

EL ESTUDIO DEL CAMBIO EN PSICOTERAPIA: DESAFÍOS CONCEPTUALES Y PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

THE STUDY OF CHANGE IN PSYCHOTHERAPY: CONCEPTUAL CHALLENGES AND EMPIRICAL RESEARCH ISSUES

Gómez Penedo, Juan M.¹; Juan, Santiago²; Manubens, Rocio T.³; Roussos, Andrés J.⁴

RESUMEN

Introducción: A pesar de su obvio protagonismo, existe un escaso consenso en la forma de comprender y estudiar el cambio en psicoterapia. **Objetivos y estructura:** el presente trabajo ofrece una síntesis de las principales formas de conceptualizar y analizar el cambio en tratamientos psicoterapéuticos. Se describen tres conjuntos de problemas asociados con la temática, a saber: 1) los debates respecto a qué elementos debe modificar una psicoterapia, 2) los distintos esfuerzos y estrategias para medir el constructo "cambio", y 3) los diferentes criterios metodológicos para establecer si el cambio efectivamente ocurre en una psicoterapia. Se analiza cada eje tanto desde un punto de vista teórico como a la luz de los resultados de la investigación empírica. **Discusión:** Se presentan conclusiones del trabajo y se discuten las implicancias de la revisión efectuada para la práctica clínica y la investigación en psicoterapia.

Palabras clave:

Psicoterapia - Cambio - Mecanismos de cambio - Investigación empírica - Análisis teórico

ABSTRACT

Introduction: Although its importance in psychotherapy, there is a scarce consensus about how change must be understood and study. **Aims and structure:** this paper present a synthesis of the main ways of conceptualizing and analyzing change in psychotherapeutic treatments. We describe three types of challenges in this topic: 1) The debates about what its need to change by the therapy, 2) the strategies used to measure the "change" construct, & 3) the methodological criteria to establish if the change occurs. We analyze each of these axes from a theoretical point of view, and also based on the results of empirical research. **Discussion:** We present conclusions of the paper and discuss their implications for clinical practice and psychotherapy research.

Key words:

Psychotherapy - Change - Change mechanisms - Empirical research - Theoretical analysis

¹CONICET. Universidad de Buenos Aires (UBA), Dr. en Psicología, Becario Postdoctoral. E-mail: jmgomezpenedo@gmail.com

²Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología. Dr. en Psicología.

³Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología. Estudiante de grado.

⁴CONICET. Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología. Dr. en Psicología.

Introducción: objetivos y estructura del presente trabajo

Dentro del campo de la psicología clínica se han descrito más de 400 modelos psicoterapéuticos (ver, por ejemplo: Feixas y Miró, 1993). En ellos se proponen diversas teorías acerca del funcionamiento mental y sus formas patológicas, así como distintos recursos técnicos para abordar estas problemáticas. No obstante, como afirma Ogles (2013) todos estos modelos de psicoterapia, ampliamente heterogéneos, tienen en común un mismo objetivo: producir alguna modalidad de cambio en el paciente que consulta.

Desde ya que el tipo de cambio buscado no es el mismo en los distintos abordajes; cada modalidad tiene sus focos de cambio y su manera de conceptualizarlos. Pero todas las psicoterapias comparten la intención de lograr, mediante sus procedimientos, alguna modificación en la condición inicial del paciente. Por este motivo, el cambio se ha convertido en la principal medida de resultados, al momento de evaluar los efectos de la psicoterapia (Ogles, 2013).

A pesar del obvio protagonismo del cambio para la psicoterapia, y del crecimiento exponencial de su investigación en las últimas décadas; existe un escaso consenso en la forma de comprender el cambio y su nexos con los objetivos últimos de un tratamiento. Además, en la actualidad coexisten distintos debates metodológicos al momento de establecer las mejores formas de estudiarlo.

Dentro de este marco, el presente trabajo tiene el objetivo de sintetizar y discutir las diferentes formas de conceptualizar y estudiar el cambio en psicoterapia, brindando también un panorama general de las principales investigaciones empíricas sobre este tópico. Se describen tres conjuntos de problemas asociados al tema, a saber: 1) los debates respecto a qué elementos debe modificar una psicoterapia, 2) los distintos esfuerzos y estrategias para medir (operacionalizar) el constructo "cambio", y 3) los diferentes criterios metodológicos que pueden usarse para establecer si el cambio efectivamente ocurre en una psicoterapia. Se analiza cada eje tanto desde un punto de vista teórico como a la luz de los resultados de la investigación empírica. Finalmente, integrando los ejes analizados, se discuten las implicancias de la revisión efectuada para la práctica clínica y la investigación en psicoterapia. Este trabajo se inserta en un proyecto de investigación más amplio, orientado a analizar los procesos y mecanismos de cambio y su vínculo con el *feedback* terapéutico¹.

Mutatis mutandis: ¿Qué se busca cambiar a partir de una terapia?

Mutatis mutandis es una expresión latina, de amplio uso jurídico, cuyo significado es "cambiar sólo lo que se debe cambiar", manteniendo, a su vez, aquello que debe conservarse idéntico (Cisneros Farias, 2003). La psicoterapia,

como dispositivo, no busca lograr un conjunto de cambios inespecíficos, sino que apunta a lograr modificaciones en áreas determinadas y pre-establecidas, que mejoren las condiciones de vida de los pacientes. De esta forma, una de las primeras definiciones que debieron establecer los modelos psicoterapéuticos fue el *Mutatis mutandis* de su práctica. En otras palabras, qué cosas debían cambiar los pacientes para mejorar su condición clínica.

Cambios priorizados por diferentes marcos teóricos.

A lo largo de la historia, los modelos terapéuticos han planteado diferentes objetivos de cambio hacia los cuales se direccionaban los abordajes. A su vez, las teorías terapéuticas han establecido condiciones que deben lograrse en el paciente, al modo de pasos intermedios, para alcanzar estos objetivos (denominados mecanismos de cambio; Doss, 2004). Como afirman Krause y Altimir (2016), estos mecanismos de cambio pueden ser intrapsíquicos, es decir, acontecer en el paciente o también pueden suceder dentro de la díada paciente-terapeuta. Estos cambios involucran, a su vez, la trayectoria del mecanismo dentro del proceso terapéutico. A continuación, se efectuará una síntesis de lo que las principales "familias" de escuelas en psicoterapia priorizan como objetivos y mecanismos de cambio.

Dado que recorrer la enorme extensión de desarrollos teóricos escapa a los límites de nuestro trabajo, sólo apuntamos a una muy breve síntesis que sirva de visión ordenadora de conjunto. Para ello, en cada caso, apelamos a los primeros referentes de cada modelo (autores clásicos como Freud, Beck y Watzlawick, etc.) y, a su vez, a algunos autores contemporáneos, que permitieran dar una perspectiva histórica y a su vez actual, de la visión del cambio según cada marco teórico. Debido a que algunos modelos como el psicoanalítico o el cognitivo-conductual, tienen muchas manifestaciones diferenciales, que serían imposibles de abarcar en un trabajo de esta naturaleza, nos hemos circunscripto a descripciones generales de los mismos, sin la intención de realizar un desarrollo exhaustivo pormenorizado en cada uno de ellos.

El cambio desde una perspectiva psicoanalítica.

Desde los principios de su práctica, en Freud se pueden ubicar dos objetivos fundamentales del tratamiento psicoanalítico. En primer lugar, que la enfermedad no persista ni retorne, lo que implicaría una desaparición, sostenida en el tiempo, de los síntomas que aquejan al paciente (Freud, 1904/2001). En segundo lugar, que los pacientes logren cambios que les permitan restablecer sus capacidades de "rendimiento" en términos laborales y productivos, y de "gozar" a partir de su vida cotidiana (Freud, 1904/2001, p.241). Estos criterios de salud, van a acompañar a Freud a lo largo de toda su obra. En uno de sus últimos textos, Análisis terminable e interminable, Freud reafirma esta idea, definiendo a la práctica analítica como el acto de "liberar a un ser humano de sus síntomas neuróticos, de sus inhibiciones y anormalidades de carácter (Freud, 1937/2001, p. 219)".

¹Subsidio UBACyT 20020160100094BA "La percepción del paciente sobre el cambio en psicoterapia parte II. Evaluación de un dispositivo de *feedback* para terapeutas y su efecto sobre la alianza terapéutica y los resultados del tratamiento", programación 2017-2019.

No obstante, los cambios que se consideraban necesarios para alcanzar dichos objetivos últimos, sufrieron importantes modificaciones a lo largo de la obra Freudiana. En una primera etapa, Freud (1917/2001) afirma que el foco fundamental del psicoanálisis se centra en “cancelar las resistencias internas para modificar la vida anímica del paciente”. (Freud, 1917/2001, p. 410). Una vez llenadas todas las lagunas *mnésicas* y registradas las oportunidades en que la represión ejerció su efecto, el análisis podía darse por terminado (Freud, 1917/2001, p. 412). En una segunda etapa, Freud (1937/2001) sostiene que el trabajo analítico oscila constantemente entre dos objetos de análisis: el ello y el yo. Se mantiene la idea de hacer consciente elementos (inconscientes) del ello, pero con esto no alcanza; el análisis debe también “corregir” algo en el yo (Freud, 1937/2001, p.240). En este sentido, la última fase de las teorizaciones freudianas permiten pensar en el restablecimiento de las funciones yoicas y su autonomía como un mecanismo de cambio del tratamiento (Freud, 1926/2001). También como plantea Bleichmar (1976), a partir de la segunda tónica freudiana, el psicoanálisis no buscó solamente hacer consciente lo inconsciente, sino desarrollar un proceso de reelaboración de significados. El fenómeno curativo operaría, así, por una reorganización conceptual, que redundaría en una resignificación de la experiencia (Bleichmar, 1976). En relación a este punto, vale la pena resaltar el modelo de indicadores genéricos de cambio desarrollado en Chile por Krause, Altimir, Pérez y De La Parra (2015), que comparte el espíritu de la idea presentada por Bleichmar, aunque desde una perspectiva trans-teórica. Krause y equipo sostienen que a partir de la terapia se producen una serie de transformaciones subjetivas en el paciente, en relación a su forma de interpretar la experiencia, que derivan en modificaciones a nivel conductual y emocional (Krause et al., 2015). Según los autores, dichas modificaciones subjetivas representarían un mecanismo de cambio común a los distintos abordajes psicoterapéuticos y no solo a los psicoanalíticos.

Volviendo a los desarrollos específicos en el marco del psicoanálisis, autores posteriores, ya insertos en el amplio campo de la psicoterapia psicoanalítica, plantearon que los mecanismos de cambio de una terapia basada en el psicoanálisis, se movían entre el polo del cambio estructural y la integración del conflicto inconsciente reprimido, y el polo de una reorganización acotada y parcial de la estructura psíquica, en búsqueda de cambios sintomáticos relevantes. Dichos polos conforman lo que hoy se conoce como el continuo de “apoyo-expresivo” en terapias dinámicas (ver, por ejemplo: Fiorini, 2002; Kernberg, 2001). Así, un énfasis en lo expresivo recupera la tradición freudiana de interpretar significados ocultos, favoreciendo la expresión de conflictos del paciente; mientras que un énfasis en el apoyo marcaría una línea estratégica orientada al sostén y restauración de funciones estructurales dañadas (para una síntesis actual ver: Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008). Ambos extremos en este continuo marcan un espectro de mecanismos de cambio posibles para la psicoterapia psicoanalítica actual. Por otra parte, recientemente se ha creado un modelo de análisis grupal para

evaluación del cambio en tratamientos psicoanalíticos denominado El Modelo de los Tres Niveles (3-LM; Bernardi, 2015). Mediante grupos de un máximo de 15 personas y con espacios de debates de entre 10 a 12 horas, este modelo plantea evaluar tres facetas del cambio de un tratamiento, a partir de las narrativas de los terapeutas y sus viñetas del caso. Los tres niveles que evalúa este modelo son (i) la descripción fenomenológica de las transformaciones, (ii) La identificación de las principales dimensiones diagnósticas del cambio psicodinámico y (iii) El testeo de hipótesis explicativas del cambio.

Psicoterapia cognitiva estándar y mecanismos de cambio.

La terapia cognitiva estándar, desde sus inicios, se centró en la modificación de “síntomas objetivos y específicos” como meta de la terapia (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979, p. 14). Estos síntomas son conceptualizados por Beck y colaboradores (1979) como quejas habituales de los pacientes, al iniciar la terapia, que pueden plantearse como problemas resolubles mediante un abordaje cognitivo. A modo de ejemplo, algunos de los síntomas que presentan los autores son la tristeza, vergüenza, cólera, ansiedad, culpabilidad, entre otros.

En un primer momento del tratamiento, la terapia cognitiva estándar apunta a modificar las distorsiones lógicas que llevan al paciente a conductas y emociones desadaptativas, que configuran los síntomas del paciente (Beck y Weishaar, 1989). Estas distorsiones lógicas son distintos errores en el procesamiento de la información, tales como inferencias arbitrarias o pensamientos dicotómicos, que pueden hacer surgir y mantener diferentes tipologías de sintomatología psiquiátrica (Beck et al., 1979).

Según afirma Judith Beck (2011), una vez que las personas aprenden a analizar sus propias cogniciones y pensamientos de una manera más realista y adaptativa, surgen las mejorías en las dimensiones emocionales y conductuales, en términos de alivio sintomático.

Conforme la terapia avanza y los síntomas del paciente comienzan a disminuir, el objetivo del tratamiento muta. La terapia debe enfocarse, a continuación, en modificar las creencias y supuestos incorrectos del paciente, que lo llevan a realizar sesgos sistemáticos en el pensamiento (Beck et al., 1979; Beck y Weishaar, 1989). Los cambios en estos patrones y supuestos nucleares, permitirán evitar potenciales recaídas del paciente (Beck et al., 1979).

Es así que en esta segunda etapa, según Judith Beck (2011), los terapeutas deben trabajar en un nivel más profundo de cogniciones. Al modificar las creencias nucleares que los pacientes tienen respecto de los otros, del mundo y de ellos mismos, es como se van a poder producir modificaciones conductuales y emocionales más duraderas. En este punto Keegan (2007) afirma que, globalmente, el cambio principal que debe hacer una terapia cognitiva es que el paciente pueda incorporar una forma más flexible de ver la realidad, en contraste con las formas de significar el mundo, que durante su biografía, le han generado diversos problemas.

El cambio en psicoterapia desde la perspectiva sistémica.

En la terapia sistémica se apunta a producir cambios en los síntomas o problemas individuales de los pacientes, pero desde un enfoque diferente. Minuchin (1974) afirma que los síntomas o problemas de un paciente (*paciente identificado*), que llevan a una familia a consultar, son elementos que operan al servicio del mantenimiento de una estructura familiar rígida y estereotipada. Por ende, los síntomas individuales de los pacientes no son comprendidos como problemas exclusivamente de ellos, sino como emergentes de disfunciones a nivel familiar. La terapia sistémica apuntará, entonces, a producir modificaciones a nivel de la estructura familiar (denominadas *transformaciones*), para que ellas redunden en modificaciones en la experiencia personal de cada uno de sus miembros y, por consiguiente, en sus conductas y procesos psíquicos internos (denominadas *cambios*). Si bien las modificaciones se producirán en todos los integrantes de la familia, ayudarán particularmente al paciente identificado, facilitándole el corrimiento de dicha posición y la merma de sus síntomas (Minuchin, 1974).

Watzlawick, Weakland y Fisch (1976), por su parte, identificaron dos tipos de cambios en los sistemas. Aquellos que denominan cambios de tipo 1, que son modificaciones que se producen dentro un sistema dado, y que en vez de modificar la estructura del sistema, tienden a hacerla perdurar. Y, por contraposición, los cambios de tipo 2, que implican cambios estructurales en dichos sistema. Según los autores, los cambios de tipo 1 son soluciones intentadas por los sistemas para sobrellevar ciertos desafíos, que tienen un doble efecto paradójico: obstaculizan el cambio del sistema y perpetúan el problema que intentan solucionar. Es por eso que el verdadero cambio al que deberían apuntar las terapias sistémicas es el cambio de tipo 2, es decir, "un cambio del cambio" (Watzlawick et al., 1976, p.31), que libere al sistema de la trampa paradójica en la que se encuentra debido a las soluciones intentadas, que encarnan los cambios de tipo 1. Como explica Wainstein (2006) las terapias sistémicas buscan intervenir en estos circuitos, con foco en la comunicación y la conducta, a fin de generar cambios saludables en los sistemas humanos.

El cambio desde la psicoterapia humanístico-existencial.

Por último, a diferencia del psicoanálisis, la terapia cognitivo-conductual y la terapia sistémica, los modelos humanístico-existenciales no tienen su foco principal en la modificación de la sintomatología y sus consecuencias funcionales en la vida cotidiana, sino que centran sus objetivos de cambio en la existencia del hombre y el sentido de su vida. Así vemos ejemplos como la logoterapia, elaborada por Viktor Frankl (1946), que busca cambios de naturaleza existencial en los pacientes, para que puedan desarrollar vidas dotadas de sentido. De esta forma, la logoterapia busca lograr que el paciente pueda, en primera instancia, sobrellevar su crisis existencial y, de esa manera, orientarse a buscar un sentido para su vida. En segundo término, este abordaje busca que el paciente encuentre un sentido, que proporcione un valor cierto a su existencia (Frankl, 1946). Este objetivo de cambio, es el

fin último de la terapia creada por Frankl, aunque su consecución conllevará, según el autor, a cambios también a nivel de la conducta del paciente (hacia una conducta consistente con el sentido de su vida) y a la posibilidad de sobrellevar las patologías que lo aquejan con modificaciones a nivel sintomático (Frankl, 1946).

¿Cómo medir los cambios una vez definidos?:

Estrategias de operacionalización del cambio psicoterapéutico

La sección anterior deja en claro la gran diversidad de mecanismos de cambio (Doss, 2004) que los diferentes modelos terapéuticos proponen. Así, las distintas variaciones de este camino trazado entre procedimientos clínicos, mecanismos de acción y cambios esperados, explican la diversidad teórico-técnica al momento de abordar y pensar el cambio en psicoterapia.

Dentro de este contexto, el establecimiento de una dimensión de cambio para medir los resultados de una terapia implica, a su vez, la complejidad de definirla operacionalmente, abriendo las puertas hacia un estudio empírico del evento. Desde ya que el contenido del cambio que se quiera evaluar, a partir de sus características particulares, implica distintos niveles de complejidad posibles (Strupp, 2013). No es lo mismo estudiar si persiste el insomnio en un paciente, que determinar si un sujeto ha encontrado un sentido para vivir en consonancia con sus valores más íntimos. En la sección siguiente se abordará este problema vinculado con la medición del cambio terapéutico.

En continuidad con la heterogeneidad de objetivos de cambio que puede tener una terapia, existe una amplia heterogeneidad de posturas respecto de cómo deben evaluarse esos cambios. Con el paso de los años se han diseñado y acumulado diversas estrategias para operacionalizar modificaciones terapéuticas, que en la actualidad conviven en la práctica e investigación clínica, en un verdadero crisol de metodologías para evaluar el cambio.

En lo que sigue se apelará al trabajo de Benjamin Ogles (2013), "*Midiendo el cambio en psicoterapia*", como fuente principal para delimitar el recorrido histórico por las distintas estrategias de operacionalización del cambio en psicoterapia. El autor plantea que las primeras formas de medición del cambio fueron a partir de las impresiones de los terapeutas respecto de los resultados. Ogles (2013) menciona el ejemplo de los datos recabados en la década del 1920 en el Instituto Psicoanalítico de Berlín (Bergin, 1971), en donde psicoanalistas, revisando archivos y notas de las sesiones, debían clasificar a los pacientes en base a impresiones cualitativas en cuatro categorías: curados, con mejoría importante, con una mejoría, o no curados.

Más adelante, se desarrollaron métodos estandarizados para medir el cambio, desde la perspectiva del terapeuta, pero mediante metodologías dotadas de mayor rigurosidad. Uno de los primeros esfuerzos en este sentido, fue el trabajo de Knight (1941), quién propuso cinco criterios específicos para que los terapeutas analizaran en sus pacientes, al momento de medir el cambio: recuperación sintomática, aumento de productividad, mejorías en la vida sexual, me-

orías en sus relaciones interpersonales y haber logrado niveles de *insight* que le permitan sobrellevar conflictos psicológicos y estrés cotidianos (Knight, 1941).

A partir de las críticas metodológicas a esta estrategia, debido a que utilizaba la visión de los terapeutas para evaluar la eficacia de sus propias prácticas, surgieron medidas estructuradas para analizar el cambio mediante la perspectiva del paciente. Asimismo, frente a los posibles sesgos que podrían existir al evaluar el cambio mediante el auto-reporte de los pacientes, surgieron medidas basadas en la observación de jueces externos, para evaluar indicadores de cambio en las sesiones (Krause et al., 2015). A su vez, se han desarrollado y utilizado instrumentos de evaluación psicodiagnóstica, como es el caso del Rorschach, para evaluar el cambio, comparando características de personalidad de los pacientes, al inicio y al final de los tratamientos (Weiner y Exner, 1991).

Por otra parte, mientras que las primeras medidas de resultado evaluaban el cambio de los pacientes en forma global, con el paso del tiempo se fueron desarrollando instrumentos de medición más específicos para las problemáticas de los pacientes. Mediante procedimientos tales, se pudo empezar a establecer si un paciente que tenía un diagnóstico determinado, al principio de una terapia, seguía contando con aquellos criterios diagnósticos al culminarla.

A su vez, al principio las medidas de cambio se encontraban estrechamente vinculadas a las terapias y modelos teóricos particulares, hasta que empezaron a crearse métodos menos acotados a la especificidad teórica de un marco, intentado evaluar cambios comunes que podían acontecer en distintos abordajes.

En los últimos años se ha revalorizado, a su vez, la evaluación del cambio mediante la indagación de la experiencia fenomenológica del paciente, a través de entrevistas en profundidad y análisis cualitativos de las mismas, al finalizar la terapia (Altimir et al., 2010; Olivera, Braun, Gómez Penedo y Roussos, 2013).

El análisis del cambio como estrategia para saldar la brecha entre la clínica y la investigación. Históricamente se ha documentado una brecha marcada entre los esfuerzos y discursos de la psicología clínica y la investigación (Castonguay, Barkham, Lutz y McAleavey, 2013). En síntesis, se sostiene que los clínicos no consumen las producciones de los investigadores y que los investigadores poseen sus propias agendas, sin darle importancia a las inquietudes de los clínicos.

Definitivamente, el análisis del cambio y los efectos de la terapia no son ajenos a este divorcio entre clínicos e investigadores (McWilliams, 2017). Sin embargo, las estrategias diseñadas para medir el cambio y sus mecanismos, representan el ejemplo de un ámbito común de interés entre investigadores y clínicos, ya que ambos actores desean saber si los pacientes responden o no una terapia. Si bien los propósitos que explican este deseo son diferentes en cada caso (para los clínicos esa información tiene un fin terapéutico, mientras que para los investigadores sirve para crear modelos que expliquen su variabilidad) la existencia de instrumentos válidos y confiables para medición

del cambio no solo beneficia a ambas partes, sino que también brinda un contexto ideal para el desarrollo de espacios de interacción y producción conjunta entre clínicos e investigadores, saldando la brecha (Constantino, Coyne y Gomez Penedo, 2017). Tomando al análisis del cambio y sus mecanismos, se podrían desarrollar modelos como los de la Investigación Orientada a la Práctica (POR, por su sigla en inglés; Castonguay et al., 2013), que involucran grupos de trabajo de investigadores y clínicos dedicados a producir piezas de información que al mismo tiempo tengan un fin terapéutico y académico. A estos fines es necesario que existan instrumentos validados en el ámbito donde se desean desarrollar estos esfuerzos conjuntos.

Instrumentos de medición del cambio disponibles en la región. A continuación se presentarán algunas recomendaciones de instrumentos para evaluar el cambio y mecanismos de cambio, validados en Latinoamérica, buscando realizar un aporte a los clínicos, a los investigadores y a la potencial creación de espacios de interacción entre ambos.

Si bien en sus orígenes, las primeras formas de medición del cambio recaían sobre la figura del terapeuta, en la actualidad no se recomienda utilizar esa fuente para evaluar el cambio frente a posibles sesgos (Ogles, 2013). Por ello, en este apartado solo presentaremos recomendaciones para medir el cambio desde la perspectiva del paciente o a partir de jueces independientes.

Dentro de las medidas de auto-reporte del paciente para evaluar el cambio, en la región se encuentran validados diversos instrumentos con objetivos diferentes: instrumentos de evaluación general de la severidad como el Cuestionario de Resultados 45 (von Bergen y de la Parra, 2002)², medidas puramente sintomatológicas como el Inventario de Síntomas 90 (Casullo y Perez, 2008) y medidas de dificultades interpersonales como el Inventario de Problemas Interpersonales (Maristany, 2005). También existen instrumentos validados para medir sintomatología específica como puede ser ansiedad (Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo; Acuña, 2010) o depresión (Inventario de Depresión de Beck II; Contreras-Valdez, Hernández-Guzmán y Freyre, 2015).

En cuanto a formas de evaluar el cambio mediante observadores externos, los instrumentos disponibles son más escasos. Entre ellos cabe destacar al modelo de indicadores genéricos de cambio ya citado de Krause y colaboradores (2015) y el modelo clásico del Ordenamiento-Q del Proceso (PQS, Roussos, 2001). Además de estos esfuerzos transteóricos, existen también instrumentos diseñados desde perspectivas teóricas particulares, como pueden ser los también ya citados OPD-2 y 3-LM, desde los modelos psicoanalíticos.

²En cada uno de los instrumentos recomendados se presentan solamente las citas de sus validaciones en países Latinoamericanos.

Metodologías para determinar si el cambio buscado ha ocurrido

Como se mencionó más arriba, las primeras formas de ponderar el cambio en psicoterapia eran evaluar, al final del tratamiento, cómo estaban los pacientes desde la perspectiva de los terapeutas. Posteriormente, con el surgimiento de medidas de auto-reporte para los pacientes y métodos de evaluación mediante jueces externos, se empezaron a incorporar medidas antes de la terapia (conocidas como línea de base o pre-test) que luego eran repetidas al finalizar el tratamiento (post-test) y comparadas (Ogles, 2013). La diferencia entre la medida inicial y la final, es lo que conceptualmente se consideraría como el cambio producido por medio del abordaje.

No obstante, podían existir pacientes que habían cambiado espontáneamente, sobre representando los cambios atribuidos a la psicoterapia (Nathan, Stuart y Dolan, 2002). De esta forma, se empezó a comparar la evolución de pacientes que realizaban psicoterapia con otros que, contando con condiciones psicopatológicas similares, no realizaban ningún tratamiento (grupo de control o comparación). A continuación, se conducían procedimientos estadísticos para observar si existían diferencias en el cambio alcanzado por ambos grupos. Para ello se utilizaban criterios de *significancia estadística*, los cuales permitían determinar si las diferencias observadas entre los grupos podían ser consideradas reales o, en cambio, ser atribuidas al azar (Kraemer et al., 2003). Si bien esta metodología estadística, es la que más proliferación ha tenido en la investigación clínica y, sus resultados y estrategias, han servido como base fundamental para el desarrollo y crecimiento de la psicoterapia y su estudio empírico, en las últimas décadas se han acumulado una serie de críticas respecto a sus alcances.

En un trabajo pionero, Jacobson y Truax (1991) argumentaron que el hecho de que los pacientes de una terapia se diferenciaban significativamente de un grupo de control, no daba una medida de la magnitud de esa diferencia ni de su importancia desde una perspectiva clínica. Los pacientes podían diferenciarse de manera confiable, y dicha diferencia ser muy pequeña o no tener ninguna relevancia clínica. Además, los autores sostuvieron que esta forma de medir el cambio no aportaba información sobre la mejoría individual de los pacientes, sino únicamente de los grupos.

Jacobson y Truax (1991) identificaron en el cálculo de *tamaños de efecto* entre los grupos de pacientes y grupos de control, a uno de los primeros intentos de superar las limitaciones del mero establecimiento de la significancia estadística. Para el cálculo de estos efectos diferenciales, se utilizaron fórmulas como la del estadístico *d* de Cohen (1988) en donde las diferencias entre los dos grupos son ponderadas en función de su desviación estándar. Estas estrategias permitieron establecer, no solo si los grupos de psicoterapia se diferenciaban de los grupos de control, sino también en qué medida lo hacían (Jacobson y Truax, 1991). Kirk (1996) denominó a estos procedimientos criterios de *significancia práctica*, en tanto permitían tomar decisiones para la práctica, en base a parámetros científi-

cos, para la interpretación de esas diferencias.

A pesar de reconocerlas como un avance, Jacobson y Truax (1991) plantearon que las medidas de tamaño de efecto, contaban con muchas de las mismas limitaciones que la significancia estadística: no analizaban cambios individuales entre los pacientes y solo establecían magnitudes de diferencia, sin criterios para valorar su impacto clínico. La observación de estas falencias dio lugar a desarrollos que apuntaron al establecimiento de criterios de *significancia clínica* de los resultados de una terapia. Estas metodologías establecen criterios *a priori* acerca de cómo tiene que terminar un paciente en terapia, para ser considerado un tratamiento exitoso. El modelo clásico de significancia clínica de Jacobson y Truax (1991) establece dos condiciones necesarias: 1) que el paciente logró un cambio lo suficientemente grande, como para ser considerado, desde el punto de vista estadístico, confiable; 2) que el paciente, al finalizar la terapia, se encuentre más cerca de la media de funcionamiento de la población normal que de la población patológica (en la dimensión seleccionada para la medida de cambio). Aquellos pacientes que cumplen ambos criterios han logrado un cambio clínicamente significativo y pueden ser conceptualizados como *recuperados*. La significancia clínica permite, entonces, valorar casos individuales y, por ende, permite un análisis singular de los resultados de la terapia, evaluando cambios *intra-sujeto* y no solo cambios *inter-sujeto* (comparación de grupos).

Además de la información que puede aportar la comparación de puntajes pre-tratamiento y post-tratamiento, en la que se basaron fuertemente los modelos de significancia clínica, algunos autores plantearon la necesidad de evaluar toda la trayectoria de cambio que se producía durante el abordaje (Tschacher y Ramseyer, 2009). La evaluación de los resultados mediante dos medidas, una al inicio y otra al final del tratamiento, no permitía divisar cómo fue la trayectoria del cambio durante todo el abordaje. Solo se contaba, en estos casos, con un indicador de salida y de llegada, pero no se podía saber cómo había sido el recorrido de evolución de la variable. A partir de estos argumentos, algunos autores han sostenido la necesidad de establecer medidas repetidas, a lo largo de todo el tratamiento, de las variables que son utilizados como medida de cambio (Ramseyer, Kupper, Caspar, Znoj y Tschacher, 2014). Esta posición sostiene el establecimiento de modelos individuales de evolución como un recurso para dar cuenta no solo de la magnitud del cambio y su valoración, sino también de cómo se produjo ese cambio, en términos de trayectorias. Para ello se utilizan modelos estadísticos orientados a estudiar, simultáneamente, tendencias de cambio en los pacientes y en la muestra, como los modelos de curva de crecimiento (Gómez Penedo, Muiños y Roussos, 2017; Raudenbush y Bryk, 2002).

El estudio del cambio desde la investigación empírica

En el año 1977, Smith y Glass sintetizaron los resultados de 375 investigaciones que comparaban tratamientos psicoterapéuticos con grupos de control, realizando así el primer meta-análisis del que se tiene registro en la historia

de las ciencias. Los autores encontraron, a través de este procedimiento estadístico innovador, evidencia robusta de que la psicoterapia es un tratamiento eficaz, es decir, produce un nivel de cambio positivo mayor al de la remisión sintomática espontánea. Smith y Glass (1977) reportan que la terapia tiene un tamaño de efecto de .68, lo que equivale a decir que el paciente medio de psicoterapia, al finalizar el tratamiento, se encuentra mejor que el 75% de los sujetos que, contando con sintomatología equivalente, no realizaron terapia. Según criterios de Cohen (1988), ese tamaño de efecto debería interpretarse como un tamaño de efecto medio.

A partir de este meta-análisis, y de sucesivas replicas y actualizaciones, al día de hoy la psicoterapia es considerada una práctica eficaz para el abordaje de las patologías mentales, en base a los cambios terapéuticos que produce en sus pacientes, superando significativamente a la ausencia de tratamiento, al efecto placebo e incluso, en algunas patologías, a diversos abordajes farmacológicos (Wampold, 2001; Lambert, 2013). Al día de hoy se considera que en 2 de cada 3 pacientes la psicoterapia funciona, mejorando significativamente su condición (Lambert, 2013). Estos resultados de la terapia superan el tamaño del efecto de muchas prácticas médicas prestigiosas y ampliamente difundidas como las angioplastias, la administración de beta-bloqueantes, la vacuna para la gripe y la operación de cataratas, entre otras (Wampold, 2007).

Discusión

A modo de una revisión teórica, sintetizando los aportes de diversas propuestas conceptuales e investigaciones empíricas, el presente trabajo tuvo el objetivo de describir las distintas conceptualizaciones y metodologías involucradas en el estudio del cambio en psicoterapia. Se organizó el análisis del tema en base a tres conjuntos de problemas: 1) los debates respecto a qué elementos debe modificar una psicoterapia para diferentes modelos teóricos, 2) los distintos esfuerzos y estrategias para medir el constructo "cambio", y 3) los diferentes criterios metodológicos que pueden usarse para establecer si el cambio efectivamente ocurre en una psicoterapia.

El estado del arte muestra un consenso generalizado en ubicar a las modificaciones a nivel de la sintomatología y a las problemáticas funcionales (funcionamiento social, interpersonal, capacidad de ocio, entre otras) como los principales objetivos de cambio en diferentes marcos teóricos. Modelos como los psicoanalíticos, cognitivo-conductuales y sistémicos, consideran que debe observarse una merma en dichas formas de malestar en los pacientes para que el tratamiento pueda ser interpretado como exitoso. Alguna variabilidad en esta postura, se encuentra en los tratamientos humanista-existenciales. En éstos, la merma de malestar sintomático o la mejoría del funcionamiento interpersonal se ven supeditadas a la consecución de un objetivo de cambio considerado más trascendente, vinculado con la construcción de una vida significativa, en el marco en un proyecto vital valioso para los sujetos que consultan.

A pesar del acuerdo general en algunos modelos, respec-

to de cuáles deben ser los cambios últimos que debe buscar la terapia en el paciente, los mecanismos a través de los cuáles esos cambios se consiguen han sido uno de los puntos de mayor disidencia entre los distintos marcos teóricos. Así, el campo de la psicología clínica carece de un consenso respecto de cuáles son sus mecanismos de cambio.

Yendo a los distintos esfuerzos y estrategias para medir el cambio, la gran diversidad de metodologías e instrumentos para estudiar este constructo plantea un desafío en torno a la selección de los más adecuados para incluir tanto en la clínica como en la investigación. En este sentido, en consonancia con las ideas de Ogles (2013), creemos en la importancia de incorporar diferentes visiones (terapeuta, paciente y observadores externos), diferentes indicadores (globales y específicos de cuadros psicopatológicos), y diferentes instrumentos (algunos fuertemente afianzados en los marcos teóricos de los tratamientos que se aplican, y otros trans-teóricos que favorezcan la integración clínica y conceptual). Si bien esta situación ideal plantea problemas de viabilidad en nuestro medio, vinculados con la necesidad de reducir la carga de esfuerzo sobre los pacientes y terapeutas, y con los escasos recursos con los que cuentan los sistemas clínicos y los investigadores (De la Parra, 2013), los autores de este trabajo estamos abocados a diferentes proyectos que buscan una evaluación múltiple del cambio, en el sentido antes descrito, tanto en psicoterapia psicoanalítica (Juan, Gómez Penedo y Roussos, 2017) como cognitiva (Roussos, Gómez Penedo y Muiños, 2016).

Otro punto analizado en este trabajo fue el referido a las metodologías estadísticas para analizar en qué medida el cambio en los pacientes ocurre durante un proceso terapéutico. Como señalan Gómez Penedo y Roussos (2012), el desarrollo de estrategias para su ponderación ha tenido una evolución acumulativa, coexistiendo al día de hoy en la mayor parte de los artículos científicos en la materia, medidas de significancia estadística, significancia práctica, significancia clínica y evaluación de trayectorias de cambio. No obstante, para la práctica clínica, las estrategias más novedosas – significancia clínica y el análisis de trayectorias individuales – son las que podrían tener mayor aplicabilidad (Gómez Penedo et al., 2017). La incorporación de ambas medidas a la práctica asistencial, podría facilitar un seguimiento de la evolución del paciente y la identificación de casos en donde el proceso terapéutico está funcionando más lento de lo esperado, no está produciendo cambios, o está llevando a un deterioro del paciente (Boswell, Kraus, Miller y Lambert, 2015).

Respecto de las evidencias globales sobre el cambio en terapia, que surgen de la investigación empírica, si bien resulta claro que la psicoterapia es un abordaje psicológico eficaz y efectivo para tratar patologías mentales (Wampold, 2001), un porcentaje importante de los pacientes no responde adecuadamente a este abordaje aún (Lambert, 2013). De esta manera, se observa un área de vacancia tanto científica como clínica, para dar cuenta de la razón por la que dichos pacientes no obtienen los efectos deseados a partir de una terapia y, a su vez, para intentar cam-

biar esas condiciones, buscando potenciar los resultados de estos tratamientos.

Conclusiones

Teniendo en cuenta la heterogeneidad de los mecanismos de cambio propuestos por los diferentes marcos teóricos, para poder evaluar la evolución de los pacientes podría ser valioso, desde un punto de vista clínico, incorporar a la práctica psicoterapéutica no solo instrumentos de monitoreo de los resultados (evolución sintomática, funcionamiento interpersonal, capacidad laboral, etc.), sino también de los mecanismos de cambio hipotéticos (ver, por ejemplo: Juan y Pozzi, 2016). De esta manera, se podría contar con información respecto de la consecución de los objetivos de la terapia, pero también del progreso en aquellos cambios que representan el camino hacia dichos objetivos (Doss, 2004, Krause et al., 2015, 2016). Desde la perspectiva de la investigación, piezas de información de esa naturaleza, abrirían la posibilidad de realizar estudios de mediación, buscando validar el rol de dichos mecanismos de cambio hipotéticos, una de las principales líneas de investigación clínica en la actualidad (Hayes, 2013).

Por otra parte, debido a la amplia gama de instrumentos para medir el cambio y los desafíos para su selección, consideramos como un derivado del recorrido realizado, la necesidad de triangular esfuerzos desde múltiples perspectivas y metodologías. Dado que nuestras condiciones en la región latinoamericana nos obligan a una selección más parsimoniosa de metodologías, consideramos que un aporte de la revisión efectuada en este artículo radica en ayudar a clínicos e investigadores locales en una selección afianzada en sus preguntas científicas y terapéuticas, y una mejor apreciación de las lógicas e instrumentos a utilizar para medir el cambio.

En cuanto a las metodologías estadísticas para analizar el cambio en los pacientes, el recorrido bibliográfico muestra la importancia de la incorporación de los últimos desarrollos al respecto, tales como los análisis de trayectorias y análisis de significancia clínica. La utilización de estas metodologías, no solo podrían producir una mayor robustez y valor clínico a los resultados de la investigación, sino que también podrían ser muy útiles para ser aplicados en la clínica. Por ejemplo, el análisis y estimación de trayectorias individuales podría servir para dar *feedback* a los terapeutas, un recurso valioso para aportar información relevante a los profesionales, sobre el desarrollo de la terapia (Boswell et al., 2015). De hecho, este trabajo de revisión, se inscribe en el marco de un proyecto de investigación más amplio, que tiene como uno de sus objetivos el estudio del *feedback* a terapeutas, mediante el monitoreo de la evolución general de los pacientes. El doble beneficio (científico y clínico) de la inclusión de estos modelos de análisis del cambio, favorecería una mayor integración de la clínica y la investigación, a partir de la posibilidad de desarrollar proyectos conjuntos. Los ya mencionados modelos POR (Castonguay et al., 2013), serían un contexto ideal en donde la medición y estimación del cambio, mediante abordajes estadísticos como los análisis de trayectorias, podrían implicar al mismo tiempo un aporte tanto a

la clínica como a la investigación. En este sentido, estas estrategias servirían para ir más allá de *trazar puentes* entre estas dos instancias habitualmente escindidas, pudiendo facilitar la creación de un *espacio común* de trabajo e interacción (Constantino et al., 2017). El artículo de Areas y colaboradores (2018) representa un ejemplo de un trabajo de esta naturaleza realizado en Argentina.

Podemos concluir que la psicoterapia se presenta como un tratamiento eficaz para patologías mentales, pero que el porcentaje de pacientes al que afecta positivamente, lejos está de ser el ideal (Lambert, 2013). Como una posibilidad para mejorar las respuestas a la psicoterapia, sería valioso que futuras líneas de investigación se dedicasen a explorar qué pasa con el porcentaje de pacientes que no cambian a partir de la terapia, especialmente en patologías que han mostrado tasas de mejoría globales más humildes (Lambert, 2013). ¿Dichos pacientes cuentan con características particulares que podrían limitar los efectos de la terapia? ¿Los terapeutas cometieron errores técnicos en esos procesos? ¿Sucedieron cosas a nivel relacional que pudieran explicar esa falta de éxito terapéutico? La tesis doctoral del primer autor de este trabajo es un esfuerzo en la dirección que marcan las preguntas científicas mencionadas (ver también: Olivera et al., 2013).

A modo de reflexión final, consideramos que el análisis y la revisión efectuados a lo largo de este trabajo pueden representar un aporte clínico, útil para la reflexión en los terapeutas respecto de los objetivos que buscan al ejercer una terapia y de las formas a las que apelan para evaluarlos. Al mismo tiempo, desde un punto de vista teórico, el presente artículo puede servir para trazar puentes entre diferentes visiones del cambio, creando modelos de interacción e integración. Por último, desde un ángulo empírico, creemos que este trabajo podría ayudar a fomentar el estudio sistemático del cambio en psicoterapia y sus procesos a nivel local, sentando las bases para futuras investigaciones en la materia. En definitiva, al ilustrar la complejidad y densidad que tiene el tema del cambio en psicoterapia, y presentar estrategias para su evaluación, buscamos ofrecer una breve visión de conjunto que pueda ser útil al clínico y al investigador, integrable también a la formación de grado y al entrenamiento de terapeutas.

REFERENCIAS

- Acuña, D.F. (2010). *"Evaluación de Ansiedad". Datos normativos del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo en Buenos Aires*. Tesina de grado, Universidad de Belgrano, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Altimir, C., Krause, M., de la Parra, G., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., ... Vilches, O. (2010). Clients', therapists', and observers' agreement on the amount, temporal location, and content of psychotherapeutic change and its relation to outcome. *Psychotherapy Research*, 20, 472–487.
- Areas, M., Roussos, A., Hirsch, H., Hirsch, P., Becerra, P., Gómez Penedo, J.M. (2018). *Evaluación de un dispositivo de investigación orientado a la práctica en el desarrollo de un sistema de feedback en psicoterapia*. Manuscrito en evaluación.
- Beck, J.S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). New York, NY: The Guilford Press.

- Beck, A.T., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford Press.
- Beck, A.T. y Weishaar, M.E. (1989). Cognitive therapy. En R.J. Corsini y D. Wedding (Eds.) *Current psychotherapies* (4th ed., pp. 285-320). Itasca, IL: F. E. Peacock Publishers, Inc.
- Bergin, A.E. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Bernardi, R. (2015). La evaluación de los cambios del paciente. El Modelo de los Tres Niveles (3-LM). *Revista de Psicoanálisis Y Psicoterapia*, 4, 1-16.
- Bleichmar, H. (1976). *La Depresión: Un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Boswell, J.F., Kraus, D.R., Miller, S.D. y Lambert, M.J. (2015). Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: Benefits, challenges, and solutions. *Psychotherapy Research*, 25, 6-19.
- Castonguay, L., Barkham, M., Lutz, W., y McLeavey, A. (2013). Practice-Oriented Research: Approaches and applications. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6ta ed., pp. 85-133). New Jersey: Wiley.
- Casullo, M. y Perez, A. (1999/2008). *El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis*. Facultad de Psicología UBA. Recuperado de: <http://www.fundacionforo.com/pdfs/inventario-desintomas.pdf>
- Cisneros Farias, G. (2003). *Diccionario de frases y aforismos latinos*. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Constantino, M.J., Coyne, A.E., y Gomez Penedo, J.M. (2017). Contextualized integration as a common playing field for clinicians and researchers: Comment on McWilliams. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27, 296-303.
- Contreras-Valdez, J.A., Hernández-Guzmán, L. y Freyre, M.A. (2015). Validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck II para adolescentes. *Terapia Psicológica*, 33, 195-203.
- De la Parra, G. (2013). Psychotherapy research in developing countries: The case of Latin America. *Psychotherapy Research*, 23, 609-623.
- Doss, B.D. (2004). Changing the way we study change in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 368-386.
- Feixas, G. y Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Fiorini, H. (2002) *Teoría y Técnica de Psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Frankl, V.E. (1946). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Editorial Herder.
- Freud, S. (1904/2001). El método psicoanalítico de Freud. *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Vol. VII, 237-242.
- Freud, S. (1917/2001). 28a Conferencia. La terapia analítica. *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Vol. XVI, 408-422.
- Freud, S. (1926/2001). Inhibición, síntoma y angustia. *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Vol. XX, 71-164.
- Freud, S. (1937/2001). Análisis terminable e interminable. *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Vol. XXIII, 211-254.
- Gómez Penedo, J.M., Muiños, R., y Roussos, A.J. (2017). *How to apply Hierarchical Linear Models for psychotherapy research? A step-by-step guide to understand, run, and report these analyses*. Manuscrito en evaluación.
- Gómez Penedo, J.M. y Roussos, A.J. (2012). ¿Cómo sabemos si nuestros pacientes mejoran? Criterios para la significancia clínica en psicoterapia: Un debate que se renueva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21, 173-190.
- Grupo de trabajo OPD (2006/2008). *Diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Barcelona, Herder.
- Hayes, A.F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis*. New York, NY: Guilford Press.
- Jacobson, N.S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Juan, S., Gómez Penedo, J.M., y Roussos, A. (2017). Proyecto de investigación: Foco terapéutico y mecanismos de cambio en un caso único de psicoterapia psicoanalítica. *Revista Diagnósis*, 14. En: <http://www.revistadiagnosis.org.ar/14.1/>
- Juan, S. y Pozzi, A. (2016). La importancia de la noción de "proceso" para la práctica clínica y la investigación en psicoterapia psicoanalítica. *Aperturas Psicoanalíticas*, 53. Disponible en: <http://www.aperturas.org/>
- Keegan, E. (2007) *Escritos de psicoterapia cognitiva*. Buenos Aires: Eudeba.
- Kernberg, O. (2001) *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Kirk, R.E. (1996). Practical significance: A Concept whose time has come. *Educational and Psychological Measurement*, 56, 746-759.
- Knight, R.O. Evaluation of the results of psychoanalytic therapy (1941). *American Journal of Psychiatry*, 98, 434-446.
- Kraemer, H.C., Morgan, G.A., Leech, N.L., Gliner, J.A., Vaske, J. J. y Harmon, R.J. (2003). Measures of Clinical Significance. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1524-1529.
- Krause, M. y Altimir, C. (2016). Introducción: desarrollos actuales en la investigación del proceso psicoterapéutico. *Estudios de Psicología*, 37, 201-225. <http://doi.org/10.1080/02109395.2016.1227574>
- Krause, M., Altimir, C., Pérez, J.C. y De la Parra, G. (2015). Generic change indicators in therapeutic processes with different outcomes. *Psychotherapy Research*, 25, 533-545. <http://doi.org/10.1080/10503307.2014.935516>
- Lambert, M.J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. En M.J. Lambert (Ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6ta ed., pp. 169-218). New Jersey: Wiley.
- Maristany, M. (2005). *Problemas en las relaciones interpersonales y Trastornos de la personalidad*. Tesis doctoral, Universidad de Belgrano, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- McWilliams, N. (2017). Integrative research for integrative practice: A plea for respectful collaboration across clinician and researcher roles. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27, 283-295.
- Minuchin, S. (1974). *Families & family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press. <http://doi.org/10.2307/350533>
- Nathan, P., Stuart, S. y Dolan, S. (2002). Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: Between Scylla and Charybdis. In A. Kazdin (Ed.), *Methodological issues and strategies in clinical research* (Third, pp. 505-546). Washington: American Psychological Association.

- Ogles, B.M. (2013). Measuring change in psychotherapy research. En M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6ta ed., pp. 134–166). New Jersey: Wiley.
- Olivera, J., Braun, M., Gómez Penedo, J.M. y Roussos, A. (2013). A qualitative investigation of former clients' perception of change, reasons for consultation, therapeutic relationship, and termination. *Psychotherapy, 50*, 505–516.
- Ramseyer, F., Kupper, Z., Caspar, F., Znoj, H. y Tschacher, W. (2014). Time-series panel analysis (TSPA): Multivariate modeling of temporal associations in psychotherapy process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*, 828–838. <http://doi.org/10.1037/a0037168>
- Raudenbush, S.W. y Bryk, A.S. (2002). *Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Roussos, A.J. (2001). *La inferencia clínica y la elaboración de hipótesis de trabajo de los psicoterapeutas: estudio empírico mediante el uso de técnicas de análisis de procesos terapéuticos*. Tesis doctoral, Universidad de Belgrano, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Roussos, A.J., Gómez Penedo, J.M. y Muñíos, R. (2016). A time-series analysis of therapeutic alliance, interventions, and client's clinical status in an evidence-based single-case study: Evidence for establishing change mechanisms in psychotherapy. *Psychotherapy Research*. Publicación on-line de avance. Disponible en: <http://doi.org/10.1080/10503307.2016.1174346>
- Smith, M.L. y Glass, G.V. (1977). Meta-Analysis of Psychotherapy Outcome Studies. *American Psychologist, 32*, 752–760.
- Strupp, H.H. (2013) The outcome problem in psychotherapy revisited. 1963. *Psychotherapy, 50*, 3-11.
- Tschacher, W. y Ramseyer, F. (2009). Modeling psychotherapy process by time-series panel analysis (TSPA). *Psychotherapy Research, 19*, 469–481.
- Von Bergen, A. y 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. *Terapia Psicológica, 20*, 161-176.
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE.
- Wampold, B.E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wampold, B.E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist, 62*, 857–873.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H. y Fisch, R. (1976). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Editorial Herder.
- Weiner, I.B., y Exner, J.E. (1991). Rorschach changes in long-term short-term psychotherapy. *Journal of Personality Assessment, 56*, 453–465.

Fecha de recepción: 13 de mayo de 2017

Fecha de aceptación: 20 de octubre de 2017