

EL DEVENIR DEL CAMBIO: CÓMO ES Y HACIA DÓNDE SE DIRIGE

*Paula Dagnino***, Guillermo de la Parra*, Andrea Jaramillo**,
Carla Crempien*, Oslando Padilla*, Elyna Gómez-Barris*, Paola Luzio*,
Lucía Reyes*, Mariely Said*, Rocío Escobar***, Daniela Martínez***
y Sandra Rodríguez****

Resumen

Cada vez es mayor la relevancia del estudio acerca del cambio del paciente a través del proceso terapéutico. En el presente artículo se estudian episodios de cambio de cuatro procesos terapéuticos exitosos, desde dos miradas; una de ellas es la Teoría Subjetiva y la otra es la Integración de los Focos Terapéuticos, el primero decanta en un listado de Indicadores Genéricos de Cambio (IGC) y el segundo modelo en la Escala de Cambio Estructural de Heidelberg (HSCS). En este estudio se comparan y relacionan ambas formas de evaluar el proceso de cambio, confirmando que éste se da en un proceso irregular pero progresivo y la existencia de una relación significativa entre ambos modelos al momento de evaluarlo.

Palabras clave: *Indicadores Genéricos de Cambio (IGC), Escala de Cambio Estructural de Heidelberg (HSCS), Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD), Proceso Psicoterapéutico.*

Keywords: *Generic Indicators of Change (CGI), Heidelberg Structural Change Scale (HSCS), Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD), Psychotherapeutic Process.*

Actualmente la efectividad de la psicoterapia ya no es puesta en duda, sino que se buscan aquellos elementos que permitan comprenderla. Para ello ha surgido fuertemente el estudio del proceso terapéutico (Bastine, Fiedler y Kommer 1989; Hill, 1990; Tschuschke y Czogalik, 1990; Goldfried, Greenberg y Marmar, 1990; Rees, Hardy, Barham, Elliot, Smith, y Reynolds, 2001).

Estudiar el proceso tiene relación con abarcar el cómo va cambiando el paciente; diversos investigadores han mostrado que el cambio tendría un patrón irregular, de avances y retrocesos (Detert, Llewelyn, Hardy, Barkham y Stiles, 2006). Esta irregularidad permite dividir el proceso en segmentos,

lo que facilita su estudio y permite abarcarlo en su totalidad, Elliot (2010) refiere que se deben estudiar aquellos momentos que resultan ser relevantes o importantes en la terapia. El énfasis se ha tornado en tratar de entender el proceso en el contexto de eventos significativos (Greenberg, 1986), es decir, “momentos que, en función de ciertos criterios, resaltan dentro del proceso terapéutico como ‘significativos’, ‘llamativos’ o ‘relevantes para el cambio’” (Fiedler y Rogge, 1989, p.46). Surge entonces el estudio del episodio de cambio (Bastine y cols., 1989; Elliott y Shapiro, 1992; Fiedler y Rogge, 1989; Rice y Greenberg, 1984; Llewelyn, Elliott, Shapiro, Hardy y Firth-Conzens, 1988 ; Marmar, 1990; Rhodes, Hill, Thompson y Elliot, 1994), como un elemento que puede producir resultados más interesantes, ya que tiene el potencial de cerrar la brecha entre la práctica y la investigación de la psicoterapia (Garfield, 1990; Stiles, Elliot, Llewelyn, Firth-Cozens, Margison y cols., 1986).

Irregularidad del proceso

Aunque la terapia supone proveer de un espacio que estimula al paciente a cambiar, la estructura

* Guillermo de la Parra, Carla Crempien, Oslando Padilla, Elyna Gómez-Barris, Paola Luzio, Lucía Reyes y Mariely Said, Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile

** Andrea Jaramillo, Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile

*** Paula Dagnino, Rocío Escobar, Daniela Martínez y Sandra Rodríguez, Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Psicología, Universidad Gabriela Mistral.

E-Mail: pauladagnino@gmail.com

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXIII p.p. 23-40

© 2014 Fundación AIGLÉ.

psicológica es un delicado equilibrio de fuerzas en competencia, es un devenir que surge a partir de escuchar intervenciones que interrumpen, desafían y desestabilizan viejas estructuras, así como también situaciones externas que afectan a la estructura y que ponen a prueba el equilibrio del paciente (Hayes, Laurenceau, Feldman, Strauss y Cardaciotto, 2007). Es por ello que se esperaría que el cambio se observe de manera discontinua e irregular, aludiendo siempre a una evolución, a un progreso gradual en donde paciente y terapeuta se mantienen en una constante lucha por entender lo que al paciente le sucede y sus significados. Diversos estudios empíricos han confirmado esta característica del proceso terapéutico; algunos han mostrado cómo este presenta avances y retrocesos, tal como propone el modelo de asimilación de Stiles, Elliot, Llewelyn, Firth-Cozens, Margison y cols. (1990) otros plantean la no linealidad y su conformación en una sucesión de etapas: Exploración, Insight y Acción (Hill, 2005). Por último, estudios que utilizan sistemas de conteo de palabras por medio de software (p.e. TCM, Mergenthaler, 2000) han mostrado la presencia de ciclos dentro de las sesiones terapéuticas (Lepper y Mergenthaler, 2005).

Los avances y retrocesos del proceso tienen que ver con los cambios logrados por el paciente, pero existen muchas maneras de entender y medir el cambio. Por mucho tiempo diversos autores han planteado que el cambio sintomático (Hansen y Lambert, 2003) era esencial para poder evaluar una psicoterapia como positiva para el paciente, pero la psicoterapia pretende ir más allá, ayudando en la mejoría de la salud mental total del paciente, abarcando las distintas áreas que conforman la mente humana.

De esta forma es posible observar cambios en áreas mucho más amplias que la sintomática; por ejemplo, Sharpless y Barber (2009) realizan una exhaustiva revisión de los distintos conceptos de cambio, como lo son: el establecimiento de relaciones más estables, mejores habilidades para funcionar en el mundo, aumento en la capacidad para adaptarse de manera creativa a las nuevas situaciones que surgen, incremento en la capacidad de pensar realísticamente, lograr tomar decisiones, encontrar placer y valor en la vida, y de manera general experimentar más experiencias y afectos positivos y menos negativos, por medio de la adquisición de nuevas herramientas.

En general, una psicoterapia debe producir cambios objetivos en el funcionamiento del paciente, pero sobre todo debe producir cambios en la experiencia subjetiva de este (Summers y Barber, 2010). Una razón por la que buscar un cambio más profundo, o estructural, tiene que ver con que será más ge-

neralizado y/o permanente (Lepper y Maltby, 2004; Grande, Dilg, Jakobsen, Keller, Krawietz, y cols., 2009).

En este nivel nos encontramos con dos modelos que permiten medir el cambio del paciente en psicoterapia, uno de ellos es el que considera el cambio en la Teoría Subjetiva del paciente y el segundo que considera el cambio en el Nivel de Integración, en este caso, de los focos terapéuticos. Cabe preguntarse si al analizar el proceso, específicamente episodios de cambio, ambos modelos pesquisarán la irregularidad propia de todo proceso de cambio, pero sobre todo si ambos modelos están evaluando elementos distintos o similares del proceso terapéutico.

Teoría Subjetiva

Las teorías subjetivas son consideradas como las “cogniciones de la visión de sí mismo y del mundo, que se pueden entender como un conjunto complejo que tiene una estructura argumentativa, al menos implícita, y que cumple las funciones de explicación, predicción y tecnología, contenidas también en las teorías científicas” (Groeben, Wahl, Schlee, y Scheele, pág. 674, traducción de los autores). Por lo tanto, la teoría subjetiva de cada paciente incluye las asociaciones entre sus problemas, su biografía y su situación actual. Se considera que estas cogniciones se van re-construyendo (resignificando) paulatinamente a través de asociaciones, impulsadas por la actividad terapéutica.

Es así como desde esta mirada, el cambio es entendido como etapas (sucesivas) en las cuales se van construyendo nuevos modos de interpretar y representar, incorporándose la teoría del terapeuta. Durante el proceso se produce un “cambio en los patrones subjetivos de interpretación y explicación que lleva al desarrollo de nuevas teorías subjetivas” (Krause, de la Parra, Arístegui, Dagnino, Tomicic y cols., 2007, p.308), es decir, hay un cambio progresivo en la teoría subjetiva del paciente. Krause y cols. (2007) desarrollaron un listado de Indicadores Genéricos de Cambio (IGC) que permite identificar estos momentos de cambio. Estos momentos han demostrado ser distintivos en comparación con otros momentos del proceso terapéutico (Reyes, Arístegui, Krause, Strasser, de la Parra, y cols., 2008). Además, pueden ser considerados como un resultado terapéutico en sí mismos, ya que se ha encontrado una relación positiva entre la progresión del cambio subjetivo (véase más adelante) durante el proceso terapéutico, con una mejoría progresiva en el bienestar general del paciente (Krause y cols., 2007). Es importante destacar que se trata aquí de una conceptualización genérica de proceso, es de-

cir, aplicable al proceso psicoterapéutico de diferentes orientaciones teóricas.

Modelo de integración del foco

Con el desarrollo del psicoanálisis aplicado a terapias limitadas en el tiempo, el concepto de foco adquirió fundamental relevancia. La identificación de un foco al inicio del tratamiento, permitía acotar el trabajo, aumentar la velocidad del cambio y la eficacia de la terapia. En general, los sistemas que permiten focalizar (ej. CCRT, Luborsky, 1977; Luborsky y Crits-Christoph, 1990; Consensual Response Method, CRM, Horowitz y Rosenberg, 1994; y FRAMES, Fundamental, Repetitive and Maladaptive Emotion Structures, Dahl, 1988), se remiten a un solo foco, que abarca aspectos parciales del funcionamiento del paciente. El Diagnóstico Psico-dinámico Operacionalizado (Grupo de Trabajo OPD, 2008) permite acceder al paciente en su complejidad, aprehendiéndolo desde distintos vértices, lo que favorece una mejor comprensión de este. De esta forma, el sistema permite establecer más de un foco para cada paciente. En él los focos son entendidos como aquellas áreas problema subyacente que mantienen los síntomas psíquicos/psicosomáticos y las dificultades interpersonales. Estas áreas resultan de importancia para el trabajo terapéutico, ya que algo debe cambiar en ellas para que el paciente se sienta aliviado. Es por ello que el foco es idiosincrático y particular de cada paciente (Grande, Dilg, Jakobsen, Keller, Krawietz, y cols., 2006). Según este sistema diagnóstico que se organiza en cinco ejes, los focos estarían dados por el patrón relacional disfuncional (Eje 2), la conflictiva interna (Eje 3) y vulnerabilidades estructurales (Eje 4).

Desde esta perspectiva, el cambio terapéutico está compuesto por constantes reformulaciones cualitativas o integraciones progresivas de cada uno de los focos (patrón relacional disfuncional, conflictiva interna y vulnerabilidades estructurales) del perfil de cada paciente y que son centrales para la psicodinamia de éste. Es así como por ejemplo en una terapia exitosa, lo que se espera es que los conflictos (Eje 3) no sean neutralizados, sino que modificados e integrados positivamente al resto de la personalidad: o, en relación a la estructura (Eje 4), se esperaría que ciertas vulnerabilidades presenten menor desintegración.

Para evaluar el nivel de integración de las áreas problema, Rudolf, Grande y Oberbracht (2000) desarrollaron la Escala de Cambio Estructural de Heidelberg (HSCS). Escala que se basa en el Modelo de Asimilación de Stiles (APES, Stiles, Meshot, Anderson y Sloan, 1992), pero con una mirada más cercana a las exigencias de los tratamientos psicoanalíti-

cos, en línea con la lógica planteada por Freud en su estudio de 1914 "Recordar, Repetir, Elaborar (working through)". Los estudios realizados hasta ahora con esta escala, principalmente en Alemania, han demostrado que los niveles iniciales correlacionan positivamente con el éxito terapéutico, así como también lo hace la diferencia de puntajes inicio-final (Grande, Rudolf, Oberbracht, y Jakobsen, 2001). Además, en seguimiento a 6 meses después de finalizada la psicoterapia, se ha mostrado que aquellos pacientes que lograron un buen nivel de integración de los focos al término de los procesos, mostraron progresivos cambios en ámbitos de sus vidas, no así aquellos pacientes que obtuvieron menores niveles al finalizar sus procesos (Grande, Rudolf, Oberbracht y Pauli-Magnus (2003). Estos mismos resultados se dan en el seguimiento a 3 años (Grande, Dilg, Jakobsen, Keller, Krawietz, y cols., 2009).

En resumen, aunque ambos modelos permiten evaluar el cambio en psicoterapia, lo hacen desde concepciones y orígenes diferentes, de allí que cabe preguntarse acerca de la relación que pueda existir entre ambos. De encontrarse que ambos modelos apuntan a lo mismo, se aportaría no solo a la validez de ambos, sino que específicamente a la validez del segundo, ya que así como el proceso de cambio de la teoría subjetiva ha recibido amplio respaldo científico en nuestro medio (e.g. Krause y cols., 2007; Echávarri González, Krause, Tomicic, Pérez y cols., 2009; Altimir, Krause, de la Parra, Dagnino, Tomicic y cols., 2010; Valdés, Dagnino, Krause, Pérez, Altimir y cols., 2010), mostrando su validez y confiabilidad, la evaluación de los niveles progresivos de integración de los focos terapéuticos, utilizando la Escala de Cambio Estructural de Heidelberg (HSCS), solo ha sido utilizada en Alemania y no ha sido evaluada en episodios de cambio de procesos terapéuticos.

Considerando los elementos anteriores, el objetivo de este estudio, es describir, en cuatro terapias exitosas, el proceso terapéutico desde las dos perspectivas: a) desde los cambios en la teoría subjetiva del paciente; y b) desde la integración del foco terapéutico, buscando además, c) comparar y relacionar ambas formas de evaluar el cambio terapéutico. Surge así la necesidad de corroborar las siguientes hipótesis: a) se observará un proceso irregular pero progresivo en relación tanto al nivel de integración de los focos como al cambio subjetivo y b) existirá una relación entre ambos modelos en donde a mayor integración, mayor es el nivel de cambio subjetivo logrado por el paciente.

Método

Participantes

Para el presente estudio se consideraron cuatro terapias individuales breves de orientación psicodinámica, las cuales son homogéneas en varios aspectos: los participantes son terapeutas varones, formados psicoanalíticamente y con vasta experiencia en terapias psicodinámicas (con al menos 30 años de experiencia profesional), las pacientes son mujeres cuya problemática estaba centrada en temáticas de separación y/o relación de pareja y las cuatro psicoterapias son consideradas como exitosas. Todas las terapias fueron realizadas en Chile, ajustándose a la descripción realizada por Leichsenring, Rabung y Leibing, (2004) y Svartberg, Seltzer, Choi y Stiles, (2001), como psicoterapias con no más de 25 sesiones, que tienen lugar una o dos veces a la semana, en un contexto cara a cara, cuyas técnicas incluyen reflexión, clarificación, interpretación y confrontación. En ellas el terapeuta resulta ser activo fomentando la alianza terapéutica.

En total, las cuatro psicoterapias constan de 80 sesiones: Terapia 1: 22 sesiones, Terapia 2: 18 sesiones; Terapia 3: 21 sesiones y Terapia 4: 19 sesiones. Las terapias fueron segmentadas en episodios de cambio (ver en Procedimiento), analizándose 68 episodios: Terapia 1: 8 episodios, Terapia 2: 14 episodios; Terapia 3: 24 episodios y Terapia 4: 22 episodios. En la Tabla 1 aparece una descripción de cada una de la terapias en relación a las pacientes: edad, estado civil, diagnóstico o motivo de consulta (en términos generales) y sus respectivas sesiones realizadas junto a la cantidad de episodios de cambio delimitados (ver mas adelante).

Instrumentos

Indicadores Genéricos de Cambio Terapéutico

Como se mencionó anteriormente, al concepto de cambio subjetivo lo acompaña una lista de 'Indicadores Genéricos de Cambio' (IGC, Krause, de

la Parra, Arístegui, Dagnino, Tomicic y cols., 2006), que facilita la identificación de momentos de cambio. Esta lista consiste en 19 IGC que se encuentran ordenados jerárquicamente en una secuencia ideal (de menor a mayor nivel de jerarquía) (ver Tabla 2), es así como por ejemplo la "aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda" (IGC 2) es de menor nivel jerárquico que el "descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo" (IGC 8), es decir, se espera que este último aparezca mas avanzada la psicoterapia. Para identificar los momentos de cambio, éstos momentos deben cumplir cuatro criterios: (a) correspondencia teórica: que corresponda a algún indicador de la lista de indicadores de cambio; (b) verificabilidad: que el cambio se observe en sesión; (c) novedad: que el contenido se manifieste por primera vez en el proceso y (d) consistencia: que sea consistente con la comunicación no verbal y que no sea negado más tarde en la terapia.

Escala de Cambio Estructural (HSCS)

Como se refirió anteriormente, el cambio para el OPD es entendido como reformulaciones cualitativas o integraciones progresivas de los focos del perfil de cada paciente y que son centrales para la psicodinamia de este. Para evaluar el nivel de integración de los focos, Rudolf y cols., (2000), desarrollaron la Escala de Cambio Estructural (HSCS), que permite evaluar el nivel de cambio estructural de áreas problema (focos) en 7 etapas que a su vez están divididas en subetapas. Cada una de ellas marca un cambio significativo, desde un aumento de la percepción de un problema, hasta el trabajo en aspectos y experiencias asociadas que llevan a un cambio no solo en la experiencia del paciente, sino que también en su comportamiento (ver Tabla 3).

Procedimiento

El procedimiento consistió en tres etapas (ver Figura 1), la primera etapa se enfocó en la delimitación de episodios de cambio, los cuales son la unidad de análisis para las siguientes dos etapas. Así la

Tabla 1. Descripción Muestra

TERAPIA	EDAD	ESTADO CIVIL	DIAGNÓSTICO	SESIONES TOTALES	EPISODIOS DE CAMBIO
1	29	casada	Problemas de pareja	22	8
2	38	separada	Divorcio	18	14
3	43	casada	Maltrato psicológico	21	24
4	42	casada	Infidelidad conyugal	19	22
Total				80	68

segunda etapa consistió en la identificación de focos o áreas problema y la tercera etapa en evaluar el nivel de integración de estos focos dentro de estos episodios de cambio. (Luego de la figura 1 se detallan los procedimientos en cada una de las etapas).

Primera etapa:

Las sesiones se segmentaron en episodios de cambio, entendidos como aquellos momentos significativos del proceso terapéutico (Fiedler y Rogge, 1989) en los que se evidencian cambios en el paciente (Bastine y cols., 1989). Un momento de cambio es un instante en que se produce una transformación de significados. Para delimitarlos, todas las sesiones fueron observadas (in situ y luego a través de video) por jueces entrenados en identificar momentos de cambio según los Indicadores Genéricos

de Cambio (Krause y cols. 2007). Posteriormente se llevó a cabo una triangulación por investigadores (análisis intersubjetivo, (Hill, Thompson y Williams y cols., 1997), dando lugar a los momentos de cambio definitivos para cada terapia.

Identificados los momentos de cambio (que constituyen el final del episodio), se observaron las interacciones precedentes y se ubicó el inicio del episodio en el momento en que comienza la conversación sobre el tema acerca del cual se produce el cambio (para saber más acerca del procedimiento, véase Krause y cols., 2007).

Segunda y tercera etapa:

Tanto para la focalización (segunda etapa) como para la evaluación del nivel de integración de los fo-

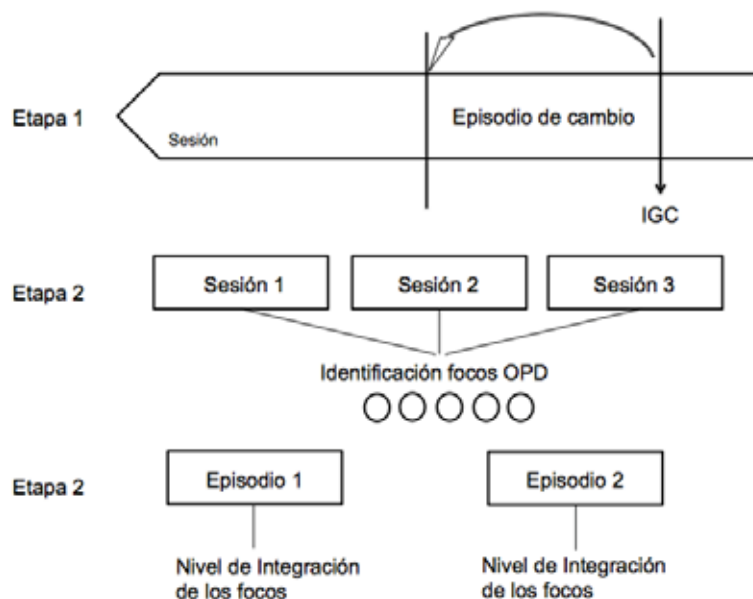
Tabla 2. Listado de Indicadores Genéricos de Cambio (IGC) (de menor a mayor nivel jerárquico)

1. Aceptación de la existencia de un problema.
2. Aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda.
3. Aceptación del terapeuta como un profesional competente.
4. Expresión de esperanza ("remoralización" o expectativa de ser ayudado o de superar los problemas).
5. Descongelamiento (o cuestionamiento) de formas de entendimiento, comportamientos y emociones habituales ("fisura").
6. Expresión de la necesidad de cambio.
7. Reconocimiento de la propia participación en los "problemas".
8. Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo.
9. Manifestación de un comportamiento o de una emoción nueva.
10. Aparición de sentimientos de competencia.
11. Establecimiento de nuevas relaciones entre; aspectos propios (creencias, conductas, emociones, etc., aspectos propios y del entorno (personas o sucesos) o 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.

Tabla 3. Etapas del cambio estructural de áreas problemas (Escala de Cambio Estructural de Heidelberg, HSCS)

ETAPA	DESCRIPCIÓN
1. Defensa /No-percepción del foco/Evitación activa	1 1+ Para el examinador hay señales de experiencias emocionales que están asociadas con una problemática intrapsíquica, ésta es evitada o rechazada por el paciente, así como también sus evidentes dificultades interpersonales las cuales le resultan egosintónicas.
2. Preocupación no deseada por el área problema / confrontación exterior con las áreas problemáticas	2- 2 2+ De forma indeseada aparecen pensamientos y sensaciones desagradables y/o síntomas en relación con las áreas problemáticas, los cuales ahora ya no pueden ser evitados directamente, sin embargo al paciente le parecen como algo que viene exclusivamente de fuera
3. Vaga conciencia del foco	3- 3 3+ El paciente nota la existencia de un problema interno, que es parte de él y que ya no puede ser rechazada. Es consciente de esa problemática de manera permanente. Pero al mismo tiempo su contenido es indiferenciado
4. Reconocimiento y exploración del área problemática	4- 4 4+ Por primera vez hay una aproximación frontal y activa-exploratoria hacia el problema, la cual está cruzada por tendencias defensivas y movimientos destructivos, pero que no es anulada. El paciente entiende que es él mismo el que causa las dificultades
5. Disolución (o resolución) de viejas estructuras del área problemática	5- 5 5+ El paciente percibe sus limitaciones que parecen ser definitivas. Su experiencia obtiene una coloración depresiva, triste y desesperante (de pérdida). Los modos habituales y previamente exitosos, de defensa y reparación, no funcionan más.
6. Reordenamiento del área problemática	6- 6 6+ El paciente experimenta que ya no “necesita” de sus formas antiguas de manejo y que no tiene que protegerse de esa manera. El paciente desarrolla una nueva e integrada comprensión de sí mismo cuyos contornos se hacen visibles cada vez más.
7. Disolución del área problemática	7- 7 El paciente ya se ha apropiado de lo nuevo. El problema del foco está superado, el trato con el problema se da de manera natural. El ámbito del foco es “afectivamente neutral”, perdiendo su importancia especial, el paciente ya no está atrapado en él.

Figura 1. Etapas del Procedimiento



cos (tercera etapa), se contó con un grupo de jueces distinto para cada etapa, cada uno compuesto por 3 miembros. Todos ellos fueron entrenados en OPD, según las indicaciones del OPD Task Force (2001), completando 100 hrs. de entrenamiento teórico y práctico, con la aplicación del método a entrevistas clínicas. Los 6 jueces eran psicoterapeutas de distintas orientaciones teóricas; psicodinámicas, cognitivo-conductuales y sistémicas, con al menos 10 años de experiencia clínica, esta última característica debido a que otros estudios han planteado que se necesitan al menos 2-3 años de experiencia clínica para lograr una adecuada confiabilidad con el OPD (Stasch, Cierpka, Hillenbrand y Schmal, 2002).

El cambio entendido como constantes reformulaciones cualitativas o integraciones progresivas de los focos (tercera etapa), remite a primero identificar los focos terapéuticos para cada paciente (segunda etapa). Esto se realiza mediante el *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado* (Cierpka, 2006), que incluye: (a) un inventario organizado en sus cuatro ejes dinámicos y uno sindromático descriptivo; (b) un manual de entrenamiento y aplicación clínica; y (c) formularios de respuesta para cada eje, para una aplicación más fácil y de mayor confiabilidad. Para este sistema (ver Tabla 4) uno de los focos es el patrón relacional disfuncional (Eje 2), en él están los comportamientos y posiciones interpersonales tomadas por el paciente y sus objetos en la constelación relacional. La cualidad específica de estas posiciones y su comportamiento relacional asociado se describe para cada paciente a partir de una lista de 32 ítems. Otro foco se identifica en el Eje 3, que refiere a la conflictiva interna, descrita por 8 tipos de conflicto que tienen potencialmente un efecto crucial en la vida de los pacientes. Se evalúa cuán significativo es cada uno de estos conflictos para el paciente en relación al grado de intensidad en que el conflicto está presente; además, se indican los dos conflictos más importantes y la manera en que el paciente los maneja de manera activa o pasiva. Por último en el Eje 4, la condición estructural también se transforma en foco, evaluando el nivel de funcionamiento e integración de las capacidades y vulne-

rabilidades estructurales desplegadas en términos de ocho dimensiones, cada una de las cuales está compuesta por subdimensiones que identifican los diversos aspectos de cada capacidad estructural. Se evalúa el nivel de integración en un continuo desde un alto nivel de integración a una desintegración, en donde cada una de las dimensiones o subdimensiones pueden ser consideradas un foco a trabajar. La segunda versión del instrumento OPD-2 que es la utilizada en el presente estudio, ha mostrado desde buenos a excelentes resultados en términos de la confiabilidad entre jueces. Estudios similares al presente -codificación por medio de entrevistas filmadas- muestran para el Eje 2 un Kappa desde 0,56 a 0,62, para el Eje 3 un Kappa promedio de 0,61 para los 9 conflictos en este eje; siendo el rango entre 0,48 – 0,71. Por último, la confiabilidad en el Eje 4 fue uno de los más altos, con medias de 0,71 (rango 0,62-0,78) y 0,70 (rango 0,60-0,81) (Stasch, Cierpka, Hillenbrand y Schmal, 2002).

Para establecer los focos según OPD-2 el primer grupo de jueces (Jueces A) analizó de manera independiente las primeras dos o tres sesiones de cada proceso terapéutico (filmadas y transcritas). De acuerdo a las indicaciones del uso del Manual OPD (Cierpka, 2006) se establecieron un máximo de 5 focos para cada paciente: siempre se diagnostica foco relacional y uno o dos focos de conflicto y/o estructura. Así, esta selección de los focos toma la forma de una hipótesis psicodinámica individualizada, incorporando las explicaciones de los jueces acerca de sus elecciones y las propias viñetas de las pacientes durante las primeras sesiones. La confiabilidad en esta etapa se calculó considerando solo la elección de los focos de Conflicto (eje 3) y Estructura (eje 4), ya que, como se ha dicho anteriormente, el patrón relacional disfuncional está predefinido como foco. La selección de los focos resultó en un Kappa promedio de 0,75 (0,65 – 0,85) (Cohen, 1968), siendo una mejor confiabilidad que la encontrada en otros estudios en donde el Kappa es de 0,59 (Grande, Rudolf, Oberbracht, Jakobsen y Keller, 2004). De acuerdo a Fleiss (1981) y Cicchetti (1994), los valores

Tabla 4. Ejes del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado y sus potenciales áreas problema (foco)

PATRÓN RELACIONAL	CONFLICTOS	VULNERABILIDADES ESTRUCTURALES
Formulación individualizada del patrón relacional disfuncional central	1. Individuación versus Dependencia 2. Sumisión versus Control 3. Deseo de protección y cuidado versus autarquía 4. Autovaloración 5. Conflicto de culpa 6. Conflicto edípico 7. Conflicto de identidad	1. Percepción de sí mismo 2. Percepción del objeto 3. Autorregulación 4. Regulación de la relación con el objeto 5. Comunicación hacia adentro 6. Comunicación hacia fuera 7. Vinculo con objetos internos 8. Vinculo con objetos externos

Tabla 5. Descripción de los Indicadores Genéricos de Cambio (IGC) para cada una de las Terapias

Nº TERAPIA	CANTIDAD DE IGC POR SESIÓN	RANGO IGC	PROMEDIO NIVEL DE IGC
1	2,75	3-18	8,5
2	1,2	5-18	9,1
3	0,8	3-17	10
4	0,8	3-18	9,8

Kappa entre 0,40 and 0,59 pueden ser considerados adecuados, y los valores entre 0,60 y 0,74, buenos.

Luego de establecer los focos, el segundo grupo de jueces (Jueces B) fue entrenado en la aplicación de la Escala de Cambio Estructural de Heidelberg (HSCS) por medio del manual traducido al español (Röst, Dagnino y de la Parra, 2009) y algunas reuniones de discusión de casos. A cada juez se le entregaron los focos establecidos para cada paciente por los jueces anteriores y analizaron cada uno de los episodios ya delimitados, evaluando el grado de cambio en los focos en relación al nivel de integración que el paciente lograba en ellos en cada episodio. Así, en cada uno de los episodios los 5 focos fueron reevaluados por los jueces con respecto al HSCS. Hasta ahora los estudios que han utilizado el HSCS lo han hecho a través de entrevistas externas a la terapia en curso o finalizada esta, dirigidas específicamente a evaluar el nivel de integración logrado por el paciente en cada uno de sus focos. Esto requiere de una gran disposición del paciente para asistir a estas entrevistas externas. En este estudio, en cambio, se probó utilizar la escala observando solo los episodios de cambio durante el proceso, con la hipótesis de que se encontraría, como se señaló anteriormente, el trabajo sobre el foco. Esto permitiría obtener un análisis mucho más micro del nivel de integración de los focos durante el proceso terapéutico y más cercano a la realidad, al considerar lo que paciente y terapeuta están realmente trabajando en la práctica clínica misma, pesquizando el proceso en sí.

Para esta evaluación la confiabilidad se midió a través de la correlación intraclases (ICC) lográndose en promedio un 0,77 de confiabilidad, confiabilidad similar a la lograda en otros estudios (Grande, Rudolf, Oberbracht, Jakobsen y Keller, 2004).

Análisis de datos

Para poder realizar los análisis estadísticos, la Escala Estructural de Heidelberg se transformó a una escala ordinal de 1 a 19 (e.g. 1=1, 1+=2, 2-=3....). Así, para ambos instrumentos existe una puntuación que va de 1 a 19. Por otro lado, para evaluar la evolución en el tiempo, el proceso terapéutico fue dividido en tres partes iguales en función de la can-

tidad de episodios de cada uno de ellos, estableciéndose tres Etapas para cada proceso, una etapa inicial, una media y una final.

Para responder a los objetivos se realizaron por un lado análisis descriptivos de las frecuencias y de la evolución tanto de los Indicadores Genéricos de Cambio (IGC) como para el nivel de Integración de los focos (HSCS), considerando cada terapia y los episodios que en ella se identificaron. Además se realizaron análisis de modelos mixtos, específicamente ecuación de estimación generalizada (usando la función de enlace identidad). Este análisis es una generalización de los modelos de regresión lineal pero que incorpora una matriz para modelar la correlación entre las observaciones. Se utilizó este tipo de análisis para evaluar diferencias entre las etapas del proceso para cada uno de los instrumentos, para establecer la relación entre ambos y evaluar la variación de esta relación durante el proceso terapéutico.

Resultados

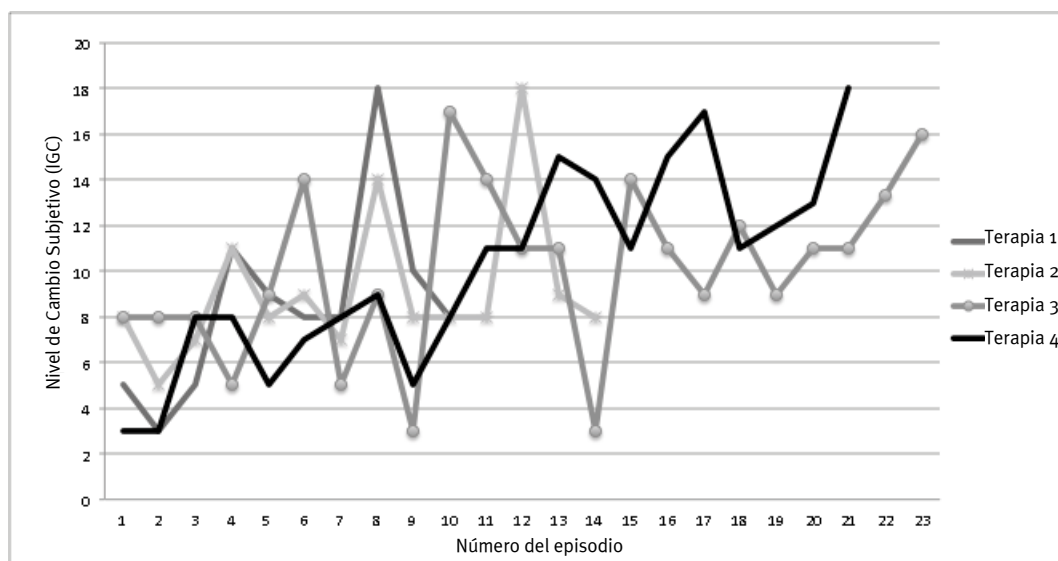
Cambio Subjetivo (Indicadores Genéricos de Cambio)

En promedio se identificaron 1,3 Indicadores Genéricos de Cambio por cada sesión de psicoterapia. En la Tabla 5 se describen la cantidad de IGC por sesión, el rango (nivel mínimo y nivel máximo) y el promedio en que se presentan en cada una de las terapias. Tres de ellas presentan el indicador Nº 3 como mínimo y el Nº 18 como máximo. Una de ellas presenta como mínimo el Nº 5 y otra como máximo el Nº 17.

El promedio total en relación al nivel de Indicadores para las cuatro terapias, va desde 8,5 a 10.

La Figura 2, muestra la evolución de los Indicadores Genéricos de Cambio en las cuatro terapias analizadas. La ordenada corresponde a la posición del indicador en la jerarquía de indicadores, vale decir, un punto ubicado a la altura del Nº3, en el eje vertical, equivaldría a un indicador Nº3, que sería más básico que uno ubicado en el Nº8, un nivel más alto en la jerarquía de los indicadores de cambio e

Figura 2. Evolución Indicadores Genéricos de Cambio para cada una de las terapias



indicativo de un mayor estado de avance en el progreso del cambio terapéutico. Los números del eje horizontal dan cuenta de los episodios de cambio a medida que transcurren las sesiones.

Se observa que las terapias varían en cuanto a la cantidad total de episodios de cambio. Si bien se observa una irregularidad en cada una de las terapias en cuanto a los IGC, se evidencia una evolución positiva hacia IGC de mayor nivel. Esto queda demostrado por medio del análisis de ecuación de estimación generalizada (Ver Tabla 6) que muestra de manera global que existen diferencias en los IGC cuando el proceso terapéutico es considerado según sus etapas ($F(2,207)=38,119, p<0,01$), específicamente se observa (ver Figura 3) que la Etapa 1 presenta IGC menores que la Etapa 2 ($p<0,01$), y que la Etapa 3 ($p<0,01$) y la Etapa 2 a su vez presenta IGC menores que la Etapa 3 ($p=0,03$).

Niveles de Integración de los focos (HSCS)

Hasta el momento para evaluar el nivel de integración (HSCS) de los focos se realizan entrevistas paralelas a la psicoterapia en curso o finalizada ésta, las cuales son entrevistas específicas para la evaluación de la integración de los focos. Este es el primer estudio que considera evaluarlo dentro de segmentos de sesiones (episodios) lo cual resultó posible a pesar de no consistir en la sesión completa. Debido a lo limitado del episodio el nivel de integración no pudo ser identificado para cada uno de los focos en particular, como sí se ha logrado en otros estudios, sino que sólo se pudo obtener un nivel de integración global (que incluye las tres áreas focales; patrón relacional, conflicto y vulnerabilidad estructural). Teniendo esto en consideración los resultados muestran (ver Tabla 7) que en tres de las terapias el paciente presentó como mínimo un nivel

Tabla 6. Estimación de los Parámetros del Modelo de Ecuación de Estimación Generalizada para la variable IGC en función de las Etapas

PARÁMETRO	β	t	Sig.	95 % INTERVALO DE CONFIANZA	
				INFERIOR	SUPERIOR
Intersección	11,964	26,376	0,000	11,070	12,859
Etapa 1	-5,095	-8,312	0,000	-6,303	-3,886
Etapa 2	-1,5006	-2,553	0,011	-2,659	-0,341
Etapa 3	-	-	-	-	-

Nota: Variable Dependiente: IGC

4 de integración, excepto una que presentó un nivel mayor de integración (6). En relación al máximo alcanzado, las cuatro terapias lograron niveles distintos aunque altos. De acuerdo al promedio también hubo cierta variación, dentro del rango de 7,3 a 10,4.

En relación a la evolución del nivel de Integración (Figura 4), los cuatro procesos se muestran irregula-

res en cuanto al nivel de integración del foco, mostrando todos ellos en general trayectorias positivas.

Al realizar análisis de ecuación de estimación generalizada, se observa (Ver Tabla 8) que existen diferencias entre las Etapas en relación al nivel del HSCS de manera global ($F(2,596)=10,329, p<0,01$), específicamente se observa (ver Figura 4) que la Etapa 1 presenta HSCS significativamente menores que

Figura 3. Nivel de los Indicadores Genéricos de Cambio según las Etapas del proceso terapéutico

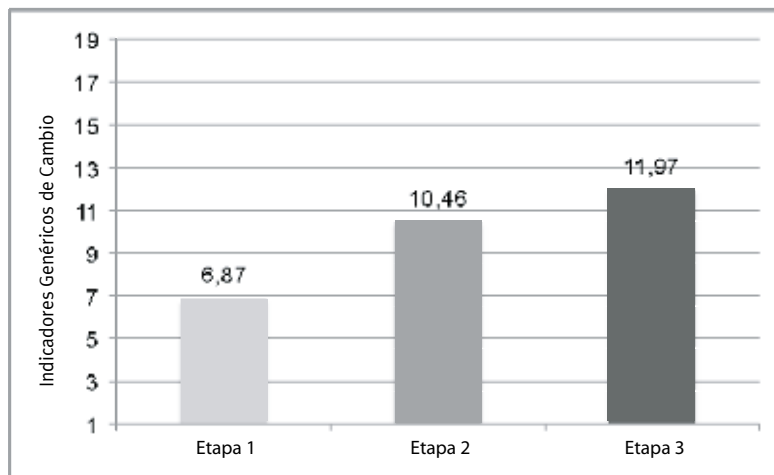


Figura 4. Evolución del nivel de Integración (HSCS) de los focos en las cuatro terapias

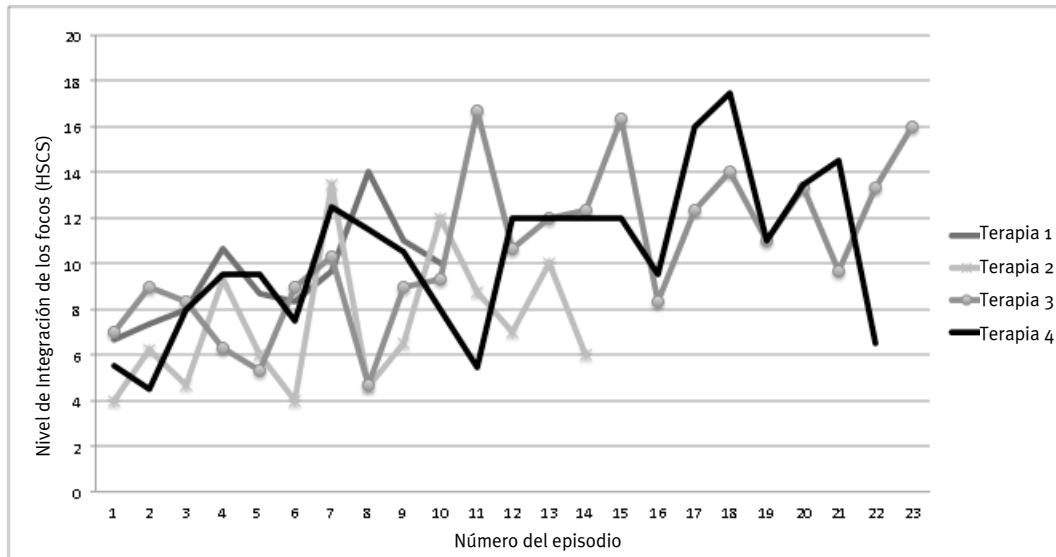


Tabla 7. Descripción del Nivel de Integración de Focos (HSCS)

Nº TERAPIA	RANGO HSCS	PROMEDIO NIVEL DE HSCS
1	6-14	9
2	4-13,5	7,3
3	4-16	10
4	4,5-17,5	10,4

Tabla 8. Estimación de los Parámetros del Modelo de Ecuación de Estimación Generalizada para la variable HSCS en función de las Etapas

PARÁMETRO	β	t	Sig.	95 % INTERVALO DE CONFIANZA	
				INFERIOR	SUPERIOR
Intersección	10,313	20,730	0,000	9,319	11,307
Etapa 1	-2,248	-3,359	0,001	-3,584	-0,912
Etapa 2	0,4533	0,693	0,491	-0,8554	1,7620
Etapa 3	-				

Nota: Variable Dependiente: HSCS

Figura 5. Nivel de Integración de los Focos según las Etapas del proceso terapéutico

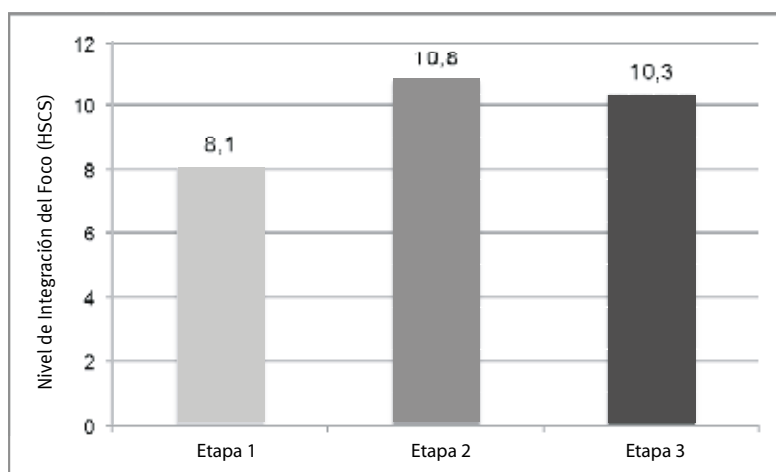


Figura 6. Promedio del nivel de los Indicadores Genéricos de Cambio (IGC) y Nivel de Integración de los focos (HSCS) para cada episodio de las cuatro terapias

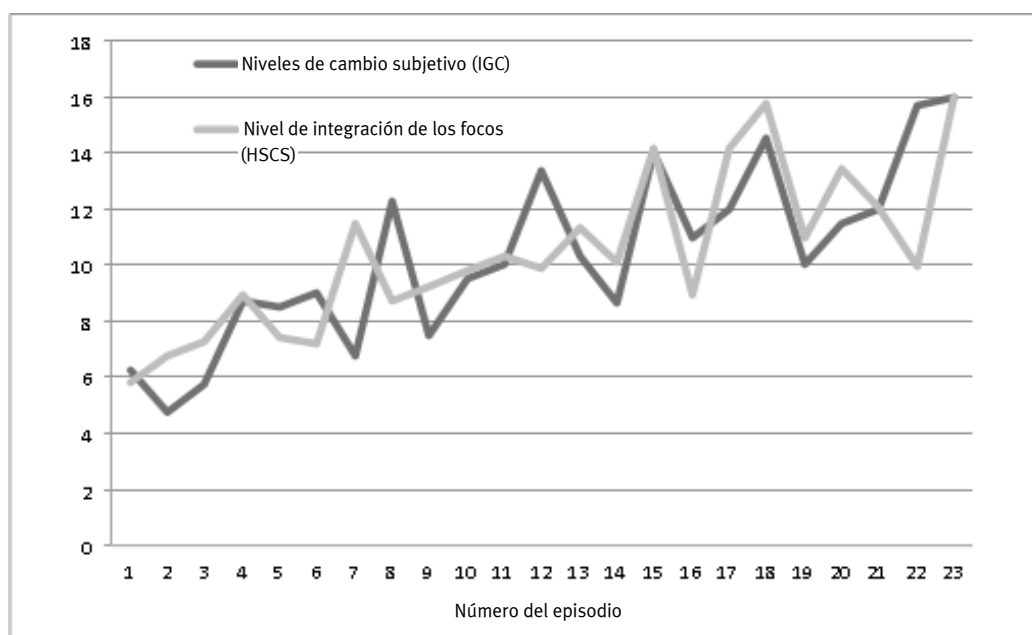


Figura 7. Puntajes estimados por el modelo mixto del Nivel de los Indicadores Genéricos de Cambio (IGC) como función del Nivel de Integración de los focos (HSCS)

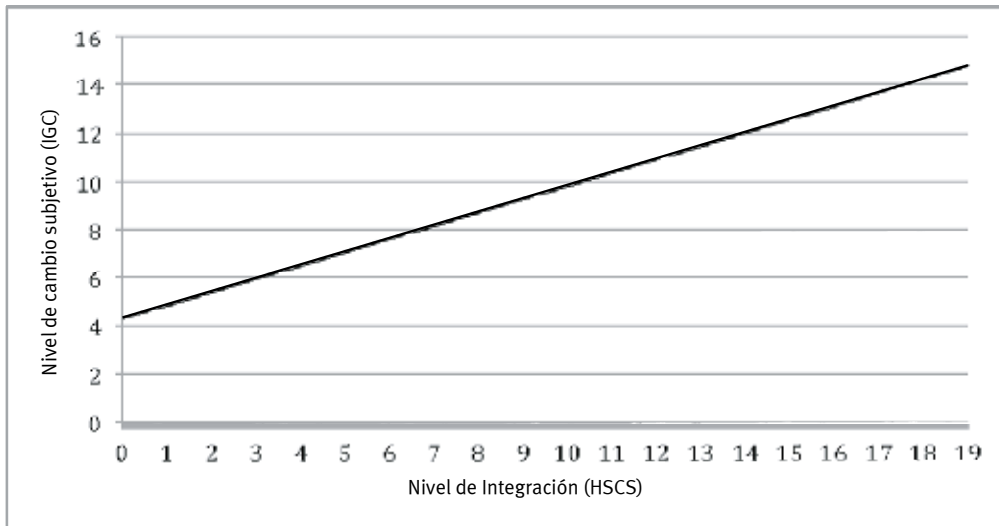


Figura 8. Puntajes estimados por el modelo mixto del Nivel de los Indicadores Genéricos de Cambio (IGC) como función del Nivel de Integración de los focos (HSCS) en las distintas etapas del proceso.

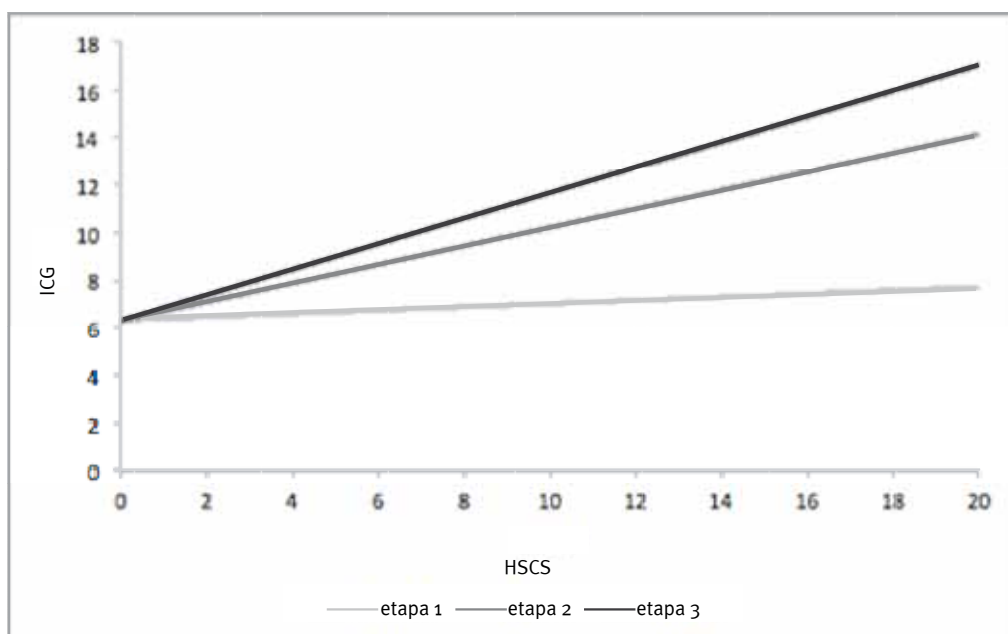


Tabla 9. Estimación de los Parámetros del Modelo de Ecuación de Estimación Generalizada para la variable Indicador Genérico de Cambio ^a

PARÁMETRO	β	t	sig.	95 % INTERVALO DE CONFIANZA	
				INFERIOR	SUPERIOR
Intersección	8,542	4,334	0,000	4,603	12,482
Etapas 1	-4,246	-3,696	0,000	-6,543	-1,950
Etapas 2	-1,90	-1,806	0,076	-4,023	0,204
Etapas 3	0 ^(a)				
HSCS	0,371095	2,666	0,010	0,092847	0,649343

Nota: Variable Dependiente; Nivel de Indicador Genérico de Cambio.

la Etapa 2 ($p < 0,01$), y que la Etapa 3 ($p = 0,04$). No se encuentran diferencias significativas en cuanto al nivel del HSCS entre la Etapa 2 y la Etapa 3 ($p = 1,0$), observándose niveles de HSCS levemente más altos en la Etapa 2 que en la Etapa 3.

Relación entre Indicadores Genéricos de Cambio (IGC) y Nivel de Integración de los focos (HSCS)

Ambas escalas tienden a comportarse de manera similar durante los procesos terapéuticos, mostrando un patrón irregular que en promedio tiende a una evolución positiva (ver Figura 6). Se puede observar que en términos del cambio subjetivo (IGC) y del nivel de integración de los focos (HSCS), tanto el comienzo como el final del proceso se dan en niveles similares, casi iguales entre ellas. La trayectoria de ambos modelos es relativamente parecida en cuanto a sus subidas y bajadas durante el proceso.

Para establecer la relación entre ambas se ajustó un modelo mixto, específicamente una ecuación de estimación generalizada que resultó ser significativa ($F(1,62) = 7,108$, $p < 0,01$), mostrando que el Nivel de Integración de los focos predice significativamente el nivel de los Indicadores Genéricos de Cambio, específicamente que por cada 2 puntos que cambia el nivel de Integración de los focos, cambia en 1,1 los Indicadores Genéricos de Cambio (ver Figura 7). Estos últimos dependen directamente del nivel de integración de los focos, ya que a mayor integración, mayor es el nivel del Indicador de Cambio.

Esta relación se da de manera significativamente diferente al dividir el proceso en Etapas ($F(2,62) = 6,942$, $p < 0,05$). En la primera Etapa (ver Figura 8) el Indicador Genérico de Cambio no varía en función del Nivel de Integración de los focos. Sin

embargo, sí lo hace de manera significativa en la Etapa 2 y en la Etapa 3 ($p < 0,01$), en donde, mientras más avanzada la psicoterapia mayor es la relación entre ambos (ver Tabla 9).

Discusión

En Alemania, el Sistema Diagnóstico Psicodinámico OPD ha demostrado su factibilidad para la identificación de focos en psicoterapia (Rudolf y Grande, 2006), sin embargo, esta ha sido realizada por expertos de orientación psicodinámica. En este estudio el nivel de confiabilidad lograda entre los jueces para la selección de los focos es similar a la encontrada en estudios alemanes, a pesar de contar con jueces de distintas orientaciones teóricas, lo que confirma aún más la fácil utilización de este sistema más allá del ámbito psicoanalítico. Así también se logró una adecuada confiabilidad en relación a evaluar la integración de los focos por parte del paciente, a pesar de que a diferencia de otros estudios esta ha sido la primera vez que se utiliza observando segmentos de sesiones, específicamente episodios de cambio.

La segmentación del proceso en episodios de cambio, permite acceder a lo que ocurre en este, como dicen Elliott y Shapiro (1992) los episodios son "ventanas hacia el interior del proceso de cambio en psicoterapia" (p.164). Es a través de su estudio que se puede comprender la naturaleza esencial de los mecanismos que llevan al cambio (Rice y Greenberg, 1984). Claramente los pacientes mostraron una evolución en la complejidad de sus teorías subjetivas respecto de sus problemas durante el proceso, mostrándose un cambio irregular, pero positivo. Sobre todo, se observó la presencia de indicadores de cambio de bajo nivel jerárquico en etapas iniciales

^a Se consideró una terapia exitosa si los pacientes lograban el Índice de Cambio Confiable (ICC) en la escala de OQ total del Outcome Questionnaire (final-inicio) (OQ-45.2, Lambert et al., 1996).

de la terapia y de mayor nivel jerárquico en etapas finales del proceso terapéutico.

Desde otra mirada, los pacientes también mostraron una progresión en relación al nivel de integración de los focos. Sobre todo cabe destacar la presencia de niveles altos de integración (sobre 12), los cuales suelen ser adjudicados más bien a terapias de tiempo ilimitado (Grande, Rudolf, Oberbracht, Jakobsen, y Keller, 2004). Esto confirma la impresión clínica que en psicoterapias breves se observan cambios que van más allá de lo sintomático, pudiendo lograrse cambios más profundos.

Los datos confirman la hipótesis acerca del proceso terapéutico entendido como irregular, pero progresivo en ambos modelos de cambio. El cambio resulta estar compuesto de inversiones y regresiones, planicies con pequeños avances y repentinos quiebres hacia un nivel cualitativamente diferente e inferior, para luego entrar en etapas superiores (Lepper y Maltby, 2004). Esta irregularidad se entiende en la medida que durante el proceso, el terapeuta le entrega al paciente nuevos entendimientos, el paciente se enfrenta a esta resignificación que conlleva a una expansión de su autoconocimiento (Hayes y cols., 2007), es así como paciente y terapeuta se mantienen en una constante lucha por entender lo que al paciente le sucede y sus significados.

La alta correlación entre la progresión de los niveles jerárquicos de los IGC y los niveles de integración de los focos aporta, como se esperaba, a su validación. La comparación de ambos modelos y su correspondencia, resulta interesante en sí misma, ya que favorece la validez de ambos. Los dos modelos de cambio aunque provienen de diversas concepciones (Teoría Subjetiva y Modelo de Asimilación), se sustentan en la idea de que el cambio está compuesto por una secuencia de cambios sucesivos, que van ocurriendo jerárquicamente; al estar altamente relacionados parecieran evaluar y destacar aspectos similares del proceso terapéutico. Mientras mayor es el cambio en el nivel en que el paciente integra sus áreas problema (integración de los focos), mayor es el cambio en el nivel de los patrones subjetivos de interpretación y explicación (cambio subjetivo).

Estas similitudes parecieran apuntar a que ambos aluden a una capacidad, a un aspecto de la comprensión, de la explicación del paciente como parte fundamental del cambio. Ambos modelos parecen aludir a que lo importante es que el paciente vaya logrando un autoconocimiento y que este le resulte ser estratégico y adaptativo, es lo que Wampold, Imel, Bhati, y Johnson-Jennings (2007) consideran como 'insight', entendido como un factor común, que implica obtener un entendimiento funcional de

los conflictos, quejas, o trastorno, que es esencial para el proceso terapéutico y común a todas las orientaciones teóricas.

Efectivamente, si se miran ambas escalas con detención, se verá que en la escala de Integración algunos de sus niveles remiten a aspectos similares a cambios en la teoría subjetiva, especialmente la etapa 6 de la escala ("el paciente desarrolla una nueva e integrada comprensión de sí mismo"); otras etapas se corresponden con la escala de IGC, como la etapa 3 se corresponde con el IGC 1 (aceptación de la existencia de un problema) o la 4 que se corresponde con el IGC 5 (descongelamiento). En las etapas 1, 2 y 5 de la escala de cambio estructural, se refiere a la perspectiva emocional del proceso de cambio: (1) experiencias emocionales evidentes del paciente asociadas con un problemática intrapsíquica que son señales para el observador (2) sensaciones desagradables para el paciente y (5) experiencia de coloración depresiva, triste. A través de esta observación, se puede decir que las dos perspectivas observan a ratos fenómenos similares, en otros momentos complementarios (emoción-pensamiento) y en otros momentos francamente diferentes como es el caso de las primeras etapas del HSCS, que se refieren prácticamente a inferencias del observador.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, a pesar de que se analizaron un total de 68 episodios de cambio, estos corresponden solo a cuatro terapias psicodinámicas, lo cual hace que este estudio sea sólo descriptivo en términos de la evolución del cambio, sin embargo, como refieren Krause, Howard y Lutz (1998), para maximizar la utilidad clínica de la investigación en psicoterapia, los resultados deben tratar acerca de elementos del cambio individual. La evolución en el tiempo de los datos individuales además de permitir identificar si se produce el cambio, facilita la comprensión de cómo ocurre el cambio (Barkham, Stiles y Shapiro, 1993), lo que resulta fundamental para la práctica clínica. Aún así, resultaría interesante poder contar con una mayor cantidad de procesos de modo pesquisar patrones de cambio característicos, que podrían enriquecer la práctica clínica al dar cuenta de lo que ocurre en esta en sus variaciones. Por otro lado, aunque es importante estudiar aquellos segmentos que son significativos, a futuro se podría hacer una comparación de lo que sucede en los episodios de cambio versus otro tipo de episodios, buscando si en ellos también se trabajan los focos y con qué nivel de integración.

Por último, en una mirada mas micro, una segunda etapa de este estudio sería la de identificar en cada episodio de cambio cuáles son los focos en los que paciente y terapeuta están trabajando, de

manera de poder establecer alguna posible relación entre algún tipo de foco, su nivel de integración y el cambio subjetivo logrado por el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Altimir, C., Krause, M., de la Parra, G., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Pérez, J.C. y cols. (2010). Clients', therapists', and observers' agreement on the amount, temporal location, and content of psychotherapeutic change and its relation to outcome. *Psychotherapy Research*, 20(4), 472-487.
- Barkham, M., Stiles, W.B. y Shapiro, D.A. (1993). The shape of change in psychotherapy: Longitudinal assessment of personal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 667-677.
- Bastine, R., Fiedler, P. y Kommer, D. (1989). Was ist therapeutisch an der Psychotherapie? Versuch einer Bestandsaufnahme und Systematisierung der Psychotherapeutischen Prozeßforschung [What is therapeutic in psychotherapy? Attempt of stocktaking and codification of the psychotherapeutic process research]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18, 3-22.
- Cicchetti, D.V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychol Assess*, (6) 284-290.
- Cierpka, M. (2006). *Diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2) manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia* (Trad. L. Alvarado, K. Biederman y G. de la Parra). Suiza: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG (original en alemán, 2006).
- Cohen J. (1968). Weighted kappa: nominal scale agreement with provision for scaled disagreement or partial credit. *Psychological Bulletin*, 70: 213-220.
- Dahl, H. (1988). Frames of mind. In H. Dahl, H. Kächele, y H. Thoma (Eds.), *Psychoanalytic process research strategies* (pp. 51-66). New York: Springer-Verlag.
- Detert, N., Llewelyn, S., Hardy, G., Barkham, M. y Stiles, W. (2006) Assimilation in good-and poor-outcome cases of very brief psychotherapy for mild depression: An initial comparison. *Psychotherapy Research*, 16 (4), 393 - 407.
- Echavarrí, O., González, A., Krause, M., Tomicic, A., Pérez, C., Dagnino, P. y cols. (2009). Cuatro terapias psicodinámicas breves exitosas estudiadas a través de los Indicadores Genéricos de Cambio. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 5-19.
- Elliott, R. y Shapiro, D.A. (1992). Client and therapist as analysts of significant events. En S.G. Toukmanian D.L. Rennie (Eds.), *Psychotherapy process research: Paradigmatic and normative approaches* (pp. 163-186). Newbury Park, CA: Sage.
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: realizing the promise. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 7, 1-13.
- Fiedler, P. y Rogge, K. E. (1989). Zur Prozeß untersuchung psychotherapeutischer Episoden. Ausgewählte Beispiele und Perspektiven. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18, 45-54.
- Fleiss, J.L. (1981). *Statistical methods for rates and proportions*, (2º ed.). New York, Wiley.
- Garfield, S.L. (1990). Issues and Methods in Psychotherapy Process Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 58, 273-280.
- Goldfried, M.R., Greenberg, L.S. y Marmar, C.R. (1990). Individual psychotherapy: Process and outcome. *Annual Review of Psychology*, 41, 659-688.
- Grande, T., Rudolf G., Oberbracht C., Jakobsen T. y Keller W. (2004). Investigating structural change in the process and outcome of psychoanalytic treatment: The Heidelberg-Berlin Study; in Richardson P., Kächele H., Renlund C. (Eds): *Research on Psychoanalytic Psychotherapy with Adults* (pp. 35-61). London: Karnac.
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C. y Jakobsen, T. (2001). Therapeutische Vera Wirkungen stationänderungen jenseits der Symptomatikrer Psychotherapie im Licht der Heidelberger Umstrukturierungsskala [Therapeutic changes beyond symptoms. The effects of inpatient psychotherapy in the light of the Heidelberg Structural Change Scale]. *Zeitschrift fu Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 47, 213-233.
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C. y Pauli-Magnus, C. (2003). Progressive changes in patients' lives after psychotherapy: Which treatment effects support them? *Psychotherapy Research*, 13, 43-58.
- Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., Oberbracht, C. y cols. (2009). Structural change as a predictor of long-term follow-up outcome. *Psychotherapy Research*, 19(3), 344-357.
- Greenberg, L.S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 4-9.
- Groeben, N., Wahl, D., Schlee, J. y Scheele, B. (1988). *Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien: Eine Einführung in die Psychologie des reflexiven Subjekts*. Tübingen: Francke.

- Grupo de Trabajo OPD (Ed.) (2008). *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2). Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Barcelona, Herder.
- Hansen, N. y Lambert, J. M. (2003). An Evaluation of the Dose-Response Relationship in Naturalistic Treatment Setting Using Survival Analysis. *Mental Health Service Research*, 1(5), (1-12).
- Hayes, A.M., Laurenceau, J.-P., Feldman, C.G., Strauss, J.L. y Cardaciotto, L. (2007). Methods for studying the process of change. In A.M. Nezu and C.M. Nezu (Eds.), *Evidence-based outcome research: A practical guide to conducting randomized clinical trials for psychosocial interventions*. (pp. 335-358). Oxford University Press.
- Hill, C.E. (1990). Exploratory In-Session Process Research in Individual Psychotherapy: A Review. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 288-294.
- Hill, C.E., Thompson, B.J. y Williams, E.N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *Counseling Psychologist*, 25, 517-572.
- Hill, C.E. (2005). Therapist techniques, client involvement, and the therapeutic relationship: inextricable intertwined in the therapy process. *Psychotherapy: theory, research practice, training*, 42, 431-442.
- Horowitz, L.M. y Rosenberg, S.E. (1994). The consensual response psychodynamic formulation: I. Method and research results. *Psychotherapy Research*, 4 (3-4), 222-233.
- Krause, M.S., Howard, K.I. y Lutz, W. (1998). Exploring individual change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 838-845.
- Krause, M., de la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Vilches, O. y cols. (2006). Indicadores Genéricos del Cambio Psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 299-325.
- Krause, M., de la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Echávarri, O., Vilches, O., Ben Dov, P., Strasser, K., Reyes, L., Altimir, C. y Ramírez, I. (2007). The evolution of therapeutic change studied through generic indicators. *Psychotherapy Research*, 17, 6, 673-689.
- Leichsenring F., Rabung, S. y Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61:1208-1216.
- Lepper, R. y Maltby, M. (2004). *The Psychodynamic approach to therapeutic change*. London: SAGE Publications.
- Lepper, G. y Mergenthaler, E. (2005). Exploring group process. *Psychotherapy Research*, 15, 4, 433-444.
- Llewellyn, S.P., Elliott, R., Shapiro, D.A., Hardy, G. y Firth-Cozens, J.A. (1988). Client perceptions of significant events in prescriptive and exploratory periods of individual therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 105-114.
- Luborsky, L. (1977). Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: the Core Conflictual Relationship Theme. En N. Freedman, y S. Grand (Eds.), *Communicative Structures and Psychic Structures* (pp. 367-395). New York, Plenum.
- Luborsky, L. y Crits-Christoph, P. (1990). *Understanding transference: The CCRT methods*. New York: Basic Books. Inc.
- Marmar, C.R. (1990). Psychotherapy process research: Progress, dilemmas, and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 265-272.
- Mergenthaler, E. (2000). The Therapeutic Cycle-Model in Psychotherapy Research: Theory measurement and clinical application. *Ricerca sui gruppi*, 5, 34-40.
- Rees, A., Hardy, G.E., Barkham, M., Elliott, R., Smith, y J.A. Reynolds, S. (2001). "It's like catching a desire before it flies away": A comprehensive process analysis of a problem clarification event in cognitive-behavioral therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 11, 331-351.
- Reyes, L., Arístegui, R., Krause, M., Strasser, K., de la Parra, G., Tomicic, A. y cols. (2008). Language and therapeutic change: A speech acts analysis. *Psychotherapy Research* 18, 355-362.
- Rhodes, R., Hill, C., Thompson, B., y Elliot, R. (1994). Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events. *Counseling Psychology*, 41, 473-483.
- Rice, L. y Greenberg, L.S. (1984). *Patterns of change*. Nueva York: Guilford.
- Röst, Dagnino, P. y de la Parra, G. (2009). *Manual traducido al español de la escala de cambio estructural de Heidelberg (HSCS)*. Manuscrito no publicado, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Rudolf, G. y Grande, T. (2006). Fokusbezogene psychodynamische Psychotherapie EinOPD-basierter Leitfadens. *Psychotherapeut*, 51, 276-289.
- Rudolf, G., Grande, T. y Oberbracht, C. (2000). Die Heidelberger Umstrukturierungsskala. *Psychotherapeut*, 45, 237-246.

- Sharpless, B. A. y Barber, J. P. (2009). *Psychodynamic therapy*. In R. E. Ingram (Ed.), *The international encyclopedia of depression* (pp. 460-465). New York: Springer.
- Stasch, M., Cierpka, M., Hillenbrand, E. y Schmal, H. (2002). Assessing reenactment in inpatient psychodynamic therapy. *Psychotherapy Research, 12*, 355-368.
- Stiles, W.B., Elliot, R., Llewelyn, S.P., Firth-Cozens, J.A., Margison, F.R., Shapiro, D.A. y Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy, 27*, 411-420.
- Stiles, W.B., Meshot, C.M., Anderson, T.M. y Sloan, W.W.Jr. (1992). Assimilation of problematic experiences: The case of John Jones". *Psychotherapy Research, 2*, 81-101.
- Summers, R. y Barber, J. (2010) *Psychodynamic therapy: A guide to evidence-based practice*. New York: Guilford Press.
- Svartberg, M., Seltzer, M., Choi, K. y Stiles, T. (2001). Cognitive change before, during and after short-term dynamic and nondirective psychotherapies: a preliminary growth modeling study. *Psychotherapy Research, 11*(2), 201- 219.
- Tschuschke, V. y Czogalik, D. (1990). "Psychotherapie - Wo sind wir jetzt und wohin müssen wir kommen?" Versuch einer Integration. En V. Tschuschke D. Czogalik (Eds.), *Was wirkt in der Psychotherapie?: Zur Kontroverse um die Wirkfaktoren* (pp. 407-412). Berlin: Springer.
- Valdés, N., Dagnino, P., Krause, M., Pérez, J.C., Altimir, C., Tomicic, A. y cols. (2010). Analysis of verbalized emotions in the psychotherapeutic dialogue during change episodes. *Psychotherapy Research, 20*, 136-150.
- Wampold, B., Imel, Z., Bhati, K. y Johnson-Jennings, M. (2007). Insight as a Common Factor. In L. Castonguay y C. Hill (Eds.). *Insight in Psychotherapy* (pp. 119-140). Washington: American Psychological Association.

Recibido: 2-7-12
Aceptado: 3-10-12

Abstract: The relevance of patients' change over the course of psychotherapy is relevant. This article examines change episodes of four successful therapeutic processes, from two perspectives of change; one of them is Subjective Theory and the other is the Integration Therapeutic Focus, the first decanted into a list of Generic Change Indicators (IGC) and the second model in the Heidelberg Structural Change Scale (HSCS). In this study these two ways to evaluate change process are compared, confirming that this process occurs in an irregular but progressive trend and that there is a relationship between these two models when evaluating change.