tiene la

experiencia del cliente de la alianza terapéutica y de los cambios significativos en las primeras fases del tratamiento como un buen predictor de resultados positivos.

Duncan y Miller (2001) indican que no es posible que los terapeutas puedan tener una relación exitosa con todas las personas que se encuentran; pero, proponen que el trabajo clínico dirigido por el cliente e informado por los resultados se puede considerar exitoso cuando los clientes alcanzan el cambio, sin embargo cuando esto no ocurre, el terapeuta pueda trabajar con el cliente para sacarlo de ese enfoque, ya que finalmente es el cliente el contribuyente más importante para los resultados del tratamiento.

I.2. Criterios para evaluar la Psicoterapia

La eficacia y la efectividad de la terapia psicológica es un tema clave tanto desde punto de vista científico como aplicado, y ha generado un gran número de publicaciones e importantes debates.

Para abordar este tema, es fundamental definir qué se entiende por intervenciones eficaces y efectivas para ello estudiaremos la conceptualización de distintos autores. Así revisaremos los datos que existen sobre la eficacia general de la psicoterapia y la eficacia diferencial de las distintas orientaciones psicoterapéuticas.

I.2.1. Eficacia, Efectividad y Eficiencia

A partir de la investigación impulsada desde los años 50 y de la progresiva complejidad que las metodologías para la investigación desarrollaron, se delimitaron tres criterios para evaluar el uso de las psicoterapias y encuadrar su investigación: **la eficacia**, entendida como la obtención del mejor resultado posible con la mayor durabilidad posible de una terapia o técnica para un trastorno específico; **la efectividad**, que refiere a la capacidad de una terapia de ser

generalizada, es decir, de ajustarse a diferentes escenarios clínicos reales, no solo de investigación, a cuadros comórbidos, y de ser transmitida a los terapeutas; y **la eficiencia**, que remite a la relación costo beneficio de las terapias , no solo entendida en términos económicos de gestión de los sistemas de salud, sino además de los recursos humanos y los niveles de calidad de una terapia. (Echeburúa& De Corral, 2001; Mustaca, 2004).

Es decir, a partir, de estos tres criterios se estaría respondiendo a tres preguntas: con la eficacia, ¿Es posible demostrar que este tratamiento funciona?, ¿Los resultados son válidos para la población general? Estaría relacionado con procedimientos validados científicamente. Con la efectividad se estaría evaluando si la intervención está funcionando para el cliente; es decir, de qué manera en el ámbito clínico, en la práctica real, funciona determinado proceso psicoterapéutico. Con la eficiencia, responderíamos a la pregunta: ¿Qué relación existe entre los recursos empleados y los resultados obtenidos en el proceso psicoterapéutico? Botella (2000) define a la eficiencia como la relación existente entre los recursos invertidos y la cantidad de cambios obtenidos.

Labrador, Echeburúa y Becoña (2000, en Stevens y Mendez, 2007:265), realizan otra distinción al revisar los conceptos de eficacia, efectividad y eficiencia terapéuticas.

Para los autores, **la eficacia terapéutica**, hace referencia a los efectos de un determinado tratamiento, asociada al logro de los objetivos terapéuticos en condiciones óptimas o ideales. De acuerdo a esta definición, varios aspectos están relacionados a la mejoría del paciente, que se deben tener en cuenta:

- la *especificidad*, es decir, cuáles son los síntomas que mejorar con la terapia;
- la *intensidad* de la mejoría;
- el *plazo*, es decir, en cuánto tiempo comienzan a presentarse estas mejorías;

- la *duración a corto plazo*, referida al mantenimiento del efecto terapéutico mientras dura el tratamiento;
- la *duración a largo plazo*, asociada a la prolongación de tales efectos, posterior a la interrupción de la terapia;
- los *costes*, en tanto rechazos o abandonos del paciente, y los efectos secundarios de la terapia;
- las *interacciones con otros tratamientos* y
- el *balance*, es decir, las ventajas y desventajas de la terapia en relación a otros tratamientos disponibles.

En cuanto a la **efectividad terapéutica**, la definen como el logro de los objetivos del tratamiento que el terapeuta alcanza en la práctica habitual, tomando en cuenta las diferencias que se presentan entre una situación ideal o experimental y la situación real en la que se desenvuelve la práctica clínica.

La **eficiencia terapéutica** hace referencia, según esta revisión, al logro de los objetivos clínicos al menor costo posible. Se intenta justificar la inversión tanto a nivel terapéutico como a nivel sanitario y social, a partir de los resultados del tratamiento. Es importante distinguir este concepto del de reducción de costos, ya que los objetivos no solo apuntan a "abaratar costos", sino que lo más importante es que se espera obtener el máximo beneficio con los recursos disponibles.

Por otro lado, Chanbless y Holon (1998, en Stevens y Mendez, 2007:268), distinguen entre tres criterios de acuerdo a los tratamientos:

- *Tratamientos eficaces*: Los que al menos dos grupos independientes de investigación que han empleado buenos diseños experimentales han encontrado superiores estadísticamente al no tratamiento equivalentes a un tratamiento ya establecido (siempre que en este último caso la potencia

estadística haya sido suficiente para detectar diferencias moderadas; esto implica 25-30 sujetos por condición); en caso de que haya varios estudios y los resultados de los mismos sean contradictorios, para decidir que un tratamiento sea eficaz, deben predominar los estudios de buena calidad metodológica favorables al mismo. Es decir, son los tratamientos que resultan mejores a la ausencia de terapia y superiores al tratamiento farmacológico, placebo o tratamiento alternativo, en al menos dos estudios independientes con diseño de grupo.

- *Tratamientos probablemente eficaces:* Aquellos apoyados por un buen estudio experimental en ausencia de datos conflictivos; no han sido replicados todavía, al menos por otro grupo de investigación.
- *Tratamientos eficaces y específicos:* los que al menos dos grupos independientes de investigación han encontrado superiores estadísticamente al placebo o a un tratamiento alternativo mediante buenos diseños experimentales; en caso de que haya varios estudios y los resultados de los mismos sean contradictorios, para decidir que un tratamiento es eficaz y específico, deben predominar los estudios de buena calidad metodológica favorables al mismo.

Martin Seligman en 1995, presentó los datos de un estudio a gran escala realizado por el *Consumer Reports* sobre la eficacia de la terapia psicológica en la práctica clínica real. En él realizó una distinción entre eficacia y efectividad de los tratamientos, donde se refirió indirectamente a los conceptos de validez interna y validez externa respectivamente.

La revista envió a 184.000 lectores un cuestionario que incluía, entre otras, preguntas sobre salud mental; los lectores debían contestar esa sección si en los últimos 3 años habían buscado ayuda para problemas psicológicos. De 22.000 personas que respondieron el cuestionario, sólo 6.900 lo hicieron en la sección de

salud mental. Las variables dependientes eran tres sub-escalas, a través de las que se preguntaba a los lectores por la mejora en el problema específico que los llevó a terapia, la satisfacción del tratamiento y la mejora global.

Siguiendo la revisión del autor, los estudios sobre eficacia comparan un grupo terapéutico contra un grupo de control en condiciones de máximo control experimental; requiriéndose los siguientes criterios:

1- Los pacientes son aleatoriamente asignados a las condiciones de tratamiento y control.

2- Los controles son rigurosos. No sólo hay pacientes que no reciben el tratamiento sino que hay grupos de placebos que reciben los ingredientes terapéuticos de forma creíble tanto para el paciente como para el terapeuta.

3- Los tratamientos son manualizados con detalladas descripciones de la terapia. La fidelidad al manual se mide utilizando sesiones de video.

4- Los pacientes reciben un número fijo de sesiones.

5- Los objetivos son adecuadamente operacionalizados.

6- Se utilizan diseños de ciego donde se desconoce el grupo al que pertenece el paciente.

7- Los pacientes cumplen el criterio de sólo un trastorno diagnosticado y los que tienen múltiples trastornos son típicamente excluidos.

8- Los pacientes son seguidos durante un período fijo después del tratamiento.

De acuerdo con estos criterios, en el estudio de eficacia priman los aspectos de validez interna y control de variables que garantizan la estimación insesgada de los efectos producidos por el tratamiento. De esta manera, la eficacia estaría dada, cuando los pacientes del grupo de terapia logran mejores resultados que los del grupo control, entonces la intervención queda identificada como "tratamiento empíricamente validado". Sin embargo, luego de esto comienzan a surgir interrogantes relacionados a la forma en que se generalizan los hallazgos de laboratorio a la práctica real. Es decir, que una intervención sea eficaz, no sería garantía suficiente de utilidad o de importancia práctica.

Seligman propone la siguiente hipótesis: los estudios de eficacia no creen que sean la única forma, o incluso la mejor forma para descubrir qué tratamientos funcionan en el campo. He comenzado a creer que los estudios de "efectividad" con pacientes bajo condiciones de tratamiento real en el campo, pueden ser "validaciones empíricas" más útiles y creíbles de la psicoterapia y los medicamentos (1995:4).

Supone, de esta forma, que los estudios de eficacia omiten elementos cruciales que se utilizan en la práctica, lo cual culmina en que es un método equivocado para considerarlos válidos empíricamente.

Explica 5 propiedades que describirían como se lleva a cabo la psicoterapia en el campo; las cuales, según el criterio del autor, han sido omitidas en los estudios de eficacia, efectuadas bajo condiciones controladas. Realiza una comparación de las características específicas de elementos de la psicoterapia llevada a cabo en el campo específico de trabajo y los mismos elementos pero como se utilizan en los estudios de eficacia.

1- La psicoterapia en el campo, no tiene una duración fija. Usualmente continúa hasta que el paciente haya mejorado o hasta que éste abandone el tratamiento. En contraste, la intervención en los estudios de eficacia termina después de un número limitado de sesiones (generalmente 12) independientemente de cuán bien o peor le esté haciendo al paciente.

2- La psicoterapia en el campo es auto-correctora. Si una técnica no funciona, se intenta otra técnica, o incluso otra modalidad de tratamiento. En contraste, la intervención en los estudios de eficacia está confinada a un número pequeño de técnicas, todas dentro de una modalidad estandarizada para ser entregada en un orden fijo.

3- Los pacientes en la psicoterapia en el campo son, a menudo, compradores activos, que entran en una modalidad de tratamiento que han buscado activamente, con un terapeuta que seleccionaron y eligieron. En contraste, los pacientes que entran en los estudios de eficacia través del proceso pasivo de ser designados al azar al tratamiento son sumisos respecto a quién los

atenderá y lo que sucederá en el estudio (Howard, Orlinsky y Lueger, 1994, en Seligman, 1995).

4- Los pacientes en la psicoterapia en el campo generalmente tienen problemas múltiples y la psicoterapia es llevada a cabo para aliviar las dificultades paralelas e inter-actuantes. Los pacientes en los estudios de eficacia son seleccionados en base a un solo diagnóstico y en base a criterios de inclusión y exclusión.

5- La psicoterapia en el campo está siempre interesada en la mejoría del funcionamiento general de los pacientes, así como también en la disminución de un trastorno y en el alivio de los síntomas específicos presentados. Los estudios de eficacia generalmente se concentran solamente en la reducción específica de un síntoma y si el trastorno finaliza.

Las principales conclusiones del estudio fueron las siguientes: 1) la mayoría de los pacientes se manifestaron satisfechos con la intervención; 2) el 54% pensó que la terapia lo había ayudado mucho y el 36% que lo había ayudado al menos en algo; 3) funcionaron mejor los tratamientos largos (más de 6 meses) que los breves (6 meses o menos); 4) la terapia psicológica y su combinación con la farmacología fueron igual de eficaces; 6) obtuvieron mejores resultados los pacientes que se preocuparon por elegir a su terapeuta y que adoptaron una actitud activa en la terapia; 7) las diferentes modalidades de terapia obtuvieron resultados similares en todos los problemas considerados.

Todos estos datos resultaron interesantes y útiles, al mismo tiempo que resaltaron la importancia de investigar los resultados de la práctica clínica en el medio natural.

I.2.2. Superioridad Relativa de los distintos Modelos Psicoterapéuticos

Una vez demostrada la eficacia de la psicoterapia, se abría el debate para intentar determinar qué orientación teórica era superior a las demás. Por lo tanto la

investigación se centró en intentar determinar empíricamente hasta qué punto todas las psicoterapias eran equivalentes o, no siendo así, cuál de ellas es mejor que las demás.

Luego de la difusión del trabajo de Eysenck, estudios como los de Meltzoff y Korneich (1970, en Corbella y Botella, 2004) demostraron que un alto porcentaje de las personas que recibían asistencia psicoterapéutica experimentaba una mejora significativa.

Una gran cantidad de estudios avalan la eficacia genérica en comparación con los tratamientos placebo o la ausencia de tratamiento, recogen muchos datos de pacientes y diversos terapeutas. Entre ellos uno de los más importantes, es el de Smith, Glass y Miller (1980, en Corbella y Botella) basándose en estudios meta-analíticos que incluyen más de 2.500 sujetos. En el estudio se analizaban más de 400 investigaciones demostrando la eficacia de la psicoterapia. Se seleccionaron 375 artículos que fueron analizados en su totalidad; el criterio de inclusión fue que cada investigación debía tener un grupo experimental y uno de comparación. La conclusión a la que llegaron Smith y Glass fue que el paciente promedio está mejor que el 75% de las personas no tratadas. Además no se encontraron diferencias significativas respecto de los resultados de los distintos tratamientos: desensibilización sistemática, terapia de conducta, psicoterapia racional emotiva, psicoterapia centrada en el cliente, psicoterapia psicodinámica, análisis transaccional, psicoterapia adleriana, psicoterapia ecléctica, terapia implosiva y psicoterapia guestáltica. Otro estudio de Lambert, Shapiro y Bergin (1986) concluía que el porcentaje de pacientes que mejoran con psicoterapia era de 60% a 70%, mientras que la remisión espontánea no superaba el 40%.

También Lambert, Berrett, Fisher y Porter (1997 citados en Corbella y Botella, 2004) realizaron un meta-análisis con 34 trabajos realizados desde 1977, encontraron que la eficacia de la terapia cognitiva y conductual estaba bien documentada en los estudios, pero no presentaban una superioridad significativa frente a otras psicoterapias. Otra conclusión fue que las terapias psicodinámicas

de tiempo limitado y las humanistas no están bien documentadas en cuanto a su eficacia diferencial.

Uno de los enfoques que más evidencia ha mostrado en cuanto a la eficacia de sus tratamientos, se encuentra en las terapias cognitivo-conductuales, esto sería principalmente debido a que la evaluación de los resultados, es para este enfoque, una preocupación primaria.

Sin embargo, la mayoría de los investigadores concluyen que no existen diferencias al comparar distintos tratamientos; lo que nos permite pensar la imposibilidad de determinar la superioridad de un tratamiento sobre otro.

De esta forma, Luborsky, Singer y Luborsky (1975, en Corbella y Botella, 2004) examinaron cerca de 100 estudios comparativos de tratamiento y no encontraron diferencias en los resultados de los distintos tratamientos.

Por lo que terminaron resumiendo esta imposibilidad de establecer un vencedor recurriendo al veredicto del pájaro Dodo en Alicia en el Pías de las Maravillas: "todos han ganado y todos merecen recibir premio".

La conclusión que deriva de esto es que a pesar de las pretendidas diferencias en cuanto a los ingredientes activos, todas las formas de psicoterapia que han demostrado su eficacia, funcionan debido sobre todo a los factores comunes entre ellas. De esta manera, y observando los resultados, la investigación sobre las diferencias entre las distintas orientaciones psicoterapéuticas es que dejaban de tener sentido. Surge la necesidad de un cambio con respecto a la concepción del objeto de las investigaciones en psicoterapia, debiendo así focalizar la atención en las similitudes más que en las diferencias entre los distintos modelos de psicoterapia. De esta forma, cobran relevancia y protagonismo en las investigaciones, los llamados factores comunes de todas las orientaciones, siendo ellos los que explican la mayor parte del cambio psicoterapéutico.

Otros investigadores como Garfield (1996), Silverman (1996) y Wampold (1997) (citados en Corbella y Botella, 2004), resaltaron la importancia de ciertos factores comunes y no específicos de un tratamiento, como los causantes de la

eficacia del resultado terapéutico. Estos factores incluirían las expectativas que se pueden tener ante el tratamiento, el efecto del terapeuta y la relación terapéutica.

Desde la división 29 de la APA, estando como presidente Jhon Norcross, se crea en 1999 un Grupo de Trabajo dedicado a estudiar el impacto de las relaciones terapéuticas con apoyo empírico. De esta manera, se considera fundamental la eficacia demostrada de factores comunes como la alianza terapéutica, la cohesión en la terapia de grupo, la empatía y la búsqueda de consenso y colaboración. Luego de distintos reportes e investigaciones una de las principales conclusiones tenían que ver con que la relación terapéutica es un contribuyente fundamental de la psicoterapia independientemente del tipo específico de tratamiento. Corbella y Botella (2003), coinciden en que la calidad emocional y relacional del vínculo entre paciente y terapeuta es un parte imprescindible del éxito terapéutico, sin embargo, la estimación de su efecto no es sencilla.

Capítulo II:
El Cambio en los Procesos
Psicoterapéuticos

II.1. Una aproximación al concepto de Cambio Terapéutico

A partir de las investigaciones centradas en el proceso terapéutico, surge el interés por a estudiar los procesos de cambio, incluyendo los factores y variables que intervienen en el mismo. El estudio del proceso terapéutico se centra tanto en la interacción terapéutica como en el proceso de cambio experimentado durante la relación de ayuda.

Cuando se comenzó a investigar sobre los factores específicos involucrados en los resultados de los procesos psicoterapéuticos surgieron algunas dificultades, y así se comenzó a hablar de "factores de cambio inespecíficos", los cuáles en un comienzo se consideraban solo el producto de métodos de investigación inadecuados, pero paulatinamente fueron adquiriendo estatus propio como objeto de investigación, y actualmente son denominados "factores comunes" (Bozok y Buhler, 1988; Meyer, 1990; Strupp 1995, en Krause et al., 2006).

En cuanto al estudio de los procesos terapéuticos, se fue abandonando la premisa de homogeneidad, para comenzar a entender la terapia como una sucesión variable de segmentos, períodos o fases (Bastine et al., 1989, en Krause et al., 2006).

A través de la investigación y los nuevos aportes, fueron surgiendo varios cambios, en la investigación de proceso tradicional se estudiaban las interacciones terapéuticas y dentro de ella, los aportes específicos del cliente y el terapeuta. Posteriormente el interés de la investigación se fue orientando cada vez más hacia la posibilidad de identificar eventos o episodios relevantes para el cambio (Bastine et al., 1989; Elliot y Shapiro, 1992; Marmar, 1990; Wiser y Goldfried, 1996, en Krause et al., 2006).

En el plano metodológico, surgió la necesidad de una flexibilidad mayor, por lo tanto, el interés por los métodos de investigación cualitativa fue creciendo.

También, para estudiar los cambios producidos en la terapia, se comenzaron a combinar métodos cuantitativos con métodos cualitativos. Marmar (1990 citado en Krause et al., 2006) destacaba que en las investigaciones que combinan enfoques metodológicos, la aproximación cualitativa se destaca en la recolección de datos, ya que se considera que la percepción humana es el mejor "instrumento de recolección" de los patrones y episodios del proceso terapéutico.

Surge también el concepto de alianza terapéutica (en relación a los factores comunes) como elemento central en el proceso de cambio, además se le atribuye la posibilidad de predecir los resultados de la terapia y ser responsable de gran parte de su efectividad.

Otro aspecto que comenzó a investigarse es el concepto de "episodio de cambio", la meta de la aproximación del episodio es la identificación y descripción exhaustiva de "momentos que, en función de ciertos criterios, resaltan dentro del proceso terapéutico como significativos, llamativos, o relevantes para el cambio" (Fiedler & Rogge, 1989, en Krause et al., 2006). Interesa fundamentalmente el lapso de tiempo, el segmento, o la secuencia dentro de una o muchas sesiones terapéuticas en las que se espera que ocurran cambios significativos, con el propósito de someterlos luego a un análisis amplio tanto en relación a los cambios, como a sus condiciones previas y efectos (Bastine et al., 1989, en Krause et al, 2006).

El episodio de cambio tiene límites temporales variables, pudiendo durar desde un par de interacciones terapéuticas hasta 20 o 40 minutos o incluso más de una sesión (Bastine et al., 1989, en Krause et al., 2006). Su delimitación es compleja, y se puede realizar desde la perspectiva del consultante, del terapeuta, desde observadores expertos, a través de instrumentos de medición psicológica o bien utilizando combinaciones de estas alternativas.

Luego se comenzó a investigar el resultado de las investigaciones de proceso relacionados con los efectos terapéuticos a corto plazo ("impacts") y a largo plazo ("outcomes").

Elliot y James (1989, en Krause et al., 2006:304) clasifican los efectos a corto plazo en dos categorías principales: (a) impactos sobre la resolución de problemas y tareas ("task/problem impacts"), es decir, se refieren a problemas y preocupaciones del cliente; y (b) impactos afectivos e interpersonales ("interpersonal/affective impacts"), en los que la ayuda experimentada depende directamente de la relación terapéutica.

Sobre el "impacto en la resolución de problemas y tareas", el resultado más frecuentemente obtenido es "el entendimiento de sí mismo" (o comúnmente llamado "insight"). Con frecuencia también son experimentados como ayuda, otros resultados, por ejemplo, "el ser guiado", "la autoreflexión" y "el asumir responsabilidad".

Entre los efectos emocionales y de relación, las formas más estudiadas han sido la "expresión emocional" y el "apoyo emocional". También se mencionan el "alivio" y la "sensación de ser comprendido" (Krause y Cornejo, 1997, en Krause et al., 2006).

Se realizó un trabajo de revisión con respecto a los efectos emocionales, y observaron que la intensidad de la vivencia de la situación terapéutica se asocia con la tendencia a la introspección, con complejidad cognitiva y con "neuroticismo". Sin embargo, varios autores coinciden en que la evaluación general de una terapia está relacionada con el compromiso emocional del consultante (Dreher, Mengele, Krause & Kammerer, 2001; Heppner & Claiborn, 1989, en Krause et al., 2006).

Con respecto a los resultados terapéuticos a largo plazo ("outcomes"), también Elliot y James (1989) realizan una revisión y resaltan el resultado de cinco estudios en los que metodológicamente se trabajó con "orientación al descubrimiento" (es decir, sin categorías previas) llegando a la conclusión de que el efecto más nombrado era el "mejoramiento de la autoimagen".

Para concluir, es posible pensar que el estudio de los episodios y elementos relevantes para el cambio han contribuido a la investigación del proceso psicoterapéutico. Primero, han podido mostrar que tales "episodios" existen desde el punto de vista subjetivo del cliente y del terapeuta, es decir, que no deberían considerarse como un simple constructo de la investigación (Hill, 1990; Hill et al., 1997; Stiles, 1997, en Krause et al., 2006).

Hill (1990, citado en Krause et al., 2006:305) menciona algunos contenidos de los episodios que resultarían favorecedores del cambio, a saber: los momentos de resolución de problemas, de conciencia, de apoyo; momentos de insight; momentos en los que se tratan temas personales; momentos en que se exploran y describen sentimientos; y momentos en los que se ejercitan nuevas formas de comportamiento.

¿Qué es lo que cambia?

La investigación del proceso terapéutico como así también la de los factores comunes o inespecíficos han aportado valiosa información sobre los contenidos del cambio, pero ¿Qué es lo que cambia?, es decir, ¿Que es realmente un cambio genérico? La respuesta a dichas preguntas podrían responderse en función de los síntomas, las conductas o en la esfera de lo representacional e incluiría aspectos afectivos y cognitivos; y se podría elaborar a partir de la autopercepción del cliente, a partir de la percepción del terapeuta o a partir de la observación de expertos externos.

Para poder determinar qué es un cambio clínicamente significativo, es necesario considerar qué indicadores son signos de dicho cambio. Algunos autores denominan esto *significación clínica* y apunta a explorar si el tratamiento promueve un cambio *real* en el paciente, sostenido en el tiempo. *¿Cuánto cambio es esperable y evaluable a través de distintos instrumentos para poder afirmar que el paciente mejoró?* Tales indicadores pueden ser objetivos, relacionados, por

ejemplo, con el impacto social del tratamiento (tasa de ausencia en el trabajo, cantidad de utilización de servicios adicionales de salud) o con la comparación del nivel de funcionamiento psicológico de pacientes sanos. Otros indicadores más subjetivos están relacionados con la satisfacción o nivel de bienestar que el paciente muestra en función de la psicoterapia recibida.

Durante los últimos años, se ha incrementado la investigación cualitativa centrada en la experiencia subjetiva de los pacientes como un elemento clave para la evaluación de los procesos y resultados de la psicoterapia. A través de estos estudios se ha intentado analizar en qué medida la representación que tiene el paciente del proceso de cambio y sus resultados es relevante para una comprensión más adecuada de los mismos.

Connolly y Strupp (1996, en Krause et al., 2006) realizaron un estudio relacionado con la percepción de los consultantes, demostraron que existen cuatro conglomerados de cambio: 1- la mejoría sintomática, 2- mejoría en la auto-percepción, 3- mejoría en la autoconfianza, y 4- mayor autodefinición.

Los resultados sobre el contenido del cambio psicoterapéutico muestran que este cambio estaría referido a la perspectiva subjetiva de los clientes respecto de sí mismos, sus problemas y síntomas, y sobre la relación de estos en el contexto en que ocurren. Aunque algunos elementos que propician este cambio no son subjetivos en sí mismos, como por ejemplo, algún cambio en un comportamiento específico es un cambio en esencia subjetivo. Entonces, los aportes de las distintas investigaciones permitirían afirmar que el cambio psicológico esencial que ocurre en un proceso psicoterapéutico es la transformación de la visión que el paciente tiene de sí mismo y de su mundo.

Distintos estudios sobre la evolución del cambio muestran que el mismo se da en etapas sucesivas, que pueden comenzar antes de la terapia y continuar después del término de ésta, y se combinan factores intra y extra-terapéuticos.

II. 2. Teorías que explican el Cambio Terapéutico

II. 2. 1. La teoría del Cambio de J. Prochaska

Prochaska y Diclemente (1979, en Prochaska, 1999) realizan una importante contribución a la noción de cambio. Plantean vías comunes para llegar al cambio terapéutico, independientemente de cómo las personas sean tratadas en el proceso psicoterapéutico. Realizan un planteo general, desde cómo cambian las personas en terapia a cómo cambian las personas en general. Sus aportes han profundizado sobre la teoría del cambio de comportamiento, es decir, como cambian las personas antes de comenzar una psicoterapia, después que ésta finaliza y cuando no se accede a un tratamiento psicoterapéutico.

A partir de la pregunta ¿Qué es lo que hace cambiar a las personas cuando pretenden modificar alguna situación indeseable o problemática? Estos autores crearon un modelo a partir del cual intentar comprender qué, cómo, cuándo y porqué cambian las personas. A través de investigaciones enfocadas en investigar el fenómeno del cambio intencional, desarrollaron su *Modelo Transteórico*, compuesto por estadios, procesos y niveles.

II.2.1.a.Las etapas del cambio

Las etapas representan una situación temporal, es decir, cuando cambia la gente. Es fundamental considerar el momento particular en que se encuentra el cliente al momento que acude a la psicoterapia, de esta forma se diseñan procedimientos específicos que se adecuan a él particularmente. Para lograr el cambio, una persona debe pasar por etapas bien definidas y predecibles. Los autores afirman Las personas que cambian en forma exitosa utilizan ciertas herramientas sólo en momentos específicos, eligiendo una diferente cada vez que la situación demanda un nuevo abordaje (Prochaska, 1999).

- 1- Precontemplación: Usualmente la gente en esta etapa no tiene intención de cambiar su conducta, debido a que no reconocen la existencia de que hay un problema. Aunque su entorno, familia, amigos, etc. Pueden ver el problema en forma clara, el pre-contemplador típico no puede; no quieren cambiarse a sí mismo, sino más bien, a la gente a su alrededor. Llegan a terapia debido a presiones externas. Los pre-contempladores se resisten al cambio; a la vez carecen de información acerca de dicho problema. Se sienten desmoralizados y con pocas esperanzas de poder cambiar su problema.
- 2- Contemplación: La gente en esta etapa puede reconocer la existencia de un problema y comienza a pensar seriamente en resolverlo. Luchan por entender su problema, ver sus causas, y preguntarse acerca de posibles soluciones. La esencia de la contemplación radica en que se sabe el destino e inclusive como uno podría llegar, pero aún no se siente preparado. A veces, la gente permanece en esta etapa durante mucho tiempo. Cuando los contempladores comienzan la transición a la etapa de preparación, su pensamiento suele estar marcado por dos cambios. Primero, focalizan en la solución, más que en el problema; y segundo comienzan a pensar más acerca del futuro que del pasado. El final de esta etapa es un momento de anticipación, actividad y ansiedad.
- 3- Preparación: En esta etapa, la persona se encuentra haciendo los ajustes finales para comenzar a cambiar su conducta. Es probable que pueda haber hecho ya algunos pequeños cambios conductuales; la conciencia es alta y la anticipación es palpable. Pueden hacer un mejor uso de su tiempo, planeando cuidadosamente, desarrollando su firmeza y detallando su esquema para actuar; asegurándose que ha aprendido el proceso de cambio que necesita para llevarlo hacia las etapas de mantenimiento y terminación.

- 4- Acción: es aquella en la que la gente modifica su conducta y su contexto. Este período es el de mayor ocupación y el que requiere mayor compromiso y energía. En definitiva realizan el movimiento para el que se han estado preparando. Los cambios comienzan a ser más visibles y en consecuencia reciben mayor reconocimiento.
- 5- Mantenimiento: Mientras dura el mantenimiento se debe trabajar en mantener los logros obtenidos en la etapa de acción y en las otras etapas, y luchar para prevenir caídas y recaídas. El cambio nunca termina con la acción; el mantenimiento es una continuación de importancia crítica que puede durar tan poco como seis meses o tanto como toda la vida.
- 6- Terminación: Esta etapa es el último objetivo para todo cambio. Aquí el problema no representa más una tentación o una amenaza; la conducta no retorna más y se tendrá total confianza en que se puede enfrentar cosas sin miedo a las recaídas. En esta etapa se mantiene los cambios sin ningún esfuerzo continuo, y culmina el ciclo de cambio.

Se destaca que al intentar cambiar un problema muchas personas recaen al menos una vez en el proceso, pero la mayoría suele volver a empezarlo desde la etapa de contemplación o preparación, para luego pasar a la acción. Por este motivo, se afirma, que el cambio no sigue un patrón lineal, sino más bien uno en espiral. La mayoría de las personas incorporan nuevas estrategias y conocimientos a partir de lo experimentado en las recaídas.

Completar el desafiante camino de la contemplación a la terminación, tal como afirma Prochaska (1999) requiere de un trabajo continuo, desarrollando un plan preventivo de recaídas y una aplicación continua del proceso de cambio.

II.2.1.b.Los procesos de Cambio

Se refieren a la dimensión personal (cómo cambian las personas), son las herramientas utilizadas por cada individuo con el fin de solucionar determinados problemas.

1. Concientización: Referido a actividades que procuran incrementar el grado de información que trae un estímulo a la persona de tal modo que pueda obtener respuestas efectivas. Cualquier aumento de conocimiento, sin importar de que fuente provenga, aumenta la conciencia. Algunos procedimientos para aumentar la conciencia en el cliente o la naturaleza de su problema son: la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, la interpretación y la confrontación.
2. Autoreevaluación: Consiste en una reflexión que hace la persona, sobre la necesidad de cambiar o no las cosas, el conflicto con su sistema de valores y los posibles beneficios o desventajas del cambio. Probablemente el paciente sienta que las cosas mejorarán con el cambio, pero tendrán su costo.
3. Autoreevaluación Social: La persona considera que si el cambio sucede mejorará su entorno, y será más saludable.
4. Autoliberación: Luego de revisar toda su situación, la persona decide cambiar la conducta problemática.
5. Liberación Social: Consiste en actividades que ayuden a que la persona tenga más alternativas para elegir; al modificar el entorno de la persona, también puede que otros cambien.
6. Alivio Dramático: Es cuando se expresan y experimentan emociones producidas por las consecuencias negativas que conlleva la conducta problema.
7. Contracondicionamiento: Proceso conductual que consiste en la modificación de una respuesta (ya sea motora, fisiológica o cognitiva) que son provocados por estímulos condicionados de una conducta específica;

con este progreso se favorecen y desarrollan más opciones de conducta (las técnicas utilizadas, son las técnicas de control de la ansiedad e incluyen ejercicios como la respiración y la relajación).

8. Control de estímulos: Esta técnica implica la reestructuración del ambiente con el objetivo de reducir la probabilidad de que el estímulo se presente.
9. Manejo de lo eventual: El objetivo central de este proceso es utilizar una serie de actividades para cambiar las consecuencias que siguen al comportamiento problemático mediante un sistema de refuerzos y castigos. Una forma de refuerzo muy simple y eficaz es la autovaloración.
10. Relaciones de Ayuda: Esencial para lograr el cambio y está referida al apoyo social que pueden brindar amigos, familiares, etc.

II.2.1.c Niveles de Cambio

Estos niveles constituyen, básicamente lo que debe ser cambiado. Y se representa por niveles interrelacionados que engloba algunos problemas psicológicos susceptibles de tratamiento:

1. Síntoma/ Situación.
2. Cogniciones desadaptativas.
3. Conflictos actuales interpersonales.
4. Conflictos familiares/ sistemas.
5. Conflictos intrapersonales.

Es conveniente que al momento de la intervención, el terapeuta pueda definir cuál es el nivel de demanda del paciente, ya que suelen variar aún en pacientes que presentan síntomas similares. Prochaska y Diclemente (1979, en Prochaska, 1999) recomiendan comenzar con el primer nivel debido a que:

- a) Las personas que intentan cambiar solas tienden a utilizarlo más.
- b) Es el nivel que menos resistencia ofrece y el más accesible a la conciencia.
- c) Suele representar el motivo de consulta.

II. 2. 2. Teoría del Cambio Subjetivo a partir de los Indicadores genéricos de cambio de M. Krause (2005)

Algunas investigaciones ponían de manifiesto la necesidad de ir más allá de la evaluación de los síntomas a la hora de considerar los resultados de la psicoterapia, de esa forma proponían tener en cuenta otros aspectos como indicadores del efecto psicoterapéutico.

Por su parte, Greenberg y Pinsof (1986) y Wampold (2006) han establecido la distinción entre los resultados finales de la psicoterapia- grandes cambios o “Big O”- y el efecto terapéutico que puede observarse a través de las sesiones, en el curso del tratamiento – pequeños cambios o “Little o”-. De esta forma es necesario complementar las habituales mediciones de resultados con métodos sensibles a las manifestaciones del cambio a través del proceso (Echávarri et al., 2009).

Blatt y Auerbach (2003, en Echávarri et al., 2009) proponen realizar una observación periódica para evaluar el cambio terapéutico. Es decir, como los grandes cambios se pueden evaluar, se relacionan y se van desarrollando y construyendo a través de las manifestaciones de pequeños cambios.

Groeben, Wahl, Schlee, y Scheele (1988) proponen la Teoría Subjetiva como “cogniciones sobre la visión de uno mismo y del mundo, que pueden ser comprendidas como un conjunto complejo que tiene una estructura alternativa, al menos implícita, y que cumplen las funciones de explicación, predicción y tecnología que a su vez están contenidas en las teorías científicas” (en Echávarri et al., 2009:7).

Krause y Dagnino (2006) proponen a partir de esta concepción, una serie de indicadores de cambio (IC) que son observables en las sesiones psicoterapéuticas. Estos indicadores se denominan genéricos en cuanto es posible observarlos en diferentes formas de psicoterapia y a su vez cada indicador

representa un tipo específico de cambio de acuerdo al contenido o naturaleza de aquello que está cambiando.

Estos indicadores de cambio se encuentran ordenados jerárquicamente de acuerdo a las etapas de la psicoterapia, sustentándose en la premisa de 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, en Echávarri et al., 2009).

Krause (2005) afirma que el cambio terapéutico se va generando a través de un proceso que se desarrolla en fases que se van construyendo unas sobre otras y en las cuales el nivel de complejidad de patrones de explicación e interpretación (del cliente) que se van incrementando progresivamente.

II.2.2.a Indicadores Genéricos de Cambio

- 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 profesional competente.
- 4- Expresión de esperanza (“remoralización” o expectativa de ser ayudado o de superar los problemas).
- 5- Descongelamiento (o cuestionamiento) de forma de entendimiento, comportamientos y emociones habituales (“fisura”). Puede implicar reconocimiento de problemas antes no vistos, autocritica 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- Descubrimientos de nuevos aspectos de sí mismo.
- 9- Manifestación de un comportamiento o de una emoción nueva.
- 10- Aparición de sentimientos de competencia.
- 11- Establecimiento de nuevas conexiones entre:
 - Aspectos propios (creencias, conductas, emociones, etc.).

- Aspectos propios y del entorno (personas o sucesos).
 - Aspectos propios y elementos biográficos.
- 12-Reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas.
- 13- Transformación de valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros.
- 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).

Estos Indicadores de Cambio se pueden agrupar en tres categorías que representan distintas fases en el desarrollo del Cambio Psicoterapéutico, dando lugar al Modelo de Evolución del Cambio Psicoterapéutico Genérico (Krause, 2005).

II.2.2.c Fase Inicial: Consolidación de la Estructura de la Relación Terapéutica

En esta fase es esperable la expresión de momentos de cambio que corresponden a los IC del 1 al 7. Se requiere, para comenzar y avanzar en un proceso psicoterapéutico, haber experimentado la necesidad de tomar la decisión y buscar la ayuda necesaria. Es fundamental que el paciente acepte la existencia de un problema; esto significa la aceptación de los propios límites de afrontamiento, y por otro lado, la aceptación del terapeuta como un profesional

experto y comprometido capaz de brindar ayuda (Krause, 2005, en Echávarri et al., 2009).

Otros cambios que se observan en esta primera fase es la expresión de esperanza y confianza; se establecen las bases para una alianza terapéutica, incluyendo los acuerdos respecto a las tareas, los objetivos terapéuticos y el lazo o vínculo afectivo positivo. El objetivo de esta fase sería que el terapeuta y el cliente establezcan una conexión.

En el modelo de fases terapéuticas (Howard, Lueger, Maling y Martinovich, 1993, en Echávarri et al., 2009) se define esta fase como “remoralización”, un concepto tomado de Frank (1982) que se identifica con el aumento de bienestar.

Es fundamental, también, 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.

II.2.2.c Fase Media: Permeabilidad Creciente hacia Nuevos Significados

La relación terapéutica se va fortaleciendo y sentando las bases para los cambios observables de esta segunda etapa; los mismos van a comenzar a observarse a través de los indicadores de cambio 8 a 13. Cambios que incluyen emociones, cogniciones, valoraciones y conductas. En esta etapa, los clientes reportan una sensación de alivio, conexión y que se sienten estimulados cognitivamente.

De acuerdo con el modelo de etapas terapéuticas de Hill (2005), el trabajo central de la terapia ocurre en esta etapa: “El cliente se empieza a sentir mejor y los pensamientos, sentimientos y conductas comienzan a cambiar, los clientes se sienten esperanzados y más cercanos al terapeuta” (en Echávarri et al., 2009:8). Se produce un gran alivio sintomático, y se promueve el insight a través de sentimientos pensamientos y conductas.

El trabajo terapéutico requiere, además de una relación terapéutica confiable y reparadora, un contexto de significados simbólicos compartidos entre terapeuta y paciente, lo que posibilitara la construcción y reconstrucción de significados.

II.2.2.d Fase Final: Construcción y Consolidación de Nuevos Significados

En este momento tendrían lugar los indicadores de cambio desde el 14 al 19, donde el aumento del bienestar y las resignificación permiten la interconexión y articulación de distintos cambios parciales ya obtenidos, pero a la vez encausados hacia la construcción de una nueva teoría subjetiva acerca se sí mismo.

Se busca llegar a una reestructuración cognitiva que incluya una nueva forma de pensar y afrontar situaciones problemáticas para el paciente. Fundamentalmente se busca promover un cambio o crecimiento cualitativo (Morgan y MacMillan, 1999, en Echávarri et al., 2009).

Es posible observar en el paciente expresiones de autonomía, que antes no se registraban, como así también, sentimientos de competencia personal que hacen que se sienta capacitado y preparado para continuar el camino sin el apoyo del terapeuta.

En el modelo de fases terapéuticas se define esta fase como rehabilitación y se la asocia a la reducción de dificultades en el funcionamiento de la vida diaria. El objetivo de esta última fase debe ser primordialmente colaborar con el cliente para que concluya el proceso terapéutico sintiéndose conforme con los objetivos logrados.

II. 2. 3. La Teoría del Cambio del Cliente de B. Duncan & S.D. Miller (2001)

Históricamente, los clientes jugaban un papel anónimo en el proceso psicoterapéutico. Duncan y Miller (2001) realizaron una revisión crítica de la literatura de integración y la referente a los procesos de cambio y concluyeron que en cierta forma el cliente ha sido dejado de lado, fuera del proceso terapéutico. Proponen privilegiar la voz del cliente como fuente de sabiduría y solución a sus conflictos. Plantean que una de las dificultades de reducir la psicoterapia a un modelo médico y de los tratamientos validados empíricamente es que ambos dejan fuera a la figura del cliente.

Distintas investigaciones han realizado aportes en relación a este tema y han llegado a la conclusión de que el cliente es el único y más importante contribuyente a los resultados de la psicoterapia – los recursos que trae a la terapia y lo que influencia sus vidas fuera de ella (Assay y Lambert 1999; en Duncan y Miller, 2001). Dentro de estos factores se encuentran, por ejemplo: la persistencia, la apertura, el optimismo, etc., siendo todos operativos en la vida del cliente antes que éste comience la terapia.

Tallman y Bohart (1999 citados en Duncan y Miller, 2001) afirman que los distintos modelos psicoterapéuticos funcionan debido a que la propensión del cliente hacia el cambio trasciende cualquier diferencia entre los distintos modelos. Por ejemplo, en el *Proyecto de Investigación del tratamiento Colaborativo de la Depresión*, se analizaron las percepciones de los clientes con respecto a la relación terapéutica. Como en otros estudios, la mejoría estuvo mínimamente relacionada con el tipo de tratamiento recibido, pero sustancialmente determinada por la calidad de la relación (evaluada por el cliente) (Blatt, Zuroff, Quinlan y Pikonis, 1996, en Duncan y Miller, 2001).

Es necesario tener en cuenta que el mapa del cliente suministra la mejor guía para conseguir los objetivos y metas propuestas en el proceso terapéutico; el terapeuta debe unirse al cliente y explorar junto a él todas las alternativas que existen en sus propios mapas. Tener en cuenta las percepciones del cliente, sobre

la formación y solución de los problemas, es decir, “su” teoría del cambio, tiene importantes implicaciones para la terapia. Luego Torrey (1972, en Duncan y Miller, 2001) afirma que compartir creencias similares con los clientes respecto a las causas y tratamiento de distintas dificultades, es un prerequisito para el éxito terapéutico.

Siguiendo esta teoría, Erickson (1980) estaba en contra de la imposición de las teorías de los terapeutas por sobre la del cliente. Por el contrario, formuló el concepto denominado *utilización*: “Explorar la individualidad del paciente para estar seguro de cuáles aprendizajes vitales, experiencias y habilidades mentales están disponibles para tratar con el problema.. [y] luego utilizar esas respuestas internas exclusivamente personales para lograr metas terapéuticas” (en Duncan y Miller, 2001:7).

Luego el *Mental Research Institute (MRI)* siguiendo el concepto de utilización de Erickson, desarrollo el concepto de “posición”, o las creencias del cliente que influían específicamente en el problema presente y la participación del mismo en la terapia. Así el *MRl* recomendaba una evaluación rápida de la posición pudiera hacer a medida todas las intervenciones.

Duncan y Miller (2001) concluyen que al utilizar la teoría del cambio del cliente se facilita una relación favorable, se aumenta la participación del cliente y por lo tanto, se aumentan las posibilidades de conseguir resultados exitosos en el proceso psicoterapéutico. Aun así, centrarse en la perspectiva del cliente no prohíbe que el terapeuta ofrezca ideas o sugerencias, o contribuya a la construcción de la teoría del cambio del cliente.

II. 3. Factores que explican el Cambio Psicoterapéutico

A partir de la información aportada por el capítulo anterior es posible realizar las siguientes preguntas: ¿Cuáles son los principios activos del cambio psicoterapéutico? ¿Son los factores comunes o los factores específicos los responsables del cambio?

Ya en 1936 fue Rosenzweig quién se aventuró a sostener que habían factores comunes a todas las psicoterapias exitosas, aunque en esa época el objetivo de las investigaciones estaba enfocado hacia otro camino. Estos factores eran aspectos de la relación terapéutica, la personalidad del terapeuta, la catarsis y la capacidad de proporcionar explicaciones alternativas.

Rogers (1957, citado en Corbella y Botella, 2004) en la misma línea que Rosenzweig postulaba 6 condiciones necesarias y suficientes para el cambio psicológico:

- 1- que dos personas estén en contacto psicológico, relacionadas;
- 2- que el cliente se encuentre en un estado de incongruencia o vulnerabilidad;
- 3- que el terapeuta sea congruente y auténtico en la relación;
- 4- consideración positiva, incondicional por parte del terapeuta;
- 5- que el terapeuta comprenda empáticamente al cliente y se lo demuestre;
- 6- que el cliente perciba la consideración positiva y la comprensión empática del terapeuta.

De acuerdo con Rogers ninguna otra condición era necesaria; si éstas se mantienen en el tiempo el cambio aparecerá. Por el contrario si alguna fallara, el cambio no es posible. Estas condiciones están íntimamente relacionadas con el concepto de alianza terapéutica.

Luego de estos aportes, cuatro años después Frank (1961) publica su libro "*Persuasion and Healing*" (*Persuasión y Cura*), en él realiza un análisis exhaustivo de distintas formas de ayudar a personas que sufren problemas psicológicos y finalmente concluye que hay cuatro factores que compartidos por todas las psicoterapias. El primero es el tipo de relación singular entre paciente y terapeuta,

donde uno de los ingredientes es la confianza del primero en la competencia del segundo y el otro la aceptación y comprensión del terapeuta; el segundo factor común es que sus entornos son designados por la sociedad como lugares de curación; el tercero se refiere a que todas las psicoterapias se fundan en un principio o mito que incluye una explicación de la enfermedad y la salud; y el último sería la tarea o procedimiento prescrito por la teoría.

Alrededor de 1978, se observaba un relativo consenso entre distintos autores, quienes reportaban indicadores similares de efectividad terapéutica entre los distintos modelos de psicoterapia.

De esta forma las variables específicas o técnicas de cada enfoque teórico no permitían llegar a una comprensión del cambio terapéutico en función de ellas, por lo que fue necesario orientar la investigación en este campo hacia las variables del proceso que no involucraran los aspectos técnicos de cada enfoque teórico.

Años más tarde Michael Lambert (1986, en Corbella y Botella, 2004), realizó una revisión de la literatura en el cual identificaba distintos factores que tenían una íntima relación con el cambio terapéutico. Divide a los factores comunes en 4 áreas. Del total del cambio que experimenta el paciente en psicoterapia, identificaba: a) un 40% de debe a factores extraterapéuticos; b) un 30% de debe a factores comunes; c) un 15% es resultado de las técnicas aplicadas en la terapia; y d) el 15% restante proviene del efecto placebo.

a) Cambio Extraterapéutico: Se define como las variables del paciente y de su contexto relacional, que son independientes de la terapia. Las variables del paciente que se han considerado con más frecuencia son: la severidad del trastorno (sea físico o psicológico), la motivación, la capacidad de relacionarse, la fuerza del ego, la disposición psicológica y la habilidad para identificar un problema concreto. Por otra parte Garfield (1994, en Corbella y Botella, 2004) concluyó que algunas variables del paciente, por ejemplo, el grado de motivación y las expectativas de mejora, se pueden cambiar con cierta facilidad en la terapia,

mientras que otras como los estilos de personalidad, por ejemplo, son más estables.

Otro factor que se ha estudiado ampliamente como factor de cambio es la red de apoyo social, es decir, la importancia de los elementos de apoyo del entorno natural de las personas, incluyendo aquí, amigos, familia, compañeros de trabajo, etc.

d) Factores Comunes: Son definidos como los aspectos compartidos por todas las psicoterapias, tales como, variables del terapeuta, variables del cliente y las variables del proceso terapéutico. Se han considerado en muchas investigaciones (Paterson 1984, citado en Lambert y Bergin 1994; en Corbella y Botella, 2004) como condiciones necesarias y suficientes para explicar el mayor porcentaje de la mejoría del cliente, además de ser ingredientes activos de la terapia. Un elemento que ha sido motivo de muchas investigaciones es la alianza terapéutica, que describiremos más adelante.

c) Técnicas: Estas son definidas como los procedimientos específicos de cada terapia. Puesto que la relevancia percibida por el paciente de las tareas que lleva a cabo en la psicoterapia correlaciona de forma significativa con el resultado de dicha psicoterapia, es lícito considerarlas como un factor explicativo del cambio psicoterapéutico. Sin embargo, se debe tener en cuenta, que justamente este resultado indica que el efecto de las técnicas psicoterapéuticas como factores de cambio depende de la interrelación entre el paciente y la aplicación de determinadas técnicas o estrategias por parte del terapeuta, no de las técnicas en sí mismas.

e) Efecto Placebo: Se define como las expectativas del paciente de recibir ayuda y la credibilidad de las técnicas percibida por el paciente.

Ahora bien, teniendo en cuenta que tanto el cambio extraterapéutico como el efecto placebo dependen de variables del paciente y explican un 55% del cambio total, mientras que los factores comunes y las técnicas se refieren a los elementos propios de la terapia (y explican un 45% del cambio), se podría pensar

que es el paciente quien más contribuye al éxito de la terapia. Mallinckrodt (1996) siguiendo esta línea, afirma que la percepción del paciente en cuanto al incremento del apoyo social extraterapéutico contribuye a la reducción sintomática (Corbella y Botella, 2004).

Garfield (1980, en Castro Solano 2001) plantea que el cambio terapéutico estaba relacionado con aspectos del paciente, del terapeuta y de la relación entre ambos. Es así como surge una nueva línea de investigación en psicoterapia, relacionada con la efectividad de los procesos psicoterapéuticos: la investigación de las variables inespecíficas del tratamiento o también denominados factores comunes a todas las líneas teóricas. Investigar este tipo de variables permite establecer factores comunes a cualquier procedimiento psicoterapéutico, independientemente de las técnicas y las teorías que las sustentan.

II.3.1 Factores Comunes o Variables Inespecíficas

II.3.1.1 Variables del Paciente

De acuerdo a algunos autores (Luborsky y otros, 1979; Lambert y Bergin, 1978, en Corbella y Botella, 2004) son las variables preexistentes en el paciente las que dan cuenta de los resultados obtenidos en la psicoterapia; por esto se podría pensar que algunas características individuales de las personas que acuden a la terapia serían factores que influyen en los resultados terapéuticos.

Un proceso terapéutico puede tener resultados positivos o negativos, investigar estos factores que son pre-existentes a dicho proceso y tienen que ver con las características de quienes consultan, han sido el objetivo de tales investigaciones.

Las características de los pacientes, como factor relacionado al resultado del proceso terapéutico han sido ampliamente abordadas; sin embargo y en

particular, la investigación de las mismas presenta algunas dificultades metodológicas. El motivo de esta dificultad está relacionado al objeto de estudio de las mismas; ya que cada paciente presenta características únicas y resulta difícil establecer y distinguir variables de factores explicativos generalizables a cualquier paciente.

II.3.1.1.a Variables demográficas

Aquí se incluyen: Sexo, Edad y Clase Social: de acuerdo a algunos estudios realizados, no parece haber una relación directa entre estas variables y los resultados psicoterapéuticos. Tales variables estarían relacionadas solo indirectamente con los resultados, es decir, que la relación con el tratamiento, estaría condicionada por la actitud del terapeuta hacia las características demográficas de los pacientes. Bleuter (1983 en Winkler et al., 1989) propone que sería la flexibilidad y creatividad del terapeuta, la aceptación de perspectivas diferentes y la modificación de su técnica en función de estas variables, lo que determinaría los resultados positivos.

II.3.1.1.b Diagnóstico Clínico

A) Características de Personalidad: No existe aún un total consenso entre los investigadores en cuanto a este punto; pero es posible sintetizar los hallazgos de algunos estudios que correlacionan los resultados positivos con determinadas características de personalidad relacionadas al éxito del tratamiento.

Algunas variables relacionadas positivamente con los resultados, de acuerdo al estudio de Garfield (1978, en Winkler et al. 1989) son las siguientes: inteligencia, habilidad para producir asociaciones, flexibilidad, variedad de intereses, sensibilidad al ambiente, profundidad de los sentimientos, nivel de energía, grado de integración del yo, monto de estrés y productividad verbal.

Beutler (1983, en Winkler et al. 1989) también ha descrito dos elementos del paciente que tienen relevancia en el resultado que este pueda obtener sino que también en el tipo de intervención que es necesaria para que estos resultados sean positivos; tales elementos son el estilo defensivo y el potencial de reactancia del paciente. De esta manera, y de acuerdo a lo que Beutler propone, pacientes con estilo externalizador, es decir, que tienden a proyectar los conflictos, y con baja reactancia, es decir que tienen dificultades para hacer frente a la presión ambiental y ceden ante ella, se beneficiarían más con terapias de tipo conductuales. En cambio, pacientes con estilo internalizador y alta reactancia, se beneficiarían más con las terapias que favorecen el insight.

Otro aspecto asociado con los resultados es el locus de control característico de cada paciente. Se ha encontrado en pacientes con locus de control interno tienden a estar mejor con tratamientos que les proveen de mayor control y les ayudan a cambiar determinantes internos de las conductas, tales como actitudes y creencias; se beneficiarían más este tipo de pacientes con tratamientos no directivos. Por el contrario, algunos pacientes con locus de control externo, tienden a estar mejor con tratamientos directivos, en los cuales determinantes externos de la conducta son el foco del tratamiento (Garfield 1978, Schuwartz y Higgins 1979 en Frances y otros 1985, citado en Winkler et al., 1989).

B) Tipo de perturbación: El nivel inicial de perturbación psicológica, ha resultado ser una de las variables más consistente relacionada con los resultados del tratamiento (Bergin y Lambert 1978 y Beutler 1983, en Winkler et al., 1989). Los pacientes con perturbaciones afectivas y conductuales, hablando en términos diagnósticos, muestran una mayor mejoría que pacientes con otro tipo de patología.

El diagnóstico del paciente tiene además directa relación con la posibilidad del deterioro. Bergin y Lambert (1978) reportan que los pacientes diagnosticados como psicóticos y personalidad límitrofe tienden a sufrir deterioro en el proceso

psicoterapéutico, en términos de una disminución en la madurez del comportamiento y una peor adaptación social.

C) Complejidad de los Síntomas: Los pacientes que presentan síntomas múltiples, generalmente pacientes psiquiátricos, podrían beneficiarse más de las terapias de insight. En cambio pacientes que presentan síntomas monosintomáticos o circumscriptos, esto quiere decir que son simples respuestas, hábitos positivamente reforzados o conductas inapropiadas realizadas por falta de una conducta mejor en el repertorio, responderían mejor a tratamientos de tipo conductuales.

II.3.1.1.c Expectativas

Las creencias o expectativas con que llega el paciente acerca de la terapia han resultado ser un factor influyente en los resultados del tratamiento pero también en la mejoría percibida por el paciente. Zalaquett (1982, en Winkler et al., 2009) plantea que las expectativas de los pacientes, sin importar su clase social, afectan varios aspectos del proceso terapéutico entre los que se destacan, la duración del tratamiento, la deserción de los pacientes y los resultados finales del tratamiento.

Las expectativas que tiene el paciente al inicio del proceso psicoterapéutico no sólo tienen que ver con el tratamiento propiamente dicho (técnicas, duración, etc.) sino que además involucran creencias relacionadas a los logros y beneficios que éste pueda obtener de la atención y expectativas acerca del terapeuta.

Por lo tanto, podemos afirmar que es fundamental que el terapeuta reconozca las expectativas de su paciente desde el inicio del proceso, esto ayudará a aclarar dudas o corregir, si es necesario, aquellas creencias y expectativas que no estén de acuerdo con las metas y objetivos propuestos en el inicio de la terapia.

II.3.1.1.d Disposición Personal

Según se ha podido observar en algunos pacientes que tienen una disposición negativa a la situación de tratamiento, que se manifiestan intransigentes a los esfuerzos del terapeuta por establecer la alianza terapéutica, es probable que no obtengan buenos resultados de la experiencia de realizar un proceso psicoterapéutico. Por lo tanto, una disposición positiva por parte del paciente, al cambio y al tratamiento favorecería el logro de resultados positivos.

II.3.1.2 Variables del Terapeuta

De acuerdo con distintos planteamientos, no existe un consenso respecto al rol y a la función del terapeuta en la psicoterapia, de esta forma, se observan algunas diferencias en las distintas corrientes teóricas. Sin embargo, sabemos que existen diferencias entre los distintos terapeutas y sus habilidades que estarían relacionadas con distintas tasas de mejoría; por esto se podría pensar que no todos los terapeutas serían igualmente efectivos (Bergin 1964, Garfield 198, en Winkler et al., 1989).

Hay variables relacionadas con el terapeuta que han demostrado influir en el resultado de la psicoterapia, como por ejemplo:

- a) El bienestar emocional del terapeuta;
- b) El terapeuta que posea un sistema de valores y de constructos similar al de sus pacientes; Torrey (1972, en Corbella y Botella, 2004) apunta a que el hecho de que terapeuta y paciente compartan sus creencias acerca de las causas y tratamiento de los trastornos psicológicos es un pre-requisito para el éxito de la terapia;
- c) El terapeuta que tenga capacidad de influencia social y aplique las técnicas que utiliza con competencia;

- d) El terapeuta con capacidad, evaluada por el paciente, de ayudarlo a entender sus problemas;
 - e) El terapeuta que tenga capacidad, evaluada por el paciente, de animarlo a practicar gradualmente el enfrentamiento de situaciones problemáticas;
 - f) El terapeuta que tenga capacidad de comprensión, también evaluada por el paciente;
 - g) El terapeuta con capacidades para fomentar la auto-comprensión del paciente.
- Describiremos además otros elementos, que son comunes a cualquier psicoterapia en términos de variables del terapeuta y que se asocian a resultados positivos.

II.3.1.2.a Actitud

Un planteamiento importante que hace Strupp (1978) tiene que ver con que el terapeuta tenga una actitud tal que favorezca el clima terapéutico que posibilite fundamentalmente el cambio. Para que esta actitud sea promotora del cambio, el terapeuta debe incentivar al paciente a la autoexploración a través del respeto, la aceptación, la comprensión, la calidez y la ayuda. Esto implicaría por parte del terapeuta realizar esfuerzos deliberados por no criticar, no juzgar. Todo esto posibilita una atmósfera positiva para el tratamiento.

Así, la actitud de respeto por el paciente constituye la actitud básica que el terapeuta debe tener hacia éste; la misma se relaciona con las posibilidades que tenga el terapeuta de fuentes de satisfacción personal y seguridad personal extraterapéuticas.

La escuela Rogeriana fue la que realizó gran parte de los estudios relacionados con las actitudes del terapeuta para favorecer el cambio. Fue Rogers quien planteó como condiciones necesarias y suficientes la empatía, la calidez, la aceptación incondicional la autenticidad. Argumentaba además que la percepción de estas actitudes por parte del paciente, era de fundamental importancia para el éxito del tratamiento (Rogers, 1957, citado en Winkler et al., 1989).

Para Brammer (1979 en Winkler et al., 1989), el terapeuta se constituye en un catalizador de los procesos de cambio del paciente, por medio de su actitud terapéutica.

II.3.1.2.b Personalidad

Es relativo el valor que distintos investigadores colocan a esta variable, presentando algunos matices. Parloff y otros (1978) plantean: "el valor puesto en aquellas cualidades del terapeuta tales como ajuste personal, tacto, integridad y madurez, no implican que su existencia asegure el éxito terapéutico, sino más bien, que su ausencia lo obstaculiza" (en Winkler y col.1989:37).

Por otra parte, Lerner (1974) indica que el factor operativo del éxito terapéutico está más relacionado con las cualidades personales del terapeuta que con su formación científica, características que giran en torno a la capacidad para establecer una relación psicoterapéutica. Estas cualidades son: objetividad, honestidad, capacidad para establecer relaciones o vínculos, libertad emocional, seguridad, integridad, intuición, paciencia, perceptividad, empatía, creatividad e imaginación (Winkler et al., 1989).

Bergin (1994, en Corbella y Botella, 2004) comenta que la efectividad terapéutica también estaría en función de la salud del terapeuta; existiría un amplio consenso relacionado a que terapeutas más sanos, con menos conflictos y escasamente patógenos tendrían mayor éxito en la terapia que aquellos menos sanos, con más conflictos y más patógenos.

Es decir, de acuerdo con los aportes de distintos autores, para alcanzar resultados positivos el terapeuta debería tener como características esenciales, las siguientes: una personalidad madura, evidenciar un alto nivel de autoconocimiento, y tener satisfechas sus necesidades básicas.

II.3.1.2.c Habilidades

Cada terapeuta debe hacer una cuidadosa evaluación de lo que cada paciente necesita, del tipo de ayuda que requiere y cuáles son los obstáculos que puede tener el paciente para resolver sus conflictos. Algunas habilidades son necesarias en el terapeuta para que pueda exitosamente promover cambios. Brammer (1979, en Winkler et al., 1989), describe como habilidades fundamentales: la capacidad de atender y escuchar, y las habilidades de guiar, reflejar, confrontar, interpretar, informar y resumir.

Estas habilidades tendrán un peso fundamental para llevar a cabo el proceso terapéutico y fomentar los cambios que el paciente busca.

II.3.1.2.d Nivel de Experiencia

Frecuentemente suele relacionarse la capacidad del terapeuta con la calidad de atención que éste brinda. Habitualmente terapeutas con mayor experiencia reciben pacientes más graves que los menos expertos, estando claro que el grado de perturbación que presenten los pacientes tiene una directa incidencia en los resultados.

Existen distintos estudios en los que se ha encontrado una correlación entre la edad y la experiencia del terapeuta con su estilo comportamental; significaría que a mayor edad y experiencia, los terapeutas tenderían a actuar con más empatía y exploración. Siendo estas dos últimas conductas relacionadas con los cambios positivos durante los procesos psicoterapéuticos (Navarro y otros 1987a, 1987b, en Winkler et al., 1989).

A partir de estos aportes, se supone que la experiencia es un factor que indirectamente se asocia al éxito de la terapia. Sin embargo factores como el nivel de experiencia, la edad, o el tipo de paciente que recibe, los terapeutas pueden ser calificados como expertos e inexpertos.

II.3.1.3 La Alianza Terapéutica (Relación Terapéutica)

En la actualidad todas las corrientes confieren a la alianza terapéutica o relación terapéutica un rol fundamental para que se produzcan cambios y resultados positivos en las psicoterapias. Para Gelso y Carter (1994, en Corbella y Botella, 2003) la alianza terapéutica es el componente de la relación terapéutica que ha generado mayor interés en los investigadores. La psicoterapia no se puede concebir al margen del establecimiento de una relación interpersonal entre cliente y terapeuta. La calidad emocional y relacional del vínculo entre ambos es una parte imprescindible del éxito del proceso psicoterapéutico y, de hecho, la investigación en psicoterapia indica que resulta ser un aspecto determinante de la eficacia de la terapia. (Corbella y Botella, 2003).

Tanto para el proceso terapéutico como para el resultado resulta de fundamental importancia la relación terapéutica.

Algunos autores como Stiles (1986, en Winkler et al., 1989) proponen comprender la alianza terapéutica como la interacción entre las variables del terapeuta y las variables del paciente. Al ser la psicoterapia una relación de influencia mutua entre terapeuta y paciente, se transforma en una relación cooperativa.

Bordin (1976, en Friedlander et al., 2009) la definió como el encaje y colaboración entre el cliente y el terapeuta e identificó tres componentes que la configuran: (a) acuerdo en las tareas, (b) vínculo positivo y (c) acuerdo en los objetivos. Las tareas se refieren a las acciones y pensamientos que forman parte del trabajo en el proceso terapéutico, de modo que la percepción de estas acciones o tareas como relevantes para la mejoría es una parte importante del establecimiento de la alianza. También el acuerdo entre terapeuta y paciente respecto a cuáles son los objetivos a alcanzar con la psicoterapia, así como compartir mutuamente confianza y aceptación son elementos esenciales para una buena alianza.

Corbella y Botella (2003) consideran que la alianza terapéutica es una construcción conjunta entre paciente y terapeuta, de forma tal que las expectativas, las opiniones, las construcciones que ambos van desarrollando respecto al trabajo que están realizando, la relación establecida y la visión del otro resultan relevantes para el establecimiento de la alianza terapéutica.

Sin embargo, a pesar de la importancia atribuida a la alianza terapéutica Bordin (1980, citado en Horvath y Luborsky, 1993, en Corbella y Botella 2004) afirma que una alianza positiva no es curativa por sí misma, sino que actúa como un ingrediente que hace posible la aceptación y el seguimiento del trabajo en el proceso psicoterapéutico.

La mayoría de las investigaciones encuentran una relación significativa entre la alianza terapéutica y el resultado final de la terapia. La alianza resultaría ser un predictor en el resultado final de la psicoterapia (Hovarth y Symond, 1991; Luborsky, 1994, en Corbella y Botella, 2004). Orlinsky, Grawe y Parks (1994, en Corbella y Botella, 2004) encontraron que el 66% de los estudios mostraban una correlación significativa entre el vínculo terapéutico/cohesión y los resultados de los tratamientos. El factor de colaboración y confianza es el que presenta una mayor correlación con los resultados de la terapia.

Rodriguez (2010) realizó una investigación sobre Alianza Terapéutica y su relación con las variables del terapeuta, en el *Consultorio Abierto a la Comunidad de la Fundación Puentes de Cambio*.

Una de las conclusiones principales, radica en la importancia de evaluar la alianza terapéutica al comienzo del tratamiento, lo cual resulta ser un gran predictor de los resultados finales. Tal como afirma Rodriguez (2010) es fundamental el establecimiento de una buena alianza durante las primeras sesiones del tratamiento, de lo contrario hay probabilidades de que el cliente abandone su tratamiento. Con respecto a la evaluación de la calidad de la alianza, la más importante es la que realiza el paciente; al mismo tiempo sin existir algún factor más importante que otro, hay características del terapeuta que pueden

favorecerla. El factor de colaboración y confianza es el que presenta mayor correlación con los resultados positivos de la psicoterapia.

Otro aporte relevante se refiere a la influencia de las variables del paciente que se relacionan con el establecimiento de la alianza terapéutica, en este caso, la severidad de los síntomas del paciente tendrían poco impacto en la relación terapéutica. Es decir, las variables diagnósticas del paciente no predicen la calidad de la alianza.

Por otro lado, y en relación a las variables del terapeuta, no influirían en el establecimiento de la alianza factores como la formación del terapeuta, el entrenamiento, la orientación teórica y el nivel de experiencia.

II.3.2 Variables que Contribuyen a un Buen Pronóstico

Entre ellas se incluyen variables del paciente, variables del terapeuta y variables que tienen que ver con la relación entre ambos, es decir, con la relación terapéutica, descritas anteriormente. Además también contribuyen algunas técnicas y las experiencias intrasesión del paciente.

II.3.2.a Técnicas que correlacionan con el éxito de la Terapia

Algunas técnicas que se relacionan positivamente con el éxito de la terapia son: a) focalización en el problema motivo de demanda; b) fomento de la independencia del paciente; y c) fomento de la capacidad reflexiva del paciente (Corbella y Botella, 2004:33).

Además autores como Orlinsky y Howard (1986, citados en Corbella y Botella, 2004) nombran técnicas que no estarían correlacionadas al éxito del resultado de la terapia, por ejemplo: a) afirmaciones exploratorias destinadas a clarificar experiencias o significados del paciente; b) respuestas- reflejo del terapeuta destinadas a comprobar su comprensión con respecto al paciente; c)

focalización en el aquí y ahora, lo cual puede ser perjudicial en condiciones de baja empatía con el paciente.

II.3.2.b Experiencias Intrasesión del paciente

Elliott y James (1989) explican que por "experiencias del paciente" debe entenderse "sensaciones, percepciones, pensamientos y sentimientos durante, y en referencia a, las sesiones de la terapia" (en Corbella y Botella, 2004:34).

Los cambios intrasesión mas estudiados serían 5: cambio en los niveles de ansiedad, cambio en los niveles de depresión, cambios cognitivos, cambios en los niveles de optimismo y cambios en la alianza terapéutica. De todos ellos los que mejor predicen el resultado global de la terapia serían los cambios cognitivos y la fuerza de la alianza terapéutica (Gorman, Safran, Twining, Wallner y Winston, 1995, citados por Corbella y Botella, 2004).

Por otra parte Luborsky (1998, en Corbella y Botella, 2004), concluye que la implicación activa del paciente, en particular el desarrollo de una actitud de resolución de problemas y la participación en actividades q contribuyan a dominar la situación problemática, colaboran positivamente con el éxito de la terapia. También la creación y mantenimiento de expectativas positivas contribuyen a un resultado exitoso.

Continuando con los aportes del mismo autor, que el paciente pueda experimentar un amplio rango de emociones, y factores como el *insight* y la autoexploración, -estos dos últimos en caso de estar conectados con el motivo de la demanda-, se correlacionan positivamente con el éxito de la terapia.

II.3.3 Factores Atribucionales que Intervienen en el Proceso Psicoterapéutico

Hacia finales de la década del 80 comenzaba a surgir un creciente interés por investigar el rol que juegan en el proceso psicoterapéutico las atribuciones causales y cómo influyen en los resultados del mismo. Martin (1988) proponía investigar para tratar de identificar el grado de similitud entre las teorías del cliente y del terapeuta y determinar en qué grado la relación existente entre ellas estaba relacionado el éxito de la psicoterapia.

Tracey (1988, en Corbella y Botella, 2004) investigó la congruencia atribucional respecto a la responsabilidad por la causa del problema, y encontró que el acuerdo entre el terapeuta y el cliente estaba relacionado en forma significativa con la satisfacción del cliente y el cambio de éste, y la condición inversa se relacionó con el término prematuro de la terapia. Por otro lado, Claiborn, Ward y Strong (1981, citados en Corbella y Botella, 2004), realizaron un estudio colocando a los clientes en condiciones que fueran discrepantes y congruentes con las creencias del terapeuta acerca de la causalidad del problema. Resultó ser que los clientes en la condición congruente mostraron mayores expectativas para el cambio, lograron un mayor cambio y marcaron niveles más altos de satisfacción que los que estuvieron en condiciones discrepantes.

Dos estudios encontraron (Atkinson, Worthington, Dana y Godd, 1991; Worthington y Atkinson, 1996, en Corbella y Botella, 2004) encontraron que las percepciones del cliente respecto a la similitud con sus terapeutas respecto a las creencias acerca de la causalidad estaban relacionados con una mayor credibilidad del terapeuta, en tanto se habían sentido comprendidos por el terapeuta, y su satisfacción con la terapia. Atkinson y Worthington (1996) concluyen que los terapeutas cuyos clientes perciben que poseen atribuciones similares de la etiología, son juzgados como más creíbles y cercanos.

Con respecto a *la atribución del cambio desde la perspectiva del paciente*, varios investigadores coinciden en que las teorías de los clientes influyen en los resultados. Hooch (1955) afirmaba que:

"Hay algunos pacientes a quienes les gustaría someterse a un procedimiento terapéutico cuyos fundamentos teóricos concordaran con sus propias ideas sobre el funcionamiento psíquico. Creemos que sería conveniente explicar las ideas de los pacientes sobre la psicoterapia y lo que esperan de ella (en Corbella y Botella 2004:41).

Sloane y colaboradores (1975, Corbella y Botella, 2004) encontraron que en relación a los elementos que consideran más importantes los pacientes para su mejoría, la mayoría hacía referencia a las cualidades de los terapeutas. Por otro lado, es importante considerar que la construcción que hace el paciente sobre su terapeuta es uno de los principales componentes de la relación terapéutica. También la capacidad del cliente de automejorarse es un factor de cambio fundamental, que influye en el resultado de la psicoterapia.

El cambio terapéutico también se asocia con la exploración de reacciones problemáticas por parte del paciente, asociado a procesos complejos de reflexión y cuestionamiento con el objetivo de conocerse y comprenderse mejor (Corbella y Botella, 2004). Watson y Rennie (1994) proponen dividir esta categoría en subcategorías: a) operaciones del paciente (representación simbólica de la experiencia, auto-examen refelexivo, percepción de novedades, revisión del self), b) ímpetu de la sesión (alianza colaborativa con el terapeuta en el caso positivo, dificultades en la relación terapéutica en el caso negativo) (En Corbella y Botella, 2004:42).

Por otro lado, en relación a *la atribución del cambio terapéutico desde la perspectiva del terapeuta*, Frontman y Kunkel (1994, citados en Corbella y Botella, 2004) encontraron que el éxito psicoterapéutico de las primeras sesiones es atribuido a dos categorías básicas: a- conciencia positiva de su propia intervención

como terapeutas (basada en determinadas acciones o características de sus pacientes y en la autoevaluación de su actuación en la sesión); y b- colaboración (evaluada sobre la base de la adhesión de los pacientes a las normas interaccionales, el establecimiento de una relación entre terapeuta y paciente y los progresos en la resolución de los problemas).

En 2004, Romero realizó un estudio sobre la atribución que hacen los psicoterapeutas sobre los factores responsables de la cura en el proceso psicoterapéutico; el objetivo fue averiguar si tal responsabilidad se atribuía a las variables específicas de la psicoterapia (el enfoque y técnicas utilizadas) o sobre los factores comunes (variables del paciente, del terapeuta y de la relación terapeuta-paciente). Se tomó como muestra a un grupo de psicoterapeutas que debían responder un cuestionario creado ad hoc. Concluyeron que no existe un posicionamiento claro por parte de los terapeutas hacia factores comunes o inespecíficos como responsables del cambio terapéutico.

II.3.4 Relación entre los resultados de la psicoterapia y la duración del tratamiento

Finalizando la década del 80 se comenzaron a realizar estudios para evaluar el efecto de la psicoterapia; el objeto de estudio de tales investigaciones era “la sesión de terapia”, entre otras cosas para observar la magnitud del efecto y el resultado de la misma tomando como referencia el número de sesiones administradas. El objetivo era intentar estimar cuánta terapia era necesaria para obtener resultados clínicamente significativos.

La primera revisión del tema fue realizada por Howard y cols. (1986, Corbella y Botella, 2004) en la cual de 2431 casos pertenecientes a investigaciones de los últimos 30 años, en donde el 50% de los pacientes mejoran en la sesión 8, que el 75% mejora en la sesión número 24 y a partir de esta sesión el cambio se acerca a un síntoma. Estos resultados traen aparejado el planteamiento de los tratamientos breves. Pareciera que la gran mayoría de los

pacientes se benefician dentro de las primeras 20 sesiones, luego el progreso es mínimo. Hay que tener en cuenta el tipo de patología, esto no se ajusta para todos los pacientes ni para todos los diagnósticos.

En otros estudios posteriores en condiciones naturalísticas (Hansen y Lambert, 2003, en Corbella y Botella, 2004) hallaron que se necesitan entre 15 y 19 sesiones para que la mitad de los pacientes alcancen una mejoría clínicamente significativa.

Por otro lado, Steenbarger (1994, citado en Corbella y Botella, 2004) afirma que el estudio de la relación entre la duración del tratamiento y los resultados pueden verse afectados por la metodología utilizada para medir dicha relación. Es decir, algunas medidas utilizadas para evaluar los resultados (sintomáticas, funcionales, calidad de vida, etc.), el tiempo en el que es evaluado el resultado (al terminar el tratamiento, a seis meses de terminado, etc.), entre otras, podrían marcar diferencias importantes para estimar la relación entre duración del tratamiento y los resultados obtenidos. También se deberían tomar en cuenta otras variables que también influirían, por ejemplo, el nivel de funcionamiento interpersonal de los pacientes, las expectativas sobre la terapia, como se involucra el paciente con la terapia y distintas variables y características del terapeuta.

Muchas investigaciones se han propuesto averiguar qué tipo de pacientes es probable que obtenga buenos resultados con terapias breves y muy breves y que pacientes necesitan tratamientos más largos. Según Pekarik (1993) hay muchos datos que indican que los tratamientos breves (por ejemplo, unas 10 sesiones) son, tan eficaces, como los de mayor duración.

Por otra parte, Matt y Navarro (1997, en Corbella y Botella, 2004) indican que 14 de los 28 meta-análisis que analizan la relación entre duración del tratamiento y resultados encuentran una relación positiva (a mayor duración mejores resultados), seis una relación negativa y ocho una relación no significativa. También Shadish (2000, en Corbella y Botella, 2004), encontró una relación positiva en su meta-análisis entre el tamaño del efecto y duración de la terapia. Este autor afirma que es fundamental tener en cuenta que es improbable

que una mayor duración de la terapia conlleve a mejores resultados; en algún momento se estabilizan los resultados, lo cual puede ocurrir alrededor de un año.

Una variable muy importante a tener en cuenta tiene que ver con cada tipo de trastorno: problemas como la esquizofrenia, la anorexia, los trastornos de personalidad y las adicciones necesitan de intervenciones más largas que, por ejemplo, los trastornos de ansiedad, la depresión mayor y las disfunciones sexuales.

En cuanto a la relación entre alianza terapéutica y resultado de la psicoterapia, se observa que cuando la alianza es evaluada en la fase inicial del proceso (segunda a sexta sesión) obtenía mejor puntuación; por lo que parece que medir la alianza en las primeras sesiones es un predictor del resultado final de la terapia que la alianza evaluada en la fase intermedia o cuando ya se han realizado varias sesiones.

Por otra parte, Weerasekera et al. (2000, en Corbella y Botella, 2004) encontraron una correlación mayor entre la alianza terapéutica y el resultado de la terapia cuando la alianza se evaluaba en la sesión número 8 que en la sesión número dos o tres o en sesiones posteriores. Por lo tanto, pareciera que las primeras sesiones son especialmente importantes para el establecimiento de una buena relación con el paciente o de lo contrario hay probabilidades que abandone prematuramente la psicoterapia.

También Tryon y Kane (1995, en Rodríguez, 2010) estudiaron la relación entre alianza en la fase inicial del proceso (evaluándola en la tercera sesión) y el tipo de finalización de la terapia, encontrando que las finalizaciones decididas unilateralmente por el paciente están relacionadas con puntuaciones bajas en las evaluaciones de alianza terapéutica.

Capítulo III:
Psicoterapia Breve Ericksoniana

III.1. Introducción

Milton Hyland Erickson nace el 5 de Diciembre de 1901 en Sierra nevada, Estados Unidos. El segundo de once hermanos, pasó su infancia en Lowel, Winsconsin, en el seno de una familia dedicada a la agricultura. Desde chico presentó algunas dificultades, daltonismo, era sordo a los tonos y por ello incapaz de reconocer o producir ritmos musicales, y además evidenciaba cierto grado de dislexia. En 1919 se gradúo en la escuela secundaria y era un destacado atleta (Pacheco, 2000).

En agosto de ese mismo año, sufre su primer crisis de poliomelitis, la cual lo llevó un año para recuperarse, luego ingresó a la Escuela de medicina en 1920 y en 1928 recibió su título de médico y Doctor en psicología.

En 1936, se casa en segundas nupcias, con Elizabeth quién fue su compañera y colaboradora; y en el año 1948 se traslada a Arizona por motivos de salud, dónde fallece el 25 de marzo de 1980 (Pacheco, 2000).

Erickson fue pionero en muchas áreas de la psicoterapia, entre las más importantes: *Hipnosis, Terapia familiar, Terapia Breve y terapia Estratégica Centrada en Soluciones*.

La Hipnosis ericksoniana, se encuentra identificada y registrada en la *American Psychological Asociation* como uno de los más de 400 modelos de terapia breve conocidos; se encuentra encuadrado como una disciplina con intervenciones estratégicas; y esto significa que sus objetivos no centran su atención en los problemas en sí, sino que este enfoque privilegia la construcción práctica de soluciones.

La *Hipnosis* en el enfoque de Erickson, según Pacheco (2000) no era vista como un artefacto que era impuesto al sujeto, sino más bien, concebida como una tipo de relación interpersonal, con el objetivo principal de lograr en el cliente una mayor disposición para responder a las directivas del terapeuta (Erickson y Rossi, 1979).

Con respecto a la concepción de Psicoterapia Breve, Erickson (1980) escribía:

El supuesto que la psicoterapia necesariamente debe ser compleja y muy prolongada, contradice la experiencia de la vida cotidiana. Los sucesos diarios simples de un carácter breve y transitorio, pueden, y con frecuencia lo hacen, ejercer influencias profundas y perdurables sobre la personalidad humana. Estos sucesos pueden derivar totalmente del presente inmediato y pueden evocar respuestas importantes que dirigen el presente y el futuro de los individuos. Esas respuestas significativas a los eventos cotidianos, a pesar de la sincera creencia sostenida por muchos adherentes a las escuelas interpretativas de la psicoterapia, no son necesariamente un reflejo y nuevas ediciones de experiencias traumáticas infantiles. Esto no desacredita en forma alguna la importancia del trauma físico en la infancia y la niñez. Por el contrario, enfatiza el hecho que las experiencias traumáticas pueden ocurrir en cualquier edad y pueden reflejar solamente la situación de vida actual implicada. (en Pacheco, 2002:55).

Cuando los tratamientos se enfocan en el pasado y principalmente en la patología del cliente, suelen ser tratamientos prolongados; en cambio los tratamientos son breves cuando el foco está puesto en problemas presentes, el terapeuta aplica intervenciones estratégicas y los objetivos del tratamiento están orientados por metas co-construidas entre el cliente y el terapeuta.

Por su parte, de Shazer (1999, citado en Pacheco, 2000) y su Grupo de Milwaukee, destacan la importancia de la orientación a futuro del tratamiento, ya que conlleva la idea de un cambio.

O' Hanlon (1989, en Pacheco, 2000) describía a Erickson como un hombre pragmático, ya que estaba orientado hacia el cambio, no se centraba en obtener un conocimiento profundo de sus pacientes. Para Erickson, la personalidad no era algo inmutable, sino que consideraba que las personas eran capaces de cambiar a

lo largo de su vida, teniendo en cuenta aspectos alternativos de la personalidad que podían sacarse a la luz para utilizar en beneficio del cliente.

Erickson sostenía que era fundamental que los terapeutas capitalizaran todo lo que el cliente trae a la terapia, su lenguaje, sus creencias, sus fuerzas y recursos, el humor y también sus conductas no verbales, de esta forma, todo debía utilizarse en la terapia para la construcción de tareas y la consecución se metas. Realizó importantes aportes en cuanto a las características que debe tener un terapeuta para obtener éxito en la consecución se los procesos terapéuticos y a la Teoría del Cambio del Cliente.

El *terapeuta eriksoniano*, es un terapeuta *estratégico*, que utiliza los métodos de influencia terapéutica más adecuado a cada cliente, sin perder de vista el estilo de respuesta y cooperación y el modo particular en que se manifiesta y mantiene el problema y/o los síntomas; a la vez que guía, dirige la sesión y diseña y propone tareas para que el cliente pueda aprender nuevos significados y comportamientos alternativos.

III.2. Pautas principales del Enfoque Milton H. Erickson

III.2.1 Enfoque no Patologizante

Erickson evitaba clasificar a sus pacientes de acuerdo con las costumbres tradicionales en psicopatología, evitaba considerar a sus pacientes como “enfermos”, los consideraba personas totales, no “portadores” de enfermedades. Consideraba a los clientes con capacidades para modificar sus problemas activamente, aunque a veces pudieran no ser conscientes de ello (Fisch, 1982, en Pacheco, 2002).

Los pacientes, por el contrario, poseen recursos fortalezas y experiencias propias para la resolución de sus problemas, por lo que la tarea del terapeuta es identificar esos recursos y ponerlos a disposición del cambio.

Un principio básico, en la psicoterapia ericksoniana es el de *utilización terapéutica*, a través del cual es posible que los recursos del paciente se incorporen a la terapia. Es conveniente utilizar todos los aspectos del paciente que estén funcionando bien, y es necesario además resolver los síntomas, sin necesidad de modificar o reconstruir la personalidad del cliente.

Con respecto a la concepción de los síntomas, Erickson consideraba que surgían para cumplir una función, luego se mantienen porque las personas quedan pautadas de esa manera; de esta forma él pensaba que los síntomas de desgastan cuando sirven a ese propósito y luego se trasforman en pautas habituales.

III.2.2 Orientación temporal en el presente y hacia el futuro

La psicoterapia ericksoniana se enfoca sobre los problemas actuales de los clientes y se dirige al futuro. Anteriormente predominaban los enfoques psicodinámicos, en los cuales la orientación temporal estaba dirigida principalmente hacia el pasado y se suponía que ahí se encontraban las causas del problema actual.

Erickson escribió:

Una terapia es buscada en primer término, no para esclarecer un pasado inmodificable, sino a causa de una insatisfacción con el presente y un deseo de mejorar en el futuro. Ni el paciente, ni el terapeuta pueden saber en qué dirección se ha de verificar un cambio y en qué grado ha de tener lugar este último. Pero se precisa cambiar la situación actual y una vez establecido el cambio, por pequeño que sea, se precisa de otros cambios menores y un efecto de bola de nieve de estos cambios menores conduce a otros más importantes, de acuerdo con las posibilidades del paciente. ("Prefacio", Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976, en Pacheco, 2002:36).

Afirmaba que no es posible cambiar el pasado, sino más bien, se cambia la interpretación y el modo que tenemos de verlo e incluso esto se puede modificar con el tiempo (O' Hanlon, 1989, en Pacheco, 2002).

El interés no está puesto en el pasado para resolver problemas actuales, sino que a partir de los problemas presentes del cliente, se diseña una psicoterapia orientada a metas hacia el presente y futuro; Las intervenciones se dirigen a movilizar al cliente hacia el futuro.

Erickson utilizaba una técnica denominada “regresión de edad”, principalmente con dos objetivos (Pacheco, 2002):

(1) Extraer recursos que el paciente ha adquirido en su vida y de los cuales no está consciente: este objetivo tiene que ver con que las personas desarrollan aprendizajes que fueron útiles para enfrentar determinados problemas, pero actualmente no los utiliza de manera eficaz. Lankton y Lankton (1983, en Pacheco, 2002) utilizan metáforas terapéuticas para extraer estos recursos; también se utilizan para fenómenos hipnóticos.

(2) La creación de pseudo-recuerdos terapéuticos que modificarán la experiencia actual del paciente (Yapko, 1990): este objetivo está relacionado con carencias que el paciente puede haber tenido en su vida e influyen en su identidad actual. La técnica que se utiliza en este caso es la vivificación, en dónde es posible regresar al paciente a esa época de su vida, proporcionar experiencias vitales que no tuvo, como si estuvieran ocurriendo en el aquí y ahora y crear amnesia para esas experiencias (Erickson y Rossi, 1979).

Grinder y Bandler (1994, en Corbella y Botella, 2004) utilizan la técnica “cambio de vida personal”, para la creación de pseudo- recuerdos. En este caso el paciente a través de la hipermnésia y disociación experimenta una regresión para una situación específica y le agrega a la vivencia comprensiones del presente no incluidas en la situación original, de esta manera se generaliza hacia el presente y el futuro, cambiando las connotaciones afectivas.

III.2.3 Rol activo del Terapeuta: Terapia Estratégica

Haley (1980) propone el siguiente concepto de “terapia estratégica”:

Una terapia puede considerarse estratégica si el clínico inicia lo que ocurre durante ella y diseña un enfoque particular para cada problema. Cuando se encuentran un terapeuta y una persona con un problema, la acción que tiene lugar está determinada por ambos, pero en la terapia estratégica la iniciativa corresponde en gran medida al terapeuta. Este debe identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y, por último, evaluar el resultado de la terapia para ver si ha sido eficaz. El terapeuta ha de ser sensible hacia el paciente y su medio social, pero la forma en que proceda debe ser determinada por él mismo (en Pacheco, 2002:42).

Erickson fue el creador del Enfoque Estratégico en psicoterapia; una característica importante es el rol del terapeuta, quien asume la responsabilidad de influir en el cliente para el logro de los objetivos y metas propuestas. Se ha reconocido a Erickson como el más importante especialista mundial en hipnosis médica, dedicando su vida al estudio experimental y la utilización de la hipnosis.

Nardone y Watzlawich (1992, citados en Pacheco, 2002) afirman que el pensamiento estratégico está interesado por la funcionalidad del comportamiento humano frente a los problemas de la existencia y relaciones entre individuos; el terapeuta estratégico explora de qué manera funciona y cómo es posible cambiar esas situaciones de malestar de un sujeto, de una pareja o de una familia. Para ello probablemente sea necesario romper el sistema circular de retroacciones que mantienen el problema operante. Estos autores están de acuerdo en que para cambiar o modificar una situación

problemática, es necesario cambiar primero el obrar, y como consecuencia de ello, cambiara lo que piensa el paciente o su punto de observación.

Erickson no se guiaba por los criterios de psicopatología tradicional para diseñar sus intervenciones, sus criterios se determinaban por la *fenomenología del problema*. Esto quiere decir que el terapeuta escucha atentamente la queja, a la vez que observa aspectos analógicos de la comunicación verbal – silencios, cambios de voz, etc. – y la comunicación no verbal – gestos, postura, etc.-. De esta forma el terapeuta observa como el paciente construye la descripción del problema.

Cade y O’ Halon (1995, citados por Pacheco, 2002:44) presentan una serie de preguntas para definir claramente el problema y sus secuencias:

- 1) ¿Cuándo se produce el problema? Para saber cuáles han sido las regularidades de reiteración en el tiempo.
- 2) ¿Dónde aparece el problema?
- 3) ¿Cuáles son las acciones del problema?
- 4) ¿Con quién se produce?
- 5) ¿Cuáles son las excepciones a la regla del problema?
- 6) ¿Qué es lo que el cliente hace de modo distinto, o qué actividades quedan excluidas a causa del problema?
- 7) ¿Qué es lo que el cliente muestra en la sesión que está relacionado con el problema?
- 8) ¿cuáles son las explicaciones y marcos o encuadres del cliente respecto del problema?
- 9) ¿Cuáles son las soluciones intentadas por el cliente, o los otros significativos, acerca del problema?
- 10) ¿Cómo es posible saber que hemos tenido éxitos? Es fundamental saber las imágenes e ideas que el cliente tiene acerca de cómo se dará cuenta cuándo el problema está resuelto.

Otra perspectiva para observar la sintomatología del cliente, es cuando se trabajan con la técnica de inducción de trance y fenómenos hipnóticos, a partir del trance sintomático. Se parte del supuesto de que las quejas del cliente se pueden abordar desde la hipnoterapia (con inducción de trance formal o no) y otras por medio de intervenciones estratégicas en la pauta (generalmente con la prescripción de tareas para realizar entre sesión y sesión).

Es posible observar que independientemente de las técnicas usadas el terapeuta mantiene siempre un perfil estratégico, con el objetivo de diseñar un contexto experiencial para favorecer la interrupción de pautas experienciales y disfuncionales del cliente, de este modo algunas pautas no utilizadas en ese contexto serán facilitadas (Pacheco, 2002). De todas formas, es importante determinar cuál es la disposición a cooperar del cliente en cuanto a la construcción de la terapia.

Para diseñar la terapia para el paciente, el terapeuta debe tener en cuenta tres aspectos fundamentales: a) la co-construcción de metas del tratamiento; b) la determinación de la pauta; y c) las estrategias posibles para alternar la terapia y en modo en que se entregarán las mismas. Zieg (1992, 1999, en Pacheco, 2002:47) denominaba a este tercer aspecto “*envoltura para regalo*”.

Sabemos que Erickson resaltaba el aspecto del estilo de disposición a responder del cliente y sus intervenciones las “cortaba a la medida”, sin embargo no todos los pacientes siempre están dispuestos a cooperar con el proceso terapéutico.

Por tal motivo, el *Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee*, distinguió tres tipos de relación terapéutica en relación al estilo de cooperación del paciente: compradora, demandante y visitante (Berg y Miller, 1996; DeJong y Berg, 1998 citados en Pacheco, 2002).

Miller (2001) describe los tres tipos de relación:

Estilo Comprador:

- El cliente es capaz de identificar un problema o meta para el tratamiento.
- El cliente está deseoso y dispuesto a emprender acciones.
- El cliente cree que su comportamiento hará una diferencia.

Estilo Demandante:

- El cliente es capaz de identificar un problema o una meta para el tratamiento.
- El cliente considera que las soluciones son externas a él. Estos clientes tienden a creer:
 - “Cuando se tienen dudas, no cambies”.
 - “Mi comportamiento no interesa”.
 - “Alguien o algo tiene que cambiar primero”.

Estilo Visitante:

- El cliente no identifica un problema o meta para el tratamiento.
- El cliente no ve ninguna necesidad de participar en la terapia. (Este estilo suele darse en el contexto de terapia obligada).

De acuerdo a estos criterios, son los clientes de tipo *comprador* con quienes es posible trabajar desde el inicio de la terapia. En los otros dos casos, *demandante* y *visitante*, el terapeuta deberá transformar la relación en una de tipo *comprador* (Berg y Miller, 1996; DeJong y Berg, 1998; Miller et al., 1977).

Otros dos aspectos importantes en el trabajo de Erickson: Hipnosis formal y la Indirección terapéutica.

En cuanto a la hipnosis formal, Erickson la utiliza estratégicamente. El principal objetivo de su uso es debilitar los esquemas conscientes del cliente, con lo cual se dispone a estar más receptivo a las propuestas del terapeuta y a explorar sus propios potenciales de respuesta.

Tal como afirma Carol Lankton (1985), Erickson utilizaba también la indirección terapéutica, a pesar de mostrarse muy directivo con sus clientes; este lenguaje indirecto los estimulaba a resolver sus problemas en formas efectivas. Recurría para ello al uso de historias y metáforas terapéuticas que relataba en un trance formal o no formal.

Zieg (1991) por su parte afirmaba, que la indirección utilizada en la terapia debía estar en proporción con la resistencia percibida por el paciente. Se debe comenzar en forma directa, si no funciona es necesario que el terapeuta sea más indirecto; es decir usar un lenguaje directo o indirecto dependerá del estilo de respuesta o cooperación del cliente en la terapia.

III.2.4 El Uso del humor en la terapia

Erickson utilizaba en las sesiones de terapia, no solo anécdotas e historias relacionadas con su experiencia, sino que también se usaba a sí mismo para adecuarse al tipo de interacción para que el cliente se adecuara a la terapia. Él afirmaba que es necesario “enseñar a los pacientes a reírse de sus penas y a disfrutar sus placeres” (Pacheco, 2002:52).

Muchas veces recurrir al humor puede sacarnos del dolor, hacer más aceptables cosas nuevas o amenazantes, o aliviar una situación (Gordon y Meyers-Anderson, 1981). En el contexto terapéutico un chiste en el momento indicado, permite afirmar ciertos puntos en forma indirecta, sin mostrar resistencia.

Por otro lado el uso de algunos acertijos propone cuestionar la rigidez de los pacientes, y probablemente se logren romper pautas habituales de pensamiento y así encontrar soluciones a los distintos problemas del cliente (Erickson y Rossi, 1979; O'Hanlon, 1989).

III.2.5 Orientación intrapersonal e interpersonal de la terapia

Erickson diseñaba sus acercamientos terapéuticos y la orientación del proceso de acuerdo a la fenomenología del problema presentado por el cliente y la disposición para responder del mismo.

Confiar en forma excesiva de los recursos inconscientes del paciente para llegar al cambio, es posible que lleven al terapeuta a prestar poca atención a variables del contexto interpersonal significativo para el paciente, y de esta forma centrar su atención en acercamientos intrapersonales que no ayudan a resolver el problema. Es necesario reconocer las relaciones interpersonales como influyentes en la psicopatología y la psicoterapia.

III.2.6 Utilización Terapéutica

Este aspecto es central y distintivo del enfoque de Erickson. Zieg la define como “la disponibilidad del terapeuta a responder estratégicamente a todos y cada uno de los aspectos del paciente o el entorno” (Zeig, 1992/1999, en Pacheco, 2002:58).

Estos aspectos, incluyen a la vez: lo que el paciente ofrece de forma consciente e inconsciente, los recursos y fortalezas, las experiencias, las habilidades (o falta de ellas), las relaciones, las actitudes los problemas, los síntomas, los déficits, el ambiente en el cual se desarrollan, la vocación, pasatiempos, las aversiones, las emociones, etc. (Zeig y Munion, 1999 en Pacheco, 2002).

Siguiendo las contribuciones de este autor, ha descrito los siguientes principios a la hora de recurrir a *la utilización* como técnica:

- Principio 1: Primero es la inducción del terapeuta.
- Principio 2: Todo lo que el paciente trae consigo a la consulta puede ser utilizado. Todo lo que existe en la situación de terapia puede ser utilizado.
- Principio 3: El terapeuta puede aprovechar cualquier técnica que utiliza para ser paciente.
- Principio 4: Hay que desarrollar cualquier respuesta que se reciba.

Por otro lado Erickson también aprovecha la utilización de los entornos sociales de los pacientes, en la que incluía las circunstancias vitales del cliente en el proceso de evaluación terapéutica y en la terapia misma.

III.2.7 Rol activo del paciente

Erickson consideraba la psicoterapia hipnótica como un proceso de aprendizaje y reeducación para el cliente; el terapeuta debe estimular al cliente y guiarlo para el logro de los resultados deseados, siendo fundamental para ello la anticipación activa del cliente en el proceso (Erickson y Rossi, 1979).

A diferencia de otros enfoques, algunas de las intervenciones ericksonianas están diseñadas como tareas para la casa. Zeig y Munion (1999, en Pacheco, 2002) describen la importancia de estas intervenciones: a) involucran al paciente en el trabajo terapéutico por más tiempo, que lo utilizado en la sesión de 45- 50 minutos; b) facilita confrontar el problema en el mismo contexto donde se origina; c) traslada el trabajo terapéutico desde lo abstracto a lo más concreto; d) estas experiencias dan lugar a mayor insight o liberación emocional para el cliente.

Todas las tareas deben ser individualizadas y prescriptas en relación al estilo de cooperación del cliente; asimismo se pueden clasificar en distintas categorías: prescripciones paradójicas, tareas de función ambigua, tareas para

construir habilidades (Lankton, 1988, en Pacheco, 2002), terapia de ordalía (Haley, 1987), y prescripciones para el manejo del cambio (Haley et al., 1984, citado en Pacheco, 2002).

Por su parte, Fisch (1982, en Pacheco, 2002) consideraba que Erickson a partir de esta prescripción de tareas buscaba extender su influencia, al tiempo que disminuía la dependencia del cliente hacia el terapeuta, al utilizar el primero personas y facilidades que pertenecían a su entorno. De esta forma los clientes no son vistos como frágiles o vulnerables e influidos por fuerzas misteriosas que giran a su alrededor.

III.3. Distintas corrientes derivadas del pensamiento de Milton Erickson

El legado de M. Erickson derivó en, por lo menos, 6 corrientes de pensamiento en psicoterapia: Terapia Estratégica, Mental Research Institute (MRI), Terapia Orientada a la Solución, Terapia Psicobiológica de Ernest Rossi, Programación Neurolingüística, y los Neo-Eriksonianos. (Pacheco, 2001).

III.3.1 Terapia Estratégica

Es un enfoque de terapia familiar sistémica, que emplea técnicas hipnóticas naturalistas, es decir, no formales, sin la inducción de trance hipnótico. Se podría decir que la influencia de Erikson en esta corriente, surge de sus encuentros con J. Haley y John Weakland a fines de los años 50, como parte de los estudios del Proyecto de Gregory Bateson en Palo Alto.

III.3.2 Mental Research Institute (MRI)

El líder de este Instituto fue Don Jackson (1958), y en un primer momento el proyecto se formó en el Proyecto Bateson. Se desarrolló un enfoque sistémico

interaccional, sistematizando y poniendo a prueba las técnicas terapéuticas de Erikson. Destacaron el estudio y sistematización de técnicas de hipnosis no formales; pero recién en 1990, Watzlawich y Nardone explicitaron las pautas hipnóticas en la aplicación de la “hipnoterapia sin trance”. Luego, el MRI tomo como marco conceptual implícito la epistemología constructivista de Watzlawich.

III.3.3 Terapia Orientada a la Solución

Este enfoque fue desarrollado por Steve de Shazer y sus colaboradores en el Centro de Terapia Breve en Milwaukee, Wisconsin. Influenciado por el pensamiento y algunas técnicas de Erikson. Las principales características del enfoque se observan en la visión despatologizante de la terapia, el énfasis puesto en los recursos de los consultantes y no en sus déficits; y en la orientación a futuro de Erikson y su técnica de la pseudo orientación en el tiempo. Distinguiéndose del MRI en la importancia puesta en el desarrollo de soluciones y no en la construcción de problemas solubles en terapia; su trabajo se enmarca en una visión sistémica, interaccional y constructivista.

III.3.4 Enfoque Psicobiológico

Desarrollado por Ernest L. Rossi, quién fue discípulo y colaborador de Erickson en 1980. Fue editor de artículos de Erickson, y coautor de cuatro volúmenes, colocó énfasis en una sistematización del lenguaje hipnótico y las diversas técnicas desarrolladas por Erickson. Rossi, psicólogo jungiano exploró junto a Erickson las estrategias intrapersonales y el papel del inconsciente en su trabajo. A partir de 1982 inicio en desarrollo de su propio enfoque de la comunicación mente-cuerpo; actualmente es se desempeña como experto en psiconeuroinmunología.

III.3.5 Programación Neurolingüística

John Grinder y Richard Bandler, son los creadores de este enfoque, quienes lo desarrollaron a partir del estudio lingüístico de las pautas de terapeutas exitosos. La PNL se ha transformado en un enfoque muy popular.

III.3.6 Neo- ericksoniano

Zeig y Geary (2000) agrupan en este grupo a varios terapeutas que estudiaron con Erickson en la última década de su vida, y que colocando énfasis en las pautas hipnóticas, desarrollaron y sistematizaron varios aspectos de su enfoque.

- *Jeffery Zeig*: Actual presidente de la *Milton H. Erickson Foundation, Inc.*, Phoeniz, Arizona. Disertante en Seminarios y talleres que dicta con regularidad en Estados Unidos, Europa y América del Sur. Ha escrito importantes análisis de técnicas ericksonianas. Ha sistematizado los aspectos hipnóticos y estratégicos del enfoque de Erickson, y sus aplicaciones a diversos tipos de pacientes y problemas.
- *Carol y Stephen Lankton*: Su trabajo se ha enmarcado dentro del enfoque estratégico sistémico; dedicados al tema de la construcción y uso de metáforas terapéuticas en psicoterapia. Participan en congresos Internacionales y Regionales organizados por la *Milton H. Erickson Foundation*.
- *Michael Yapko*: Se formó en Terapia Conductual Cognitiva, pero desde muy temprano en su carrera comenzó a estudiar los métodos hipnóticos de Erickson. Actualmente es reconocido por su enfoque en el tratamiento de la depresión, modelo que integra los acercamientos cognitivos, estratégico e hipnoterapéuticos.

- *Stephen Gilligan*: Fue el estudiante más joven de Erickson. Según Zeig y Geary (2000) está comenzando a representar el séptimo enfoque en el movimiento ericksoniano, ya que está interesado en el desarrollo de la teoría de las relaciones del sí mismo.

Capítulo IV:
El Cuestionario OQ-45.2 de M.
Lambert

IV. 1.Introducción

Desarrollado en Estados Unidos por Michael Lambert y cols. (1996, citado en Von Bergen y De la Parra, 2002), el Cuestionario Oq.45.2, es un instrumento cuyo objetivo es medir el progreso del paciente en terapia, y se ha diseñado para su aplicación repetida durante la terapia y al término de ésta. Está compuesto por tres sub-escalas: sub-escala de síntomas, sub-escala de relaciones interpersonales, sub-escala de rol social. El OQ-45.2 pretende medir resultados en forma breve, evaluando la experiencia subjetiva y cómo funciona la persona en el mundo.

Es un instrumento breve que ha demostrado alta confiabilidad y validez (Lambert, 1996), y es también aplicable a diversos tipos de población cubriendo los motivos de consulta principales que llevan a un paciente a buscar ayuda psicoterapéutica. Lambert (1996) indica que no se trata de un instrumento para realizar diagnósticos en los clientes, sino que específicamente se ha creado para evaluar los resultados de la psicoterapia, en este caso informados por el cliente. El OQ incorpora escalas de síntomas en la primera de sus subescalas, pero agrega dos subescalas más: de relaciones interpersonales que buscan cumplir con una función similar al Inventory of Interpersonal Problems (Horowitz et al., 1988) y de rol social, que busca medir adecuación al trabajo, estudio, tiempo libre, similar al Social Adjustment Scale (Weissman y Bothwell, 1976en: Lambert, 1996, Citado en Von Bergen y de la Parra, 2006).

Al plantear Lambert las tres subescalas sugiere un continuo desde cómo el paciente se siente internamente, cómo se relaciona con otros significativos y cómo está funcionando en tareas vitales como trabajo y estudio en una evolución centrífuga, individual, interpersonal, y social.

Existen diferentes formas de clasificar los instrumentos de resultados (Eisen y Dickey, 1996); una de ellas ordena estos instrumentos según la fuente donde se originan los datos: pacientes (autoevaluación), terapeutas, u otros (pareja, familiares, empleadores, etc.).

Hay una gran variedad de instrumentos para evaluar resultados en psicoterapia, entre los más utilizados, por ejemplo, se encuentra el inventario de Síntomas SCL- 90-R, Symptom Check List (Derogatis, 1977, en Corbella y Botella, 2004), que mide síntomas clasificados en 9 dimensiones primarias (somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo). Este instrumento ha demostrado una buena sensibilidad al cambio en esquemas “antes / después” aunque no es fácil de utilizar en seguimiento de evolución.

Existe también, el método Stuttgart-Heidelberg, desarrollado por Kordy, Hannover y Richard (2002, citados en Corbella y Botella, 2004) el mismo tiene como característica principal procesar la información obtenida por el paciente y por observadores. Es un método flexible y se puede adaptar a cada paciente seleccionando las áreas que más se adecuen para explorar y evaluar la problemática traída por el cliente a la consulta. Cuenta además con un sistema informático, el cuál proporciona al terapeuta información gráfica sobre las distintas áreas problemáticas y severidad que presenta (Corbella y Botella, 2004).

Por otro lado, Lueger y colaboradores (citado en Corbella y Botella, 2004:23) proponen el método de evaluación COMPASS, basado en la información proporcionada por el paciente, pero complementada por 4 ítems que debe contestar el terapeuta; a diferencia del método anterior, la duración de la aplicación es menor y contiene un modelo único de aplicación sin selección de ítems o áreas en función de la problemática del paciente.

Otro método de evaluación es el CORE Outcome Measure y es el más empleado en el Reino Unido, desarrollado por Barkham y colaboradores (2001, en Corbella y Botella, 2004). Es un autoinforme que consta de 34 ítems que debe contestar el cliente; es un instrumento muy corto y se puede contestar rápidamente. Es considerado el sistema de evaluación de resultados más breve. Consta, además con dos versiones reducidas de 18 ítems, las cuales lo hacen más breve aún.

Tanto el COMPASS, como el OQ-45.2 y el CORE-OM, cuentan también con sistemas informáticos, tanto como para su evaluación, tabulación e interpretación de datos.

Un dato relevante que aportan Corbella y Botella (2004), se refiere a que estos 3 instrumentos de evaluación descriptos, tienen cada uno, índices de cambio propios que permiten evaluar la mejoría del cliente durante el tratamiento, al final y en el seguimiento; también cuentan con indicadores de riesgo del paciente en la evaluación.

IV. 2. Desarrollo del Instrumento

Lambert (1996, en Von Bergen y De la Parra, 2006) para seleccionar los diferentes ítems, tomo en cuenta aquellos que se relacionaran con los síntomas que se presentan a través de las distintas alteraciones; aquellos problemas que presentan la mayoría de los pacientes más allá del motivo específico de consulta; aquellas características personales y sociales que afectaran la calidad de vida del individuo. Consideró tomar un número limitado de ítems (45) para que fuera más bien un instrumento práctico para utilizar en el área clínica; esto lo haría tolerable para el paciente, permitiría la aplicación repetida y proveería a los clínicos con datos que pueden ser utilizados en la toma de decisiones.

Para el desarrollo de la versión en castellano para Chile, De la Parra y Von Bergen (2002) tomaron una traducción del OQ facilitada por la “American Professional Credentialing Services”, dueña de los derechos de uso del OQ. Sin embargo su aplicación en el medio no fue fácil y automática, y todas las modificaciones al instrumento se realizaron en coordinación y con la aprobación de los Servicios de Acreditación Profesional.

Algunas de las dificultades encontradas, para llegar a la adaptación del instrumento fueron las siguientes:

- a) preguntas negativas: aquellas preguntas que contenían una doble negación, por ejemplo “no me siento contento con mi matrimonio/pareja” no

era entendida por los pacientes, que al no tener el problema debían contestar “nunca no me siento contento...” para puntuar 0. Por el cambio de sentido de la doble negación se debió redactar estos ítems en forma positiva.

- b) Vocabulario restringido: la extracción sociocultural de los pacientes obligó a simplificar el vocabulario de varios ítems.
- c) El uso de 5 categorías fue de difícil comprensión para algunos pacientes que tendían a evaluar sólo en tres (por ejemplo nunca, a veces, casi siempre); este formato no se modificó porque el instrumento no sería comparable al utilizado en otros países.
- d) Las dueñas de casa tuvieron problemas en identificar su labor como un trabajo, lo que llevó a complementar el encabezado aclarando el punto.
- e) Las preguntas sobre alcohol y drogas no eran respondidas si el paciente no las ingería, por lo que tuvo que agregarse notas explicativas en estos ítem.
- f) Por último el formato original, de una página, dificultaba la lectura, donde además ciertos pacientes se saltaban algunas preguntas. El cambio de formato a dos páginas demostró una franca disminución en el grado de dificultad.

El cuestionario fue traducido, adaptado y validado en Chile por Von Bergen y De la Parra (2002), con índices de confiabilidad de 0.89, 0.67, 0.63 y 0.91 para las escalas de sintomatología, relaciones interpersonales, rol social y el total respectivamente (Vöhringer, C. y otros, 2013, en Von Bergen y De la Parra, 2006).

IV. 3. Desarrollo y Características de las Sub-escalas

IV.3.1. Sub-escala de Síntomas (SymptomDistress, SD)

Lambert confeccionó ésta sub-escala, a partir de los aportes de dos estudios: uno, del estudio del *NIMH (National Institute for Mental Health)* de 1988 que identificaba los desórdenes mentales más prevalentes en cinco zonas de

Estados Unidos, y el otro de la revisión de los Resultados Internacionales de Asuntos Humanos de 1992 sobre los diagnósticos más frecuentemente codificados del DSM III-R . El primer estudio mostró que aproximadamente el 12% de la población general cumplía con los criterios diagnósticos para trastornos de ansiedad o trastornos afectivos (15,4% de la población recibió algún tipo de diagnóstico). El segundo trabajo realizado sobre 2.145 pacientes mostró que un tercio de los diagnósticos realizados incluía algún tipo de trastorno afectivo y un tercio trastornos de ansiedad (incluyendo trastorno por estrés postraumático). Es así entonces que los síntomas intrapsíquicos más comunes a ser evaluados son problemas de depresión y ansiedad. Según Lambert, existe amplia evidencia empírica que muestra la dificultad en separar sintomatología depresiva de ansiosa, tendiendo a presentarse simultáneamente en una gran variedad de pacientes. Por estas razones en el OQ los síntomas depresivos y angustiosos están fuertemente representados sin pretender separar escalas en estas dos áreas de síntomas. Otros trastornos frecuentes son el abuso de drogas y alcohol que también están presentes en los ítems del OQ, pero sólo con el objetivo de su detección.

IV.3.2 Sub-escala de Relaciones Interpersonales (Interpersonal Relations, RI)

El OQ incluye ítems que miden tanto la satisfacción como los problemas en las relaciones interpersonales. Lambert muestra cómo la investigación en calidad de vida y niveles de satisfacción en la vida revela que para las personas la felicidad se asocia con relaciones interpersonales positivas. Además, refiere, la investigación en pacientes que buscan terapia muestra que los problemas más frecuentes en el motivo de consulta son de naturaleza interpersonal. Por otro lado, los problemas interpersonales generalmente van asociados como causa o efecto a malestar intrapersonal. Es debido a esto que se incluyen ítems con contenidos de amistad, familia, vida familiar, matrimonio, etc., así como ítems que evalúan conflicto, fricción, aislamiento, inadecuación y rechazo en las relaciones

interpersonales. Estos ítems se derivaron de la literatura de terapia de pareja y familiar así como de investigación sobre los problemas interpersonales más frecuentes en pacientes que buscan psicoterapia.

IV.3.3 Rol Social (Social Role, SR)

El rendimiento social fue medido por Lambert focalizando en los niveles de insatisfacción, conflicto, trastorno o inadecuación del paciente en tareas relacionadas con el empleo, roles familiares y ocio. La evaluación del rol social sugiere que los problemas y síntomas intrapsíquicos de las personas pueden afectar su habilidad para trabajar, amar y disfrutar. Esto es apoyado por la investigación en calidad de vida, realizada por Koptka et al. (1994) (citado por Lambert) en la que sugiere que estos síntomas también pueden existir independientemente de los síntomas intrapsíquicos y malestar subjetivo. Por esto se desarrollaron estos ítems que evalúan trabajo y ocio. La satisfacción en estas áreas se correlaciona altamente con puntajes generales de niveles de satisfacción con la vida. Tal es así que el OQ-45.2 se propone como una medición de resultados que en forma breve pretende evaluar la experiencia subjetiva y cómo la persona funciona en el mundo.

IV. 4. Administración

IV. 4. 1. Primera aplicación

El OQ- 45.2 es un instrumento de autoadministrado, sin embargo en la primera aplicación se recomienda dar énfasis verbalmente a las instrucciones impresas en las hojas de respuesta.

Es un cuestionario que busca medir estados, no rasgos, por lo que es conveniente resaltar también, la primera vez que se aplica, que los clientes contesten en función de cómo se han sentido durante los últimos 7 días. También es necesario recalcarles la importancia de contestar las preguntas de una manera honesta consigo mismos.

Es una escala sumativa tipo Likert, de nivel ordinal. Se responde eligiendo entre cinco categorías de acuerdo a qué tanto le ocurre lo señalado en cada uno de los ítems: “Nunca”, “Casi nunca”, “A veces”, “Con frecuencia” y “Casi siempre”. Teniendo en cuenta las características del paciente, puede ser aconsejable en la primera aplicación dar uno o dos ejemplos (siempre utilizando los mismos ítem: los dos primeros) de manera que los sujetos comprendan el uso de las cinco categorías para responder.

En la primera aplicación, inmediatamente después que el paciente haya contestado, puede ser conveniente revisar con el paciente los ítems que dejó sin responder, para poder aclarar las dudas que se lo impidieron.

La aplicación debería realizarse previo al ingreso a la sesión de psicoterapia, entre otros factores, para interferir lo mínimo posible el proceso terapéutico.

También es posible aplicar el OQ en forma oral, ya sea porque el cliente está incapacitado para leer y escribir, o cuando se desea realizar un seguimiento telefónico. En ese caso particular, se le puede entregar al cliente un formulario en blanco, de tal modo que pueda ir leyendo mientras le responde al entrevistador; la aplicación telefónica es menos utilizada.

Es importante destacar que el cuestionario se puede administrar en forma individual y también grupal.

IV. 4. 2. Tiempo

Al medir el tiempo ocupado en responder en la primera aplicación del OQ en los pacientes se observó que la moda era de aproximadamente 10 min. El tiempo promedio fue de 15 min con un rango de variación de 3 a 35 min. Se supone que este tiempo debe disminuir al contestar el cuestionario posteriormente en el seguimiento debido a que ya conocen el instrumento.

IV. 4. 3. Tabulación

El puntaje del OQ se obtiene simplemente sumando el puntaje obtenido en cada ítem. El OQ entrega un puntaje total y uno para cada escala. Cada ítem es puntuado en una escala Likert de nivel ordinal de 0 a 4 puntos, por lo tanto el rango del puntaje del OQ total va de 0 a 180 puntos. A mayor puntaje indica un mayor desconfort. La escala de sintomatología comprende 25 ítems, la de relaciones interpersonales 11 y la de rol social 9 ítems. En caso que se desee sumar manualmente el puntaje, se coloca el puntaje obtenido de cada ítem en los espacios en blanco de las columnas de la derecha y a continuación se suma cada subescala (columna) por separado, obteniéndose así los puntajes por escala y la suma de las tres subescalas, corresponde al puntaje total. Se recomienda ingresar los datos en una planilla de cálculo computacional (Excel), que sume automáticamente los resultados de cada escala y el total. El ingreso es sumamente rápido y sencillo.

Puede ocurrir que se haya omitido algún ítem al completar el cuestionario, en ese caso se recomienda puntuar el ítem faltante con el puntaje promedio obtenido en la escala a la que corresponda el mismo (redondeando a un valor entero).

IV. 5. Interpretación de Datos

Von Bergen y De la Parra (2002) recomiendan tener en cuenta tres elementos para la utilización clínica del cuestionario: el puntaje total, el de las sub-escalas y el puntaje de algunos ítems específicos.

- a) Puntaje Total: Un puntaje alto indica que el cliente admite un elevado nivel de incomodidad en su calidad de vida en general, tanto en lo referente a los síntomas, dificultades en las relaciones interpersonales y en su rol social; en tanto que un puntaje bajo sugiere que el cliente tiene un nivel de incomodidad no mayor que el de la población general.

El Puntaje de Corte ($PC = 73$) es el puntaje que marca la diferencia entre una población funcional de una disfuncional. Adicionalmente, el valor del Índice de Cambio Confiable ($ICC = 17$) permite afirmar que cuando un cliente ha disminuido su puntaje en 17 puntos o más, el cambio es clínicamente significativo.

El Índice de Cambio Confiable (ICC) es la diferencia de puntaje que se obtiene entre el inicio y el final del tratamiento, e indica que el cambio es estadísticamente significativo, es decir, que excede el error muestral de medición. El cambio para un sujeto se considera clínicamente significativo cuando el puntaje final está bajo el PC (Puntaje de Corte) y la diferencia entre el puntaje inicial y el final es mayor al Índice de Cambio Confiable (Jacobson & Truax, 1991, en Von Bergen y De la Parra 2002).

- b) Sub-escalas: Estas permiten identificar áreas específicas de dificultad. Cuando de analiza cada una de ellas, es de gran utilidad hacer uso de los PC e ICC específicos de cada una de las sub-escalas, procediendo para ello de la misma manera que en el caso del puntaje total.

- ✓ Sintomatología (SD): PC = 43 ICC = 12

La presencia de un puntaje alto indica principalmente sintomatología ansiosa y depresiva, como también desórdenes de ajuste y estrés. Por el contrario, un puntaje bajo indica la ausencia o la negación de estos síntomas.

- ✓ Relaciones Interpersonales (RI): PC= 16 ICC= 9

Un puntaje alto en esta escala indicaría que el cliente tiene dificultades en sus relaciones más cercanas, donde podría haber quejas de soledad, conflictos con otros y problemas con la familia y pareja. La ausencia de problemas como también la satisfacción en la calidad en sus relaciones más cercanas son indicadas por la presencia de puntajes bajos.

- ✓ Rol Social (RS): PC= 14 ICC= 8

Un puntaje alto señala dificultades en el ajuste del rol social de trabajadores, amas de casa o estudiantes. A través de esta sub- escala, se evalúan los conflictos en el trabajo, estrés e ineficiencia en estos roles. Un puntaje bajo indicará un adecuado ajuste al rol social. Es necesario prestar atención cuando el cliente obtiene un puntaje bajo, ya que puede deberse a la insatisfacción con el rol social o a estar desempleado; en este caso el cliente podría contestar arbitrariamente a los ítems correspondientes con puntaje cero (“nunca”).

c) Ítems específicos:

Algunos ítems miden ciertos aspectos críticos, los que se deben investigar más si tienen un puntaje mayor que cero. El ítem 8 mide el potencial suicida.

Los ítems 11, 26 y 32 miden abuso de sustancias. El ítem 44 mide violencia en el trabajo, con posibilidad actual o futura de realizar actos violentos contra compañeros o empleadores.

IV. 6. Algunas Investigaciones realizadas con el OQ-45.2 y sus resultados principales

Correa, Florenzanoy otros (2006) realizaron una investigación cuyo objetivo principal era probar el uso del Cuestionario OQ- 45.2 como un indicador de psicopatología y de cambio en pacientes hospitalizados en un servicio de psiquiatría, y de esta forma estudiar la relación existente entre la mejoría según los resultados del OQ-45.2 y el diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica. Tomaron una muestra de 116 pacientes hospitalizados en la Unidad de Internación de Psiquiatría del Hospital del Salvador de Chile. Se realizaron tres mediciones del cuestionario, al ingreso, alta y control post-alta. El procedimiento consistió en observar la progresión de los resultados del OQ, para luego, compararlas según el diagnóstico y comorbilidad.

La principal conclusión fue que el cuestionario demostró ser un instrumento sensible y válido para ilustrar la mejoría significativa experimentada por los pacientes; otro dato relevante surgido de la investigación fue que solo los pacientes con trastornos orgánicos no presentaron una reducción del puntaje del OQ-45.2 en las mediciones. A pesar de que el OQ no ha sido validado, aún, para pacientes psicóticos, este grupo mostró una mejoría y puntajes menores a la media de la muestra.

En otra investigación, realizada en el Centro de Servicios Psicológicos (CPS) en la Universidad de Ottawa en 2011, con el fin de responder a un pedido del Centro de Investigación y Educación de Servicios de la Comunidad (CRECS) se pretendía evaluar el uso del Cuestionario OQ-45.2 y el Cuestionario de resultados para jóvenes Youth Outcome Questionnaire YOQ 2.01 en el CPS. Ambos instrumentos fueron implementados en este centro a principios de 2008 como un método de monitores continuo de los resultados del cliente.

Los objetivos principales que guiaron este estudio fueron los siguientes: 1- determinar de qué forma era implementado el sistema de monitoreo continuo en el

CPS; 2- examinar si existían dificultades en el uso de estos instrumentos; 3- determinar cómo mejorar la implementación de dichos instrumentos; y 4- resumir los resultados del cliente desde la implementación de los mismos.

Los resultados obtenidos concluían que administrar el OQ-45.2 con cierto tipo de clientes era difícil, por ejemplo, debido a algunas características principales de los mismos como, dificultades cognitivas. En cuanto a los beneficios principales percibidos de ambos instrumentos, los psicólogos, supervisores y clientes generalmente pensaron que el uso del OQ-45.2 y/o YOQ fueron medidas útiles en el marco de una terapia. Especialmente afirmaban que era útil la información adicional que brindaba el OQ-45.2 para ser utilizada en la sesión, como un indicador del trastorno y del progreso del cliente, y también era útil como guía para futuras intervenciones. Como desventajas planteaban que por ejemplo se perdía tiempo de la sesión en completar el cuestionario, y además cuestionaban la utilidad de administrarlo semanalmente. También un dato importante fue la preocupación de psicólogos y supervisores sobre su propia falta de conocimiento en cuanto al uso del OQ-45.2 y el YOQ, incluyendo preguntas sobre la mejora del uso del software y acerca de cómo brindar feedback del OQ-45.2 a los clientes. En tanto, la mayoría de los clientes se mostraron conformes, en cuanto al uso del cuestionario, solo realizaron comentarios generales sobre la repetitividad de las preguntas y algunos ítems no aplicables a sí mismos. La sugerencia que realizaron los clientes fue que para aprovechar el tiempo de la sesión, los instrumentos podrían administrarse en la sala de espera antes de comenzar la sesión.

Por otro lado, los análisis descriptivos de los puntajes del OQ-45.2 desde el comienzo a la terminación de clientes adultos recibiendo terapia individual en el CPS, arrojaron que el 36.5% de los casos mostraron “recuperación”, el 23% mostraron “mejora”, 35.8 % se mostraron “sin cambio” y 4.7% “empeoraron”. Resumiendo, la mayoría de los clientes adultos de terapia individual del CPS experimentaron mejoras o recuperación en el curso del tratamiento; además se

observó una disminución significativa en los puntajes de sintomatología entre los puntajes del OQ-45.2 en el comienzo y final de la terapia.

De acuerdo a la normas establecidas por Lambert y cols. (2004) el puntaje medio del OQ-45.2 al inicio estaba en el rango de trastornos clínicamente significativo, mientras que el puntaje medio al final estaba en el rango normal. Los cambios de los puntajes del OQ.45.2 se analizaron en las primeras ocho sesiones de terapia, con el objetivo de explorar en qué momento del proceso de la terapia individual comienzan a aparecer los cambios. Los resultados indicaron que comparado con el puntaje de la primera sesión, una disminución estadísticamente significativa surgía a partir de la tercera sesión.

En 2009, Echávarri, Gonzales, Krause y colaboradores, se propusieron estudiar en cuatro psicoterapias psicodinámicas breves (constan de alrededor de no más de 25 sesiones cada proceso) el cambio psicoterapéutico. El objetivo fue observar los microcambios a través de la Jerarquía de Indicadores Genéricos de Cambio (Krause, 2005) y relacionarlos con los puntajes e índices de cambio del OQ-45.2. La muestra estuvo conformada por cuatro psicoterapeutas varones con experiencia en terapias psicodinámicas y cuatro pacientes mujeres cuya problemática estaba centrada en la relación de pareja; en dos de los cuatro casos, se aplicó el OQ-45.2 en cada sesión, mientras que en los otros dos fue administrado cada cuatro sesiones. Se observó, en los cuatro casos estudiados una correlación positiva entre el avance de las sesiones y el nivel jerárquico de los indicadores. En dos de las psicoterapias estudiadas, en las que se administró el OQ-45.2 en cada sesión, observaron una correlación significativa entre el progreso de las sesiones y el efecto terapéutico. De acuerdo a las puntuaciones obtenidas en el OQ-45.2 las cuatro psicoterapias estudiadas fueron exitosas, evaluadas a partir de la medida del efecto final, como así también sesión a sesión.

En un estudio de traducción al castellano, adaptación y validación del instrumento de medición de Alianza Terapéutica, Work Alliance Inventory WAI-0,

en su versión observacional para Chile (Vöhringer, C. y otros, 2013), se resalta la fuerte relación entre alianza terapéutica y resultados en psicoterapia. Para medir la alianza terapéutica se han desarrollado una serie de instrumentos para terapeutas, pacientes y observadores.

Se empleo un diseño de tipo correlacional. Con el fin de establecer la validez concurrente y divergente del instrumento WAI-O, se determinó su relación con otros instrumentos que miden el mismo constructo (WAI-P, WAI-T Y VTAS-R SF) y constructos diferentes (OQ-45.2, que mide resultados). Además, se incluyeron instrumentos que miden alianza terapéutica utilizando dos estrategias de medición diferentes (autorreporte v/s observacional). Dado que el instrumento WAI-O mide alianza terapéutica, se espera una relación positiva y significativa con los instrumentos que miden el mismo constructo (Validez Concurrente). Adicionalmente, se espera que este instrumento, presente la mayor correlación con el instrumento VTAS, el cual –al igual que el WAI-O- mide la alianza terapéutica desde la perspectiva de un observador. Finalmente, se espera que la alianza se relacione con los resultados terapéuticos (medidos a través del OQ-45.2), pero con menor magnitud que la que se establece entre los instrumentos que miden el constructo alianza (Validez Discriminante).

Los resultados mostraron que existen correlaciones positivas, significativas estadísticamente y de magnitud moderada entre los instrumentos que miden el constructo de Alianza Terapéutica, al ser reportada por clientes, terapeutas y observadores. Además, este instrumento, al no relacionarse en forma significativa con el instrumento OQ-45.2 no daría cuenta de los resultados terapéuticos. Los resultados obtenidos son coherentes con la literatura que indica que la relación entre alianza terapéutica y resultados depende de la manera en que estos últimos son medidos. Así, cuando la alianza y los resultados terapéuticos son autorreportados por pacientes y terapeutas, la relación es más clara (o de mayor magnitud) que aquella encontrada al utilizar mediciones observables de la alianza.

PARTE APLICADA

Capítulo V: Metodología

V.1. Objetivos:

Los objetivos propuestos para esta investigación, son los siguientes:

- **Objetivos Generales:**

- Aportar un instrumento de medición de resultados en Psicoterapia.
- Medir la efectividad de los resultados de procesos psicoterapéuticos realizados en el Consultorio Abierto a la Comunidad de la Fundación Puentes de Cambio.

- **Objetivos Específicos:**

- Analizar la aplicabilidad del Cuestionario OQ. 45 en nuestra comunidad.
- Identificar si existe, en el transcurso del proceso psicoterapéutico, un momento particular donde se intensifiquen los cambios en el transcurso de la terapia.

V.2. Tipo de estudio o de diseño

El presente estudio es una **investigación de tipo cuantitativa, con un diseño longitudinal de panel**. Enmarcada dentro de los *Diseños No Experimentales Cuantitativos*, tal como describen Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista: “son los estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables en los que sólo se observan fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos” (2003:215).

Dentro de este tipo de estudios se encuentran los *Diseños Longitudinales* los cuales “recaban datos en diferentes puntos del tiempo para realizar inferencias acerca del cambio, sus causas y sus efectos” (Fernandez Sampieri et al., 2003:216). A su vez los estudios longitudinales se dividen en tres tipos: diseños de tendencia (trend), diseños de análisis evolutivo de grupos (cohort) y diseños de panel.

En este caso se determinó utilizar un *Diseño de Panel* en donde “el mismo grupo de participantes es medido u observado en todos los tiempos o momentos” (Hernández Sampieri et al., 2003: 220).

Como tal, a partir de la presente, se pretende evaluar y medir el resultado de procesos psicoterapéuticos a través del Cuestionario OQ45. Se busca observar cuáles son los elementos que surgen en los procesos de cambio a través de la aplicación de un modelo de psicoterapia. Por lo tanto, esta investigación tiene un alcance descriptivo.

V.3. Descripción de los Sujetos

Los sujetos con los cuales se lleva a cabo esta investigación son 24 (19 mujeres y 5 varones), cuyos procesos psicoterapéuticos fueron llevados a cabo en el *Consultorio Abierto a la comunidad de la Fundación Puentes de Cambio*. Las edades oscilan entre 18 y 62 años.

V.4. Instrumentos

Cuestionario OQ.45: Este instrumento de autoevaluación desarrollado por Michael Lambert (1996) es utilizado para medir progresos en psicoterapia a través de mediciones sucesivas, además la evaluación se realiza en tres áreas: sintomatología, relaciones interpersonales y rol social.

Consta de 45 ítems presentados como afirmaciones a las que el paciente debe responder según se sienta o se haya sentido en los últimos 7 días. Las respuestas van desde *Nunca* a *Casi Siempre*, pasando por *Casi Nunca*, *A veces*, *Con frecuencia*. En cada ítem el puntaje de cada respuesta varía para determinar el puntaje, que va de 1 a 4. La puntuación total del cuestionario se obtiene por sumatoria simple del total de los ítems. El cuestionario tiene un puntaje total y además consta de tres sub escalas, de las cuales también se obtiene un puntaje.

Sub-escalas:

- 1) Sub-escala de Síntomas o malestar subjetivo (SD): Incluye síntomas preferentemente depresivos y angustiosos, además de somatizaciones, conductas adictivas y autodestructivas.
- 2) Sub-escala de relaciones Interpersonales (RI): Abarca aspectos de la vida familiar, vida de pareja, amistades, conflictos interpersonales, aislamiento e inadecuación.
- 3) Sub- escala de Rol Social-Laboral (SR): Evalúa rendimiento laboral, distracción y tiempo libre, descontento, conflicto, estrés e inefficiencia.

V.5. Procedimiento

Se trabajó en el seguimiento de 24 casos a lo largo de cada proceso psicoterapéutico. Los mismos se han llevado a cabo en el *Consultorio Abierto a la Comunidad de la Fundación Puentes de Cambio*. Este espacio es un servicio de psicoterapia para personas, parejas o familias que no poseen recursos económicos. Los terapeutas son alumnos del Curso de Posgrado Psicoterapia Breve con Orientación Ericksoniana de la Facultad de Psicología de la Universidad del Aconcagua.

Cada paciente que llega a la Fundación, es recibido por el profesional psicólogo asesor, que es el encargado de derivar al paciente con un terapeuta, de acuerdo a la situación y problemática planteada por el paciente, previa aceptación y firma de un consentimiento informado, que autoriza a la utilización de información a los fines de investigación.

El paciente responde el Cuestionario de Evaluación de resultados OQ-45.2 en la primera consulta, y cada 4 sesiones para ir chequeando el progreso del tratamiento. Desde el área de Investigación de la Fundación, se utilizan los cuestionarios de cada proceso psicoterapéutico con el fin de realizar distintos estudios y con ello aportes al área clínica de la misma; de la misma forma se pretende extender los hallazgos obtenidos a la investigación en psicoterapia.

Capítulo VI:
Análisis y Presentación de
Resultados

VI.1. Características de los sujetos participantes

VI.1.1. Características de la muestra:

La Tabla 1 sintetiza las principales características de los sujetos, quienes tienen entre 18 y 62 años; los cuales han sido pacientes del Consultorio Abierto a la Comunidad de la Fundación Puentes De Cambio. La modalidad de abordaje empleada ha sido individual.

Tabla 1 : Características de la muestra					
Caso	Edad	Sexo	Motivo de consulta	Sesiones	T/A
1	52	F	Crisis vital: Separación	17	T
2	25	F	Crisis con la identidad sexual	9	T
3	50	F	Crisis vital	16	T
4	42	F	Crisis Vital: Problemas de pareja	5	T
5	20	F	Duelo/ Stress posttraumático	5	T
6	32	F	Crisis Vital: Problemas de pareja	4	A
7	26	F	Crisis de ansiedad	7	A
8	32	F	Crisis Vital: problemas de pareja	20	T
9	48	F	Crisis Vital: problemas de pareja	9	T
10	21	M	Crisis vital problemas de pareja	7	A
11	55	F	Adicción del hijo / Problemas familiares	19	T
12	42	M	Crisis Vital: problemas de pareja	9	T
13	33	F	Crisis Vital: problemas de pareja	24	T
14	29	F	Crisis Vital: separación	12	T
15	20	F	Crisis de ansiedad /Conflictos familiares	10	T
16	50	F	Crisis de Angustia	6	A
17	62	M	Crisis vital: familiar enfermo	16	T
18	27	M	Dificultades en las relaciones interpersonales	13	T
19	18	F	Crisis de Angustia	9	T
20	19	F	Dificultad en las relaciones interpersonales	13	T
21	39	F	Crisis Vital: Separación	12	T
22	39	M	Crisis Vital: Separación	17	T
23	25	F	Depresión	7	A
24	47	F	Depresión	6	A

Tabla 1: Datos de los sujetos participantes de la muestra

A partir de la *Tabla 1*, se desprende el análisis de las características de la muestra, a considerar para esta investigación:

- Del total de la muestra (N= 24), el 79% son mujeres (N= 19) y el 21% (N= 5) son varones; siendo la media de edad de 35 años.
- De acuerdo a los motivos de consulta se realizó la siguiente clasificación según su incidencia en la muestra:
 - Grupo A: Crisis Vital con problemas de pareja y/o separación: 11 casos, 45.83%.
 - Grupo B: Otros trastornos: 5 casos, 20.83%.
 - Grupo C: Trastornos de Ansiedad: 4 casos, 16.66%.
 - Grupo D: Crisis Vital: 2 casos, 8.34%.
 - Grupo E: Depresión: 2 casos, 8.34%.

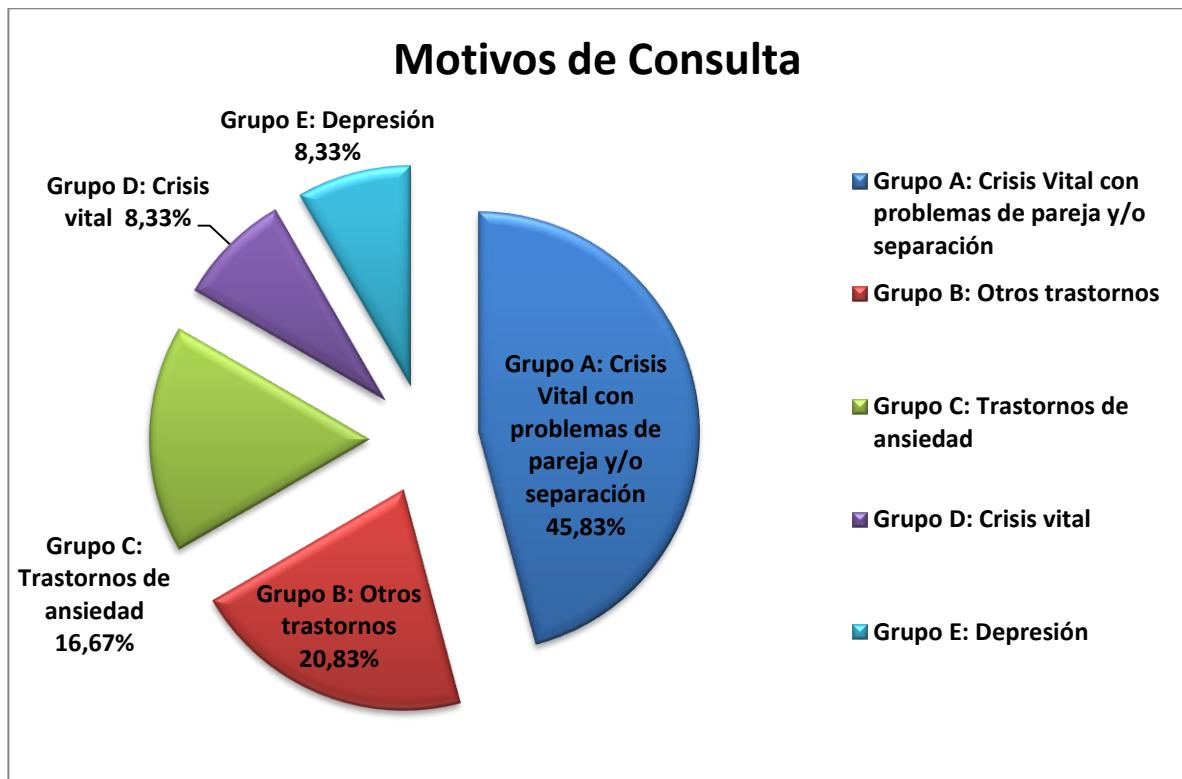


Gráfico 1: *Motivos de Consulta*

- Del total de la muestra, 18 pacientes terminaron el tratamiento, representando un 75% de la misma, el resto, 6 pacientes abandonaron el tratamiento lo que equivale a un 25% del total.
- A los fines de la presentación y discusión de resultados, se ha dividido la muestra en 3 grupos etarios:
 - De 18 a 25 años: Adolescencia Tardía: 7 casos, equivale a un 29% de la muestra.
 - De 26 a 40 años: Adulto Joven: 8 Casos, representando un 33% de la muestra.
 - De 41 a 65 años: Adulto Medio: 9 casos, representando un 38% de la muestra.

VI.1.2. Puntajes Totales del Cuestionario OQ-45.2

A continuación, en la *Tabla 2*, se presenta la información correspondiente a los puntajes totales obtenidos en el Cuestionario OQ-45.2 por cada paciente, así como también los puntajes de las sub-escalas de cada uno. A los fines y objetivos de esta investigación, se ha trabajado con un máximo de 4 Cuestionarios OQ-45.2 por paciente, siendo el último el que se administró en la sesión número 12. Si bien algunos tratamientos se extendieron hasta la sesión 24, tal información no fue utilizada en la presente investigación.

Casos	O.Q											
	Sesión 1			Sesión 4			Sesión 8			Sesión 12		
1	96			73			66					
	61	20	15	42	15	16	36	12	18			
2	66			75			60					
	37	19	10	45	18	12	33	17	10			
3	110			100			103			83		
	78	13	19	65	16	19	66	19	18	55	14	14
4	102			64								
	59	22	21	30	21	13						
5	106			74								
	60	29	17	36	21	17						
6	82			79								
	54	23	5	50	21	8						
7	39			31								
	24	7	8	17	5	9						
8	94			100			64					
	54	24	16	64	23	17	39	11	14			
9	41			47			20					
	25	11	5	27	14	6	14	2	4			
10	78			67			65					
	49	13	16	36	16	15	37	13	15			
11	110			119			34			84		
	68	29	13	69	35	15	20	6	8	58	15	11
12	43			39			27			16		
	25	6	12	25	7	7	11	10	6	6	5	5
13	103			78			69			72		
	64	21	18	47	18	13	41	16	12	44	16	12
14	37			41								
	24	7	6	21	10	10						
15	86			85			61					
	54	17	15	49	19	17	34	16	11			
16	84			87								
	64	8	12	70	15	2						
17	111			92			116			105		
	78	21	12	71	17	4	80	22	14	72	21	12
18	68			73			45			37		
	41	12	15	49	11	13	27	9	9	23	4	10
19	71			45			31					
	42	20	9	22	16	7	16	11	4			
20	71			47			29			35		
	40	17	14	20	18	9	9	13	7	9	14	12
21	94			75			88					
	63	20	11	55	11	9	61	16	11			
22	69			60			61			58		
	44	11	14	30	118	12	31	17	13	24	23	11
23	123			117								
	81	21	21	77	23	17						
24	95			78								
	55	23	17	47	19	12						

Tabla 2 : Puntajes totales OQ 45.2 y Subescalas

Partiendo de cada grupo etario, en los cuales fue dividida la muestra total, se analizaran las particularidades y resultados de los mismos, a fin de realizar un primer análisis particular de cada grupo.

VI.1.2.a Grupo I: Adolescencia media/tardía: de 18 a 25 años

Caso	Edad	Sexo	M.de Consulta	Term./Aband.	Cambio/No Cambio
2	25	F	B	Terminó	No Cambió. Mejoró
5	20	F	B	Terminó	Cambió
10	21	M	A	Abandonó	No Cambió. Mejoró
15	20	F	C	Terminó	Cambió
19	18	F	C	Terminó	Cambió
20	19	F	B	Terminó	Cambió
23	25	F	E	Abandonó	No Cambió. Mejoró

Tabla 3: Características de Sujetos del Grupo I.

Este grupo está compuesto por 7 sujetos, representando un 29% de la muestra total.

En relación al tratamiento, es posible indicar que en este grupo, de los 5 sujetos que terminaron el tratamiento, 4 mostraron cambios clínicamente significativos (CCS) en el proceso psicoterapéutico, mientras que 1 sólo no logró CCS, aunque se observó una mejoría.

Los dos sujetos que abandonaron el tratamiento, no obtuvieron cambios, el puntaje del índice de cambio confiable (ICC) no alcanzó la diferencia de 17 puntos que tendría que haber entre cada puntaje bruto para determinar que hubo un cambio significativo; sin embargo han logrado una mejoría.

En cuanto a los motivos de consulta; los 2 pacientes con motivo de consulta categoría C, es decir, Trastornos de Ansiedad, lograron cambios significativos, esto se observa a partir del puntaje bruto del primer OQ-45.2 y el tercero (administrado en la sesión número 12). Además en estos dos casos se observa que en la sub-escala de *Sintomatología* habían obtenido puntajes altos, lo que indica que llegaron a la primera consulta con sintomatología ansiosa y depresiva,

lo cual pudieron revertir en el transcurso del tratamiento, observándose un CCS en ambos casos, en esta variable. Por otro lado con respecto a los Puntajes Totales del Cuestionario también se observa que obtuvieron cambios y además lograron terminar el tratamiento, obteniendo así una mejora en su calidad de vida, y por lo tanto concluyendo su proceso psicoterapéutico con resultados positivos.

En cuanto a la sub-escala de *Síntomas*, un 86% de los pacientes muestra mejoría, indicando que lograron reducir la sintomatología ansiosa y estrés que motivó la consulta; solo un caso no logró cambios en este aspecto.

En la sub-escala de *Relaciones Interpersonales*, la mayoría de los sujetos mantuvo el mismo puntaje, ubicándose por debajo del puntaje de corte (PC=16), es decir que no presentarían dificultades en la satisfacción de relaciones cercanas; siendo un caso solamente el que logró una diferencia significativa para determinar un cambio en este aspecto.

En la sub-escala que evalúa el *Rol Social* no se observó cambios.

El caso 23 tiene la particularidad de haber abandonado prematuramente el proceso, y además no haber logrado CCS ni en la escala total, ni en ninguna de las sub-escalas. Los puntajes brutos del OQ-45.2 número 1 y 2, presentan índices muy elevados de malestar general, en la calidad de vida, como así también, elevados índices en cuanto a *Sintomatología*, en sus relaciones con el entorno y en el desempeño social y laboral. Tales datos podrían estar relacionados al motivo de consulta, en este caso, depresión. En este caso se destaca, debido a la sintomatología de la paciente, el ítem 8, que evalúa potencial suicida y fue puntuado con el mayor puntaje.

Por lo tanto es posible informar que en este grupo etario, la psicoterapia resultó ser efectiva en el 58% de los casos, ya que lograron cambios clínicamente significativos, lo que indicaría que los objetivos y metas del tratamiento fueron cumplidos, logrando resolver probablemente el motivo por el cual los sujetos acudieron a terapia.

En cuanto al momento de ocurrencia del CCS, se destaca que en tres casos, se ve reflejado en el OQ-45.2 número tres, equivalente a la sesión 8. Mientras que

en el otro caso, que concluyó el tratamiento con 5 sesiones el cambio ocurrió en el contexto de la sesión 4.

Por lo dicho anteriormente, es posible concluir que la mayor incidencia en este grupo, en relación al momento en que se produjeron los cambios ocurrió en la sesión número 8, es decir en las primeras etapas del tratamiento.

VI.1.2.b. Grupo II: Adulto Joven: de 26 a 40 años

Caso	Edad	Sexo	M.de Consulta	Term./Aband.	Cambio/No Cambio
6	32	F	A	Abandonó	No Cambió
7	26	F	C	Abandonó	No Cambió
8	32	F	A	Terminó	Cambió
13	33	F	A	Terminó	Cambió
14	29	F	A	Terminó	No Cambió
18	27	M	B	Terminó	Cambió
21	39	F	A	Terminó	Cambió
22	39	M	A	Terminó	No Cambió

Tabla 4: Características de Sujetos del Grupo II: de 26 a 40 años.

Este grupo representa un 33% del total de la muestra compuesto por 8 sujetos. Del total del grupo 6 sujetos concluyeron el tratamiento, mientras que dos lo abandonaron, sin lograr cambios significativos, por lo que podría pensarse que no lograron cumplir las metas propuestas en el comienzo del tratamiento.

El motivo de consulta de mayor incidencia en este grupo corresponde a la categoría A, Crisis Vital con problemas de pareja y/o separación, seguido en menor aparición por la categoría C, Crisis de Ansiedad y la D, Dificultad en las Relaciones Interpersonales.

De los 6 sujetos que concluyeron el tratamiento, el 75% obtuvieron cambios clínicamente significativos (4 sujetos), mientras que el 25% (dos sujetos) restante no lo logró. En tres de los 4 casos en que se observan cambios significativos, los mismos se manifiestan en la sesión número 8, mientras que el otro se produjo en la sesión número 4.

En la escala de *Sintomatología* es en la que más se observan diferencias significativas, entre el primer OQ-45.2 y el último. En un 50% de los casos se observa una mejoría, en un 20% no cambió y en el 30% restante se mantuvo igual que al comienzo, siendo en algunos casos inferior al puntaje de corte (PC=43), es decir, que no representa mayor incomodidad para los sujetos.

En cuanto a la sub-escala de *Relaciones Interpersonales* sólo dos casos lograron cambios clínicamente significativos entre la primera y la última evaluación.

En la sub-escala de *Rol Social* se observa que un 88% de los casos, tiene puntajes por debajo del puntaje de corte (PC=14), y se mantienen durante el transcurso del proceso psicoterapéutico. Solo un caso estaba 1 punto por encima del PC, lo cual se normalizó en la sesión 12.

En este grupo, se observa la misma tendencia que en los adolescentes: los mayores cambios en el proceso terapéutico ocurren en la sesión número 8. Sólo un paciente logró el cambio en la sesión número 4.

Es posible concluir que en un 50% de los casos la psicoterapia resultó ser efectiva, en cuanto a que los pacientes lograron CCS, disminuyeron significativamente el malestar sintomatológico y al terminar el tratamiento posiblemente alcanzaron las metas propuestas.

VI.1.2.c. Grupo III: Adulto Medio: de 41 a 65 años

Caso	Edad	Sexo	M.de Consulta	Term./Aband.	Cambio/No Cambio
1	52	F	A	Terminó	Cambió
3	50	F	D	Terminó	Cambió
4	42	F	A	Terminó	Cambió
9	48	F	A	Terminó	Cambió
11	55	F	B	Terminó	Cambió
12	42	M	A	Terminó	Cambió
16	50	F	C	Abandonó	No Cambió
17	62	M	D	Terminó	No Cambió
24	47	F	E	Abandonó	Cambió

Tabla 5: Características de Sujetos del Grupo III: de 41 a 62 años.

El grupo conformado por 9 sujetos, representa el 38% de la muestra total, siendo esta franja etaria la de mayor consulta. En cuanto a los resultados y términos del tratamiento, el 77% del grupo concluyó con cambios significativos; el 11% (un sujeto), terminó pero no logró cambios; mientras que el 22% abandonó el tratamiento, pero en este caso los dos pacientes lograron cambios, lo que permite pensar que si bien no finalizaron el tratamiento, lograron mejorías en relación al nivel de incomodidad y malestar con que comenzaron la psicoterapia.

Comparado con los dos grupos anteriores se observa una mayor incidencia de cambio clínicamente significativo en este grupo. En cuanto al momento de ocurrencia del cambio, durante el proceso, se da en la sesión 8 (OQ n°3), mientras que dos casos evidencian el cambio en la sesión 4 (OQ n°2).

En el caso n°17, el paciente realizó 16 sesiones, no pudiendo lograr cambios en todo el proceso. Presentó altos puntajes en el área de *Sintomatología*, lo que indica síntomas de estrés y ansiedad crónicos. Refleja, además, dificultades en *Relaciones Interpersonales*. No obstante, logró al final del proceso un puntaje bajo en la sub-escala de *Rol Social*, por lo que se puede pensar que alcanzó un ajuste más adaptativo. Además, en relación al motivo de consulta, es posible inferir que al atravesar una crisis vital por cuidado de familiar enfermo, su malestar

podría relacionarse a este problema sostenido en el tiempo, y probablemente requiera acompañamiento terapéutico prolongado.

En cuanto al grupo en general, 8 sujetos, indicaron un elevado nivel de incomodidad en síntomas de ansiedad y estrés, que en el transcurso del proceso pudieron revertir. En cuanto a las relaciones interpersonales la mayoría logró mejoría, mientras que otros casos se mantuvieron sin cambios significativos.

VI.2. Consideraciones finales

A partir de la observación de datos en los tres grupos en que fue dividida la muestra, es posible realizar el siguiente análisis de la misma.

Se observa que en un 62,5% de los casos (N=15) los pacientes lograron cambios clínicamente significativos.

El 37,5 % restante no logró CCS, sin embargo el 12,5% mostró una tendencia al cambio, logrando mejorías en la sub-escala de *Síntomas*.

En relación a este resultado, es importante destacar que en los casos de abandono y de pacientes que no lograron conseguir CCS, la mayoría de los sujetos logran, sin embargo, una disminución en los puntajes del OQ-45.2, lo que indicaría que a través de la psicoterapia, independientemente del resultado final, han logrado una mejoría en su calidad de vida y bienestar general; esto se ha observado sobre todo en la disminución progresiva en los puntajes de la sub-escala *Síntomas*.

Con respecto a la diversidad de motivos de consulta presentes en la muestra se observa que algunos casos se relacionarían con problemas y/o síntomas de tipo crónico, que posiblemente requieran de más tiempo para obtener resultados en la psicoterapia.

Se puede inferir a partir de éstos datos que la psicoterapia breve con orientación Ericksoniana resultó ser efectiva en un 75% de los casos, considerando que los clientes lograron realizar los ajustes necesarios para

resolver los problemas que lo llevaron a consultar, obteniendo así una mejor calidad de vida y adaptación.

Observando los resultados, otra conclusión importante se relaciona con el momento del proceso psicoterapéutico en el que se producen los CCS, siendo en un 58% de los casos entre la sesión número 4 y la sesión número 8. De esta manera y tal como estiman Howard y cols. (1986) en su revisión, más del 50% de las personas tiende a realizar cambios significativos en la sesión 8, luego el 75% lo lograría en la sesión 24. Otros autores apoyan la idea de que dentro de las 20 sesiones se producen los cambios, por ello las Psicoterapias Breves resultarían efectivas. Por otra parte Erickson (1979), enfocaba sus tratamientos en el presente y dirigidos al futuro, de ésta forma se transformaban en procesos breves, guiados fundamentalmente por las metas y objetivos propuestos al comienzo de la psicoterapia. Guiados por este enfoque que privilegia abordar los tratamientos dirigidos a metas, se observa que en el 62,5% de los casos de la muestra se obtuvieron resultados positivos.

Otra característica distintiva del *Enfoque Ericksonian* es que, además de estar dirigido hacia la solución de problemas, no establece un tiempo estipulado para la terapia, sino que es una *psicoterapia hecha a la medida del paciente*, enmarcada en las psicoterapias breves. En relación a esto puede observarse que en la muestra si bien hay casos con iguales motivos de consulta han obtenido resultados diferentes.

Un factor fundamental que influye el resultado y éxito de la psicoterapia, es el establecimiento de una adecuada *Alianza Terapéutica*. En este sentido, podríamos pensar que en los casos de abandono prematuro del tratamiento, no se estableció la misma de forma adecuada. Esto implicaría la falta de acuerdo entre terapeuta y paciente en cuanto a: objetivos y tareas, metas y técnicas utilizadas durante el tratamiento. Sin ser un factor determinante en el abandono, resulta un factor de suma importancia para predecir el éxito del proceso psicoterapéutico.

Como conclusión final podemos decir que el instrumento de medición OQ-45.2 resultó ser efectivo al momento de evaluar los CCS y el progreso del paciente en psicoterapia. Para el psicólogo clínico, resulta ser una herramienta de gran utilidad en la práctica, siendo su utilización sencilla y rápida, y brindando información útil para lograr los objetivos del tratamiento.

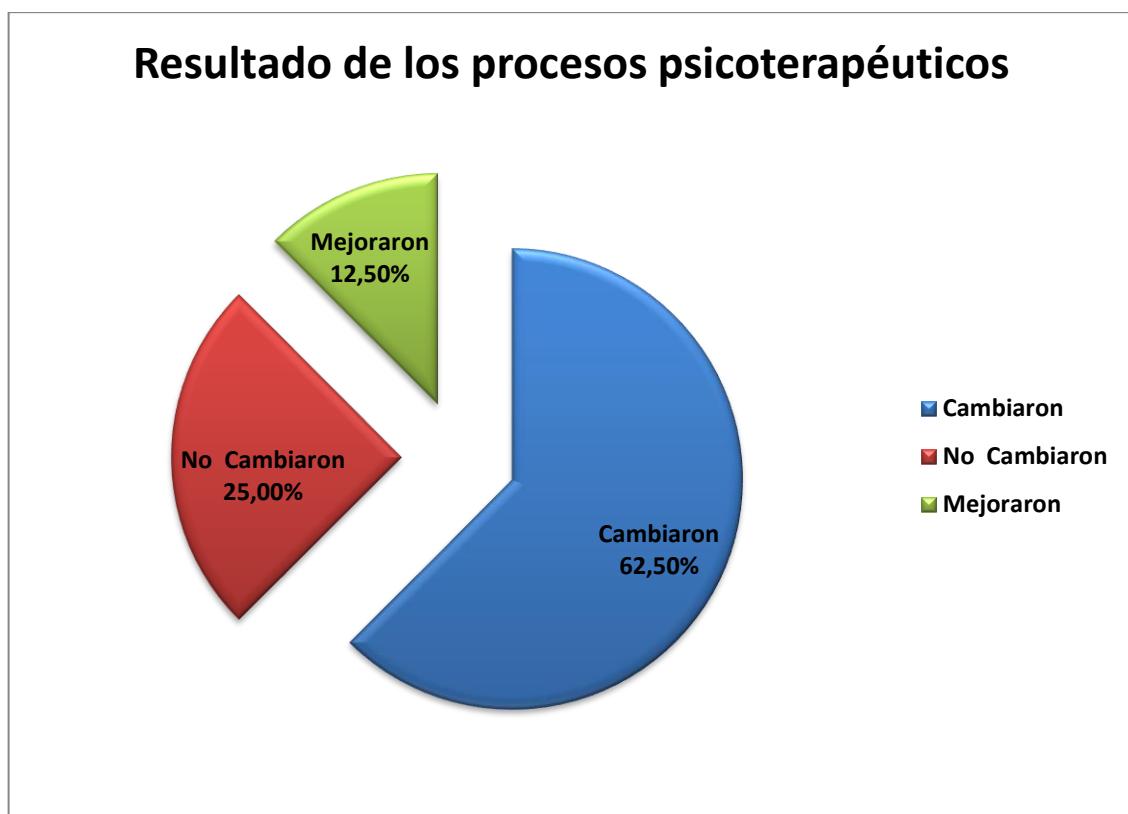


Gráfico 2: Resultados de los procesos psicoterapéuticos

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

En relación a las preguntas de investigación planteadas al comienzo de esta tesina, es posible enunciar las primeras conclusiones:

Los Estudios de Resultados (Botella, 2000) son las investigaciones que tienen por objetivo principal evaluar los efectos de técnicas, procedimientos o estrategias de intervención para la solución de determinados problemas traídos por los clientes o consultantes.

La investigación realizada por Eysenck (1952) constituye un punto de quiebre en la historia de la investigación en psicoterapia, ya que puso en riesgo la psicología como práctica clínica al afirmar que no había evidencia de que la psicoterapia fuese más beneficiosa para pacientes neuróticos que la ausencia de tratamiento. Otra consecuencia importante fue revisar los métodos que se utilizaban para investigar.

Este estudio controversial, fue el punto de partida para iniciar estudios de efectividad en psicoterapia. Comprobados los efectos de la psicoterapia, comenzaron los planteos acerca de cuál psicoterapia era más eficaz, es decir, cuál escuela era superior por sobre otras.

En un principio se comenzaron a estudiar los resultados de la psicoterapia, luego al determinar que todas las psicoterapias eran eficaces, comenzaron a surgir los estudios de proceso, destinados a investigar los ingredientes que intervienen en el mismo, por qué funcionaba la terapia y cómo lo hacía.

En la actualidad es posible afirmar qué sistema de psicoterapia es más efectivo y eficaz. Tal como afirma Lambert (2004, en Sales, 2009) el éxito del tratamiento parece depender más del paciente y del terapeuta (y la relación entre ambos) que propiamente del uso de tratamientos comprobados empíricamente. El resultado del tratamiento debe medirse en función de la respuesta al tratamiento y no de la indicación del tratamiento correcto. En este sentido la importancia de las evidencias científicas está dada por el valor que tienen de quitar al terapeuta el rol

de experto y trasladarlo al cliente, que es quién mide el verdadero resultado de la terapia, a través de los cambios que va experimentando.

Para Duncan y Miller (2001) la terapia efectiva tiene que ver con que los terapeutas se “*relacionen*” con los clientes para facilitar el proceso de cambio y así lograr los resultados deseados.

La eficacia terapéutica (Labrador y otros, 2000) hace referencia a los efectos de un determinado tratamiento, asociada al logro de los objetivos terapéuticos en condiciones óptimas o ideales.

Los elementos más importantes para considerar al evaluar la eficacia, tienen que ver con la posibilidad de conseguir *Cambios Clínicamente significativos* y reducir la sintomatología presentada por el paciente.

En esta misma línea de pensamiento, se destaca el aporte de Scott D. Miller (1999) quien plantea que la experiencia subjetiva del cliente de cambios tempranos en el proceso terapéutico es el mejor predictor del éxito. Además, la percepción que tiene el cliente de la relación es mejor predictor de resultados que la percepción del terapeuta. Esto implicaría en el área clínica la importancia de ofrecer retroalimentación al paciente acerca de los resultados que va obteniendo desde la primera sesión, lo cual favorece el éxito del proceso.

Entre los diversos instrumentos existentes para evaluar los resultados en psicoterapia, el OQ-45.2 se destaca debido a que funciona como un instrumento útil, sensible a los cambios, en función de las tres áreas que evalúa: sufrimiento personal o sintomático, participación interpersonal y rol social.

El Cuestionario OQ.45.2, desarrollado por Michael Lambert (1996, Adaptación y Validación Von Bergen y de la Parra, 2002) es un instrumento cuyo objetivo es medir el progreso del paciente en terapia, y se ha diseñado para su aplicación repetida durante la terapia y al término de ésta.

De acuerdo a los objetivos propuestos en esta investigación pude arribar a las siguientes conclusiones:

El OQ-45.2 demostró ser un instrumento útil para evaluar el progreso de procesos los psicoterapéuticos llevados a cabo en el *Consultorio Abierto a la*

Comunidad de la Fundación Puentes de Cambio. Dichos procesos resultaron ser eficaces en un 75% de los casos, ya que un 62.5% presentó *Cambios Clínicamente Significativos*; y el 12,5% obtuvo una *mejoría clínica*, es decir, una disminución importante en el nivel de incomodidad que experimentaban los pacientes al comienzo del proceso

Por tanto, este Cuestionario de Resultados demuestra ser aplicable a una muestra local; se puede agregar que para aprovechar al máximo la utilidad y ventajas del mismo, resulta fundamental el conocimiento detallado del instrumento, sus alcances y utilidades como una herramienta para la práctica clínica. La información brindada por el OQ-45.2 permite identificar oportunamente a los clientes que están en riesgo de tener un fracaso o abandono del tratamiento, debido a que no estarían experimentando cambios durante el mismo. Dicha información permitiría revertir este resultado, ya que brinda retroalimentación tanto al terapeuta como al paciente del curso de la terapia. En estas instancias el terapeuta puede realizar cambios e introducir modificaciones en las estrategias del tratamiento, a fin de conseguir mejores resultados.

Lo anteriormente expuesto denota la importancia de considerar la psicoterapia como un sistema abierto y dinámico, en el cual cada una de las partes involucradas, cliente y terapeuta, aporta sus características y de cuya integración surge la relación terapéutica.

En el marco del enfoque Ericksoniano es fundamental conocer las características del cliente, sus necesidades, intereses y metas con respecto al tratamiento para establecer qué tipo de intervenciones permitirán obtener mejores resultados. Por lo tanto conocer adecuadamente al cliente, su sintomatología, su disposición al cambio y sus expectativas, puede constituir una herramienta de gran utilidad a fin de que se establezca una “*relación de tipo comprador*” de la psicoterapia. En definitiva, tal como sugieren las investigaciones, el cliente es el único contribuyente más potente a los resultados en el tratamiento; tal como afirma Miller (1999) los clientes son el “*corazón y espíritu*” del cambio.

Observando los resultados de la muestra evaluada se puede concluir que la mayor incidencia de cambios clínicamente significativos durante el proceso psicoterapéutico ocurre entre la sesión número cuatro y la número ocho. Tal cual afirma Miller (2001) el máximo de cambio en el tratamiento exitoso ocurre más temprano que tarde.

Por último, a modo de conclusión personal podría decir que el hecho de utilizar herramientas para evaluar resultados (en especial cuando estos son informados por el cliente) brinda información muy valiosa a los fines del tratamiento y es fundamental para realizar intervenciones “a la medida del cliente” y en el momento adecuado. Como futura psicóloga, considero un desafío personal desarrollar la capacidad reflexiva en relación a mi desempeño laboral, como así también adquirir herramientas que me permitan a través de mi labor privilegiar la voz y singularidad de cada cliente.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Bergin, A.; Lambert, M. (1978). The Evaluation of Therapy Outcome. En Garfield, S y Bergin, A. (Eds.) (1978): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, New York, Wiley and Sons Ed.
- Botella, L. (2000). El papel de los estudios de resultados en las terapias psicológicas. *Psicothema*, 12 (2), 176-179. Recuperado de:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2007653>
- Botella, L., Pacheco, M., Herrero, O., & Corbella, S. (2000). Investigación en psicoterapia: El estado de la cuestión. *Boletín de Psicología*, (69), 19-42.
- Castro Solano, A. (2001). ¿Son eficaces las Psicoterapias? *Psicodebate, Psicología, Cultura y Sociedad* 3, 59- 90. Recuperado de:
<http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico3/3Psico%2005.pdf>
- Corbella, S & Botella, L. (2003). La Alianza Terapéutica: Historia, Investigación y Evaluación. *Anales de Psicología*, 19 (2), 205-211. Recuperado de:
<http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N101-2.pdf>
- Corbella, S & Botella, L. (2004) *Investigación en Psicoterapia: Proceso, resultado y factores comunes*. Barcelona: Editorial Visión Libros.
- Correa D., J; Florenzano U., R; Rojas H., P; Labra J., J; Del Rio, V & Pasten, J. (2006). El uso del cuestionario OQ-45.2 como indicador de psicopatología y de mejoría en pacientes psiquiátricos hospitalizados. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 44 (4), 258-262. doi: 10.4067/S0717-92272006000400004
- Duncan, B.; Hubble, M. & Miller, S.D. (1997). *Psychotherapy with “impossible” cases: Efficient treatment of therapy veterans*. New York. Norton.
- Duncan, B.; Miller, S.D. (2001). La teoría del Cambio del Cliente. Consultando al cliente en el proceso integrativo. *Instituto Milton Erickson*, Santiago de Chile. 1-18.
- Echávarri, O.; González, A.; Krause, M; Tonomic, A.; Pérez, C.; Dagnino, P.; De la Parra, G.; Valdés, N.; Altamir, C.; Vilches, O.; Strasser, K.; Ramirez, I.; Reyes, L. (2009). Cuatro Terapias Psicodinámicas Breves Exitosas Estudiadas a través de los Indicadores Genéricos de Cambio. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18 (1), 5- 19. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/3315/331527704004.pdf>
- Echeburúa, E., & De Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología clínica y de la salud*, 1 (1), 181- 204. Recuperado de:
<http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/Art%C3%ADculo%20RPSPC.pdf>

- Echeburúa, E., De Corral, P., Salaberría, K. (2010). Efectividad de las Terapias Psicológicas: Un Análisis de la Realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15 (2), 85-99. Recuperado de:
<http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/Art%C3%ADculo%20RPSPC.pdf>
- Erickson, M; Rossi, E. (1979). *Hypnotherapy: An exploratory Casebook*. New York. Irvington.
- Eysenck, H. (1952). The Effects of Psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Friedlander, M.; Escudero, V.; Heatherington, L. (2009). La alianza terapéutica. En la terapia familiar y de pareja. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- García, L. (2008). Historia Reciente de la Investigación en Psicoterapia. *Revista Psiencia*, 1 (1), 1- 6. Recuperado de: <http://www.psiencia.org>
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. 4º Edición. México: Editorial Mc Graw Hill.
- Hubble, M.A.; Duncan, B.L; Miller, S.D. (Eds.) (1999). *The Heart and Soul Of Change: Wath Works In Therapy*. Washington, DC.: American Psychological Association.
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y Cambio: Una Mirada desde la Subjetividad*. Stgo. De Chile.: Ed. Universidad Católica de Chile.
- Krause, M. & Dagnino, P. (2006). Evolución del Cambio en el Proceso Psicoterapéutico. *Revista Gaceta Universitaria*, 2 (3), 287-298. Recuperado de:
http://revistagpu.cl/2006/GPU_sept_2006_PDF/EVOLUCION%20DEL%20CAMBIO%20EN%20EL%20PROCESO%20PSICOTERAPEUTICO.pdf
- Krause, M.; De la Parra, G.; Arístegui, P.; Dagnino, P.; Tominic, A.; Valdés, N.; Vilches, O.; Echávarri, O. (2006) Indicadores Genéricos de Cambio en el Proceso Terapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38 (2), 299-325. Recuperado de:http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012005342006000200006&script=sci_arttext
- Moncada, H. & Khune, W. (2003). Importancia de la Investigación en psicoterapia para los Psicólogos Clínicos. *Revista Terapia Psicología*, 21(2), 193- 201. Recuperado de: <http://teps.cl/files/2011/06/cap10.pdf>
- Mustaca, A, E. (2004). Tratamientos Psicológicos Eficaces y Ciencia Básica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 1-23. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/805/80536102.pdf>
- Pacheco, M. (2000). La Influencia de Erickson en la Terapia Breve Actual y el Terapeuta Ericksoniano hoy. *Hipnópolis*, 1 (4), 1-8.

- Pacheco, M. (2001). Breve Mapa de la Jungla Ericksoniana y enfoques afines. *Hipnópolis*, 1 (10), 1-10.
- Pacheco, M. (2002). Rasgos Distintivos de la Psicoterapia de Erickson. En *Psicoterapia Ericksoniana: El Legado de Milton H. Erickson a la Psicoterapia Actual*. (31-60). Instituto M. Erickson. Stgo de Chile. Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/11560543/Pacheco-Leon-El-Legado-de-Milton-Erickson-a-La-pia-Actual>.
- Páramo, M. A. (2012). *Normas para la presentación de citas y referencias bibliográficas según el estilo de la American Psychological Association (APA): Tercera edición traducida de la sexta en inglés*. Documento de cátedra de Taller de Tesina. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua.
- Poch, J.; Ávila, A. (1998). Investigación en psicoterapia. La contribución psicoanalítica. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Prochaska, J. (1999). ¿Cómo cambian las personas, y como podemos cambiar nosotros para ayudar a muchas más personas? *The heart and soul of change: what Works in Therapy. American Psychological Association*. Washington DC. 227-225.
- Rodríguez, J. (2010). Tesina: La alianza terapéutica y su relación con las variables del terapeuta. Universidad del Aconcagua.
- Romero Moreno, A. F. (2008). Factores Atribucionales de la Efectividad Psicoterapéutica. *Anales de Psicología*, 24 (1), 88-99. Recuperado de: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/31831>
- Sales, C. (2009). Aspectos Metodológicos de la Investigación en Psicoterapia. Panorama Histórico. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXIX (104), 383- 403. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2650/265019649007.pdf>
- Seligman, M. (1995). La Efectividad en Psicoterapia. El Estudio del Consumer Report. APA, 50 (12), 965-974. Recuperado de: <http://www.apa.org/journals/seligman.html>.
- Stevens, K.; Méndez, D. (2007). Nuevas Herramientas para la Psicología Clínica: Las terapias Basadas en la Evidencia. *Cuadernos de Neuropsicología*, I (3), 174-371. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0718-41232007000300009&script=sci_arttext
- Straniero, C. (2004). Terapias Basadas en la Evidencia, 1-2.
- Vöhringer, C.; Perez, J.C. y otros. (2013). "Working Alliance Inventory" Versión Observacional: Traducción, Adaptación y Validación al Castellano. *Revista Terapia Psicológica*, 31 (3), 301-311. doi: 10.4067/S0718-48082013000300005
- Von Bergen, A.; De la Parra, G. (2002). OQ.45.2, Cuestionario para Evaluación de Resultados y Evolución en Psicoterapia: Adaptación, Validación e Indicaciones

para su Aplicación e Interpretación. *Revista Terapia Psicológica*, 20(2), (38), 161-176. doi: 10.4067/S0717-92272002000300003

Von Bergen, A.; De la Parra, G. (2006). Medición de Resultados en Psicoterapia: Uso del OQ-45.2, un instrumento validado en Chile. *Revista Gaceta Universitaria*, 2, (2), 208- 222. Recuperado de:
<http://www.gacetadepsiquiatriauniversitaria.cl/ediciones/vol2n2junio2006.pdf>

Winkler, M.; Cáseres P., C.; Fernández F., I.; Sanhueza R., J. (1989). Factores Inespecíficos de la Psicoterapia y Efectividad del Proceso Terapéutico: Una Sistematización. *Revista Terapia Psicológica*, Año VIII(11), 34-40.

www.oqmeasures.com

Yamin, S.; Rosval, L.; y otros (2011). Evaluation of the use of the Outcome Questionnaire at the Centre for Psychological Services at the University of Ottawa.Centre for Research on Educational and Community Services.Canadá.

APÉNDICE