



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES /
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSTGRADO**

**CAMBIO PSICOTERAPÉUTICO DESDE DIFERENTES PERSPECTIVAS EN
ADOLESCENTES CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS**

Tesis para optar al grado de Magister en Psicología,

Mención Psicología Clínica Infanto Juvenil

ANA MARÍA CORTÉS DUQUE

**Profesor guía:
Claudia Milena Capella Sepúlveda**

**SANTIAGO DE CHILE
2016**

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO DE REFERENCIA TEÓRICO	7
2.1 Investigación en psicoterapia	7
Aspectos históricos de la investigación en psicoterapia	7
Investigación en psicoterapia desde diferentes perspectivas	12
2.2 Cambio psicoterapéutico y momentos de cambio	15
Cambio en psicoterapia	15
Momentos de cambio en psicoterapia	23
2.3 Depresión en adolescentes	32
Aspectos generales de la depresión en adolescentes	32
Intervención en depresión con adolescentes	33
Investigación cualitativa en depresión	37
3. MARCO METODOLÓGICO	41
3.1 Objetivos	41
Objetivo general	41
Objetivos específicos	42
3.2 Diseño	42
3.3 Técnicas de producción y recolección de datos	44
3.4 Muestra	46
3.5 Técnicas de análisis de datos	52
3.6 Aspectos éticos	54
4. RESULTADOS	56
4.1 Descripción de los casos	56
4.2 Categorías de análisis	61
4.3 Resultados de adolescentes	63
4.4 Resultados de terapeutas	74
4.5 Resultados de observadores externos	86

4.6 Análisis de las convergencias y divergencias entre las diferentes perspectiva.	105
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	109
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	124
7. ANEXOS	139
7.1 Indicadores Genéricos de Cambio (IGC)	139
7.2 Guion de entrevista paciente	140
7.3 Guion de entrevista terapeuta	143
7.4 Aprobación del comité de ética	148
7.5 Consentimientos de padres y cuidadores	150
7.6 Asentimientos de adolescentes	154
7.7 Consentimientos de terapeutas	158
7.8 Compromiso de confidencialidad editor y/o transcriptor	162
7.9 Convergencias y divergencias caso por caso	163

ÍNDICE TABLAS

Tabla 1. Características de los participantes y sus procesos terapéuticos.	49
Tabla 2. Puntajes BDI, YOQ y OQ de los pacientes	51
Tabla 3. Puntajes YOQ (adolescentes) y OQ (adultos)	51
Tabla 4. Puntajes BDI	52
Tabla 5. Categorías de análisis	62
Tabla 6. Episodios de cambio identificados en cada terapia	87
Tabla 7. Convergencias y divergencias entre las diferentes perspectivas	106

RESUMEN

El presente estudio se inserta en el proyecto Fondecyt número 1141179 “Experiencias de Éxito y Fracaso en Psicoterapia – Construcción de un Modelo Comprehensivo Multidimensional”, liderado por Mariane Krause Jacob. Particularmente este estudio tuvo como objetivo general caracterizar las convergencias y divergencias existentes sobre el contenido del cambio terapéutico visto desde las perspectivas de adolescentes con síntomas depresivos, sus terapeutas y observadores externos. La investigación se ajusta a una metodología cualitativa, desde el enfoque fenomenológico. Se estudiaron seis casos en los cuales se realizaron entrevistas semiestructuradas de seguimiento con el fin de conocer el contenido del cambio desde la perspectiva del adolescente y el terapeuta, contándose con un total de doce entrevistas. A su vez, el contenido del cambio desde la perspectiva del observador externo se estableció con la codificación de los episodios de cambio encontrados en las sesiones de psicoterapia video grabadas y transcritas. La información sobre el contenido de cambio desde las diversas perspectivas se examinó con el análisis de contenido, usando algunos principios de la Teoría Fundamentada como la codificación abierta. Las principales conclusiones a partir de los resultados obtenidos mostraron convergencia entre los adolescentes y terapeutas al incluir la efectividad de la terapia y la calidad del espacio terapéutico dentro de la evaluación global de la terapia; convergencia entre adolescentes y observadores externos en la relevancia que le dieron a los cambios intrapsíquicos, en contraste con los terapeutas que resaltaron los cambios comportamentales; y desde las tres perspectivas se puntualizaron los elementos que facilitaron dichos cambios que dependían del terapeuta y el paciente, pero se incluyeron escasamente los facilitadores del contexto externo o de la terapia.

1. INTRODUCCIÓN

En la historia de la investigación en psicoterapia, los estudios de la efectividad terapéutica han tenido tres grandes ramas de desarrollo: las investigaciones del proceso, las investigaciones de resultado y las investigaciones de los factores comunes (Braakmann, 2015). Muchas de dichas investigaciones buscaban esclarecer si la psicoterapia era útil para los pacientes y cuál de las orientaciones teóricas era la más efectiva. Diversos investigadores llegaron a la conclusión de que las terapias eran más efectivas que el no tratamiento, aunque sin saber qué diferenciaba a un enfoque teórico de otro; es decir, la diferencia en el resultado de varias psicoterapias no es tan marcada como se pensaba y existe una relativa equivalencia entre ellas (Lambert, 2011). En consecuencia, desde aquel momento el interés de los investigadores empezó a desplazarse a otros terrenos alejándose del deseo de justificar que la terapia en realidad funciona o que un particular dogma o enfoque es superior a otro (Greenberg, 1991).

Surgieron entonces las preguntas por cómo funcionaba la terapia, cómo se daba el cambio en ella y qué era lo que realmente cambiaba después de realizarla (Greenberg, 1991, 1999; Krause et al. 2006). Con el fin de poder abordar estos interrogantes, varios autores, como Elliott (1984,1985), Timulak (Timulak & Elliott, 2003), Greenberg (1991), Krause (2005; Krause et al., 2006; 2007), Gonçalves (Matos, Santos, Gonçalves, y Martins, 2009) entre otros, coincidieron en que la mejor manera de hacerlo era analizando las sesiones en segmentos de tiempo, dividiendo el proceso en pequeñas partes y estudiando aquellos momentos donde algo importante sucedía. Es así como ahora se sabe que estudiar los momentos de cambio es importante en la medida en que nos permite identificar qué es lo que funciona en la psicoterapia y ayuda al mejoramiento de las intervenciones clínicas, según Elliott y Shapiro (1992) estos momentos son “ventanas hacia el interior del proceso de cambio en psicoterapia” (citado en Krause, 2005, p.37).

A partir de esto, las investigaciones actuales con adultos se han interesado por identificar eventos relevantes para el cambio, encontrándose desde lo práctico que este no es simplemente un constructo teórico o de la investigación, sino que los episodios de cambio existen tanto para el paciente como para el psicoterapeuta y pueden ser identificados por un observador (Krause, 2005).

Algunos de los casos en los cuáles se han estudiado los eventos de cambio son los pacientes con depresión (Mendes et al., 2010; Ribeiro, Gonçalves, Silva, Brás, y Sousa, 2015; Timulak y Elliott, 2003). Sin embargo, son extremadamente pocas las investigaciones con población adolescente con síntomas depresivos. Por ejemplo, en el estudio de Fernández González (2013) un 40% de la muestra del estudio tiene trastorno depresivo.

Con respecto a este grupo etario, es de suma importancia la investigación del trastorno depresivo dado que según la Organización Mundial de la Salud (2014) es considerado la principal causa de enfermedad y discapacidad en esta etapa de la vida, y a nivel mundial, la depresión es la principal causa de suicidio, que a su vez es el tercer motivo de muerte en adolescentes, convirtiéndose en una enfermedad de interés para la salud pública.

Teniendo en cuenta que además del deterioro funcional, el trastorno depresivo en los adolescentes puede tener secuelas, tales como mayor riesgo de presentar trastorno de conducta, trastornos de la personalidad, uso de alcohol y tabaco, abuso de drogas, conducta suicida, mayor riesgo de obesidad, comportamiento sexual de riesgo, embarazo temprano, relaciones sociales insatisfactorias y problemáticas, pobre desempeño y riesgo de deserción escolar y bajo rendimiento ocupacional, entre otros (Brent & Maalouf, 2009; Brent & Weersing, 2008; García, 2012; Goldmand, 2012; Jackson & Lurie, 2006), se hace necesario continuar investigando sobre intervenciones efectivas y qué elementos las hacen exitosas o no con pacientes adolescentes.

Por otro lado, son cada vez más los autores (Elliott, 1984, 1991; Greenberg, 1991; Krause et al, 2006; Midgley, Ansaldi & Target, 2013) que señalan la importancia de investigar no solo una visión del fenómeno, sino que se deben incluir varias perspectivas en la investigación en psicoterapia, enfatizando en que hay un gran cuerpo de investigaciones que se focalizan en lo observable, en mediciones cuantitativas y abordando amplias muestras, pero son pocos los estudios que exploran los significados personales sobre la psicoterapia y diagnósticos específicos, y menos aun las que integren la visión de varios participantes de tal manera que se pueda dar una comprensión holística del fenómeno. Por lo tanto, es necesario investigar más en este sentido.

Además de la valoración desde el terapeuta, se han ido extendiendo los estudios que contienen otros puntos de vista sobre la depresión: el paciente (Calderón Gómez et al., 2012; Danielsson, Bengs, Samuelsson, & Johansson, 2011; Oliffe, Robertson, Kelly, Roy, y Ogrodniczuk, 2010; Ridge & Ziebland, 2006), los proveedores de salud (Richardson, Lewis, Casey-Goldstein, McCauley & Katon, 2007), y los adultos representativos (Draucker, 2005), entre otros. Sin embargo, son pocas las investigaciones que integran varias visiones en un solo estudio.

Al respecto expresa Elliott (1984) que los eventos significativos además de que deben ser estudiados con detenimiento dada su complejidad y escasez, “con el fin de corregir posibles limitaciones e idiosincrasias, tales observaciones cualitativas pueden ser corroboradas mediante la inclusión de datos de otros puntos de vista. En particular, las opiniones de los evaluadores utilizando medidas estándar de proceso de la terapia y se pueden incorporar también los informes del cliente y el terapeuta involucrados.” (p. 251, traducción personal).

Sobre los eventos relevantes en la psicoterapia con adultos donde se integren varias perspectivas, se pudo encontrar el trabajo realizado por Altimir et al. (2010), en el cual se incorporó no sólo la mirada de pacientes con depresión sino también de sus terapeutas y observadores externos. Por el contrario, en la búsqueda bibliográfica realizada en varias bases de datos sobre investigaciones de los momentos de cambio en adolescentes con síntomas depresivos no se encontraron resultados. Así, faltarían estudios que integren varias perspectivas sobre el cambio en psicoterapia con adolescentes, a lo cual pretende responder esta investigación, cuyo propósito es caracterizar las convergencias y divergencias existentes sobre el contenido del cambio terapéutico desde las perspectivas de adolescentes con síntomas depresivos, sus terapeutas y observadores externos.

Es así como en el marco de la metodología cualitativa, desde el enfoque fenomenológico, se estudiaron seis psicoterapias. Se realizaron entrevistas de seguimiento semiestructuradas al paciente y su terapeuta para luego ser analizadas con algunos de los procedimientos de la Teoría Fundamentada como la codificación abierta. A su vez, desde la perspectiva de los observadores externos, en cada una de las sesiones de la psicoterapia, se identificaron los “episodios de cambio” y los Indicadores Genéricos de Cambio -IGC- (Krause et al., 2006) y posteriormente se analizó el contenido del cambio encontrado en dichos episodios.

Algunas de las preguntas directrices que guiaron el estudio fueron: ¿existen similitudes y diferencias en el contenido del cambio que reportan adolescentes, terapeutas y pueden observar los investigadores? ¿Están relacionadas las convergencias y divergencias con la evaluación del proceso psicoterapéutico como éxito o fracaso? ¿Hay más convergencias entre lo reportado por cuáles participantes (observadores, pacientes y/o terapeutas)? ¿Hay más divergencias en lo reportado por cuáles participantes (observadores, pacientes y/o terapeutas)? ¿Qué contenido del cambio aparece frecuentemente entre adolescentes, entre terapeutas, entre observadores?

Se espera poder describir las tres perspectivas sobre el contenido del cambio, así como encontrar convergencias y divergencias entre ellas teniendo en cuenta los resultados terapéuticos de acuerdo a si las terapias son exitosas o no exitosas de acuerdo a sus participantes, y de esta manera poder aportar al conocimiento de la depresión en adolescentes y orientar a los terapeutas sobre las formas de trabajo más adecuadas con este grupo y criterios para el alta terapéutica.

La relevancia de la presente investigación aparece desde lo metodológico, lo clínico y lo teórico-práctico:

Esta investigación tuvo el desafío de integrar en el análisis tres perspectivas que provienen de tipos de información diferente: entrevistas de seguimiento del paciente y el terapeuta y el contenido de los episodios de cambio identificados por los observadores externos. Es importante desde lo metodológico poder aportar a investigaciones futuras, dando luces sobre la manera como se pueden complementar estas tres perspectivas. Como lo señala Roussos los estudios de caso y su posibilidad de réplica tienen “una potencia enorme de generación de ideas y de testeos primarios de hipótesis en contextos naturales” (2007, p. 268).

A su vez, esta tesis busca aportar conocimientos sobre cómo funcionan los IGC en el análisis del trabajo con adolescentes, puesto que una de las principales dificultades actuales con los IGC se centra en que fueron desarrollados y han sido investigados en adultos (Altimir et al. 2010; Echavarri et al., 2009; Fernández et al., 2012; Krause, Altimir, Pérez, y de la Parra, 2014; Valdés et al., 2005; Valdés Sánchez, 2010), no obstante, no se ha hecho

una adaptación para niños y adolescentes y se hace necesario investigar más sobre su aplicación con estos grupos etarios.

Desde lo clínico, se espera que este trabajo permita tener una mejor comprensión sobre el cambio en el tratamiento de adolescentes con síntomas depresivos y ampliar las nociones sobre los elementos que son importantes para los adolescentes en la psicoterapia, ayudando a los terapeutas a realizar intervenciones más apropiadas para esta población y a reconocer algunos indicadores para el alta terapéutica.

Así mismo al incluir la visión del terapeuta y los observadores externos, se busca complejizar y complementar la comprensión del cambio en psicoterapia, siendo una oportunidad para contribuir al progreso de la práctica clínica y a la retroalimentación teórica desde lo empírico. En este sentido, el estudiar el cambio mirado desde terapeutas y pacientes reales, permitió contrastar lo que se ha estado escribiendo y teorizando desde la investigación y la academia con cómo funciona y cómo se encuentra el proceso de cambio en la práctica, en la consulta.

Del mismo modo, es importante la inclusión de investigaciones con la perspectiva del paciente porque los terapeutas pueden darse cuenta de hacia qué deberían concentrar sus intervenciones (Mander et al., 2014) y este punto de vista puede complementar y enriquecer los estudios sobre resultado terapéutico dando un sentido más subjetivo sobre lo que la terapia significa (Midgley, 2004).

Por su parte, Altimir et al. (2010) afirman que un abordaje de observación de los momentos significativos en la terapia permite un examen más detenido del proceso momento a momento, esta observación estaría menos influenciada por lo emocional u otros factores asociados a la evocación que realizan los pacientes o terapeutas. Y a su vez, la combinación de la observación con la perspectiva de pacientes y terapeutas, tendría la ventaja de servir como una forma de triangulación de los datos lo cual puede brindar una comprensión más profunda de lo que está involucrado en los eventos significativos y la manera en que se relacionan con el cambio (Altimir et al., 2010).

Esto tiene implicancias clínicas relevantes, en tanto para definir el cambio en psicoterapia, es importante integrar diferentes perspectivas. De esta manera este estudio, permitió

observar las convergencias y divergencias entre terapeutas, adolescentes y los observadores externos, y a partir de eso hacer una propuesta de cómo integrar estas diferentes perspectivas, lo cual podría tener una aplicación práctica, por ejemplo, en cómo integrar estas diferentes perspectivas al tomar la decisión de alta terapéutica del paciente o el término de la terapia.

Igualmente, es relevante señalar que este proyecto de investigación se encuentra en el marco del Fondecyt número 1141179 “Experiencias de Éxito y Fracaso en Psicoterapia – Construcción de un Modelo Comprehensivo Multidimensional”, cuya investigadora principal es Mariane Krause Jacob, de la Pontificia Universidad Católica de Chile. A su vez la muestra será tomada de un subproyecto del MIDAP¹, grupo en el que se inserta el Fondecyt.

Finalmente, acorde a la necesidad ya identificada por diferentes autores de integrar en las investigaciones los cambios sesión a sesión durante la terapia y el resultado final (Timulak, 2007; Benítez-Ortega & Garrido-Fernández, 2015), las opiniones del paciente y terapeuta (Greenberg, 1999), así como la de evaluadores (Elliott, 1984, 1991), en el presente estudio se integrarán distintos puntos de vista esperando que esto ayude a responder a la pregunta: **¿cuáles son las convergencias y divergencias existentes sobre el contenido del cambio terapéutico entre las perspectivas de adolescentes con síntomas depresivos, sus terapeutas y observadores externos?**

¹ Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (IS130005). Iniciativa Científica Milenio del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo.

2. MARCO DE REFERENCIA TEÓRICO

En este apartado se revisarán temáticas que permiten insertar la presente investigación en un campo del conocimiento y dar un contexto a la pregunta de investigación. Se empezará por hacer un breve recorrido por la historia de la investigación en psicoterapia, seguidamente se dará una mirada a la investigación abordada desde diferentes perspectivas (pacientes, terapeutas, familiares, observadores externos, entre otros). Posteriormente se revisarán las concepciones sobre los momentos de cambio desde diferentes autores y especialmente desde la Teoría del Cambio Subjetivo que es la que orientó este estudio. Y finalmente se revisarán algunas generalidades sobre la depresión en adolescentes, por ejemplo, sus características y epidemiología, así como también se presentarán las intervenciones desde varios enfoques y las investigaciones al respecto.

2.1 INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA

Aspectos históricos de la investigación en psicoterapia

La investigación en psicoterapia tiene una larga historia, iniciaremos este recorrido en la controversial investigación de Eynseck en 1952, donde la eficacia de la psicoterapia fue puesta en duda (Braakmann, 2015). A raíz de dicha aseveración, han sido muchas las publicaciones y estudios realizados con el fin de comprobar que la intervención psicológica es mejor que la no intervención o que los tratamientos placebo (Lambert, 2013). Y se pudo llegar a comprobar la efectividad de las terapias psicológicas tanto en condiciones clínicas como de investigación (Shadish, Matt, Navarro & Phillips, 2000).

En 1975, Luborsky y colaboradores, realizaron una amplia revisión en la que se compararon diversas modalidades de psicoterapia, por ejemplo, la psicoterapia individual versus la psicoterapia grupal, la psicoterapia con tiempo limitado versus la psicoterapia con tiempo ilimitado, la psicoterapia centrada en el cliente versus otras psicoterapias tradicionales, entre otras. Los autores llegaron a importantes conclusiones, entre ellas, que la mayoría de los estudios comparativos de las formas de terapia pudieron encontrar diferencias insignificantes en la proporción de pacientes que mejoraban para el final de la psicoterapia, debido a que todas las psicoterapias producen un alto porcentaje de beneficios,

conclusión conocida como el “veredicto del pájaro dodó”, en la que se puede decir que “todos ganan” (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975). Dicha conclusión también ha recibido el nombre de la “paradoja de la equivalencia” y en la actualidad es ampliamente conocida, ya que muestra como el enfoque teórico del psicólogo que interviene no determina tanto los resultados exitosos de una terapia, como sí podrían tener mayor peso otros componentes (Krause, 2011). Por su parte, para otros autores, la equivalencia entre las terapias ha llevado al auge del eclecticismo, el integracionismo y el sincretismo en psicoterapia (I Besora, 1990).

La escasa evidencia de diferencia en cuanto a los resultados arrojados por las intervenciones de las diversas orientaciones teóricas, ha llevado a que el interés se centre en factores que se han llamado comunes o inespecíficos (Lambert, 2013; Shadish et al., 2000; Valdés et al., 2005). Si bien cada forma de psicoterapia tiene diferentes elementos en su filosofía, coinciden en que cada una ofrece al paciente un posible sistema de explicaciones para sus dificultades actuales y algunos principios que podrían guiar su comportamiento en el futuro, de ahí que lo importante son esos elementos comunes a las psicoterapias (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975).

Los factores de cambio comunes agrupan entre otros: la alianza terapéutica, el alivio de la tensión, el ambiente seguro, la forma de interacción entre paciente y terapeuta, la estructura de la situación terapéutica, la forma en que se organizan y se transmiten los contenidos terapéuticos y el aprendizaje cognitivo (Krause, 2005; Lambert, 2013). Dichos factores son agrupados por Lambert (2013) en categorías para representar una secuencia que se presume debería operar en las psicoterapias, donde se provee al paciente de un ambiente de trabajo cooperativo en el cual puede incrementar su sentido de confianza, disminuir la tensión y empezar a presentar cambios en la conceptualización de sus problemas para finalmente actuar de una manera diferente, asumiendo riesgos y superando los problemas. Las categorías propuestas por Lambert (2013) sobre los factores de cambio comunes y sus componentes son: (A) *Soporte*: catarsis, alivio de la tensión, mitigación del aislamiento, relación positiva, seguridad, reconocimiento de la experticia del terapeuta, etc. (B) *Aprendizaje*: experiencia emocional correctiva, retroalimentación, cambio en las expectativas de la efectividad personal, asimilación de experiencias problemáticas, etc. Y (C) *Acción*: enfrentar temores, asumir riesgos, animar a experimentar nuevos

comportamientos, práctica, regulación comportamental y emocional, entre otras. Es importante además señalar que la mayoría de estos factores comunes han sido definidos operacionalmente y luego, a través de investigaciones en psicoterapia, han sido correlacionados con los resultados de los tratamientos (Lambert, 2013).

Dentro de los factores comunes, uno de los más estudiados ha sido la alianza terapéutica. Es así como Asay y Lambert (1999; citado en Aragón, 2013) asignan a los factores de la relación terapéutica una responsabilidad de los cambios de un 30%, mientras afirman que el 40% corresponde a factores del paciente y eventos extra terapéuticos y finalmente dan un 15% a efecto placebo y 15% a la técnica específica.

Además de los factores comunes, podemos encontrar en la investigación en psicoterapia otras dos grandes ramas: las investigaciones de proceso y de resultado (Braakmann, 2015).

Las investigaciones de proceso se centran en lo que sucede a través de las sesiones de una terapia, este tipo de investigación empezó cuando se tuvo la posibilidad de grabar una a una las reuniones entre paciente y terapeuta y analizar sus interacciones. Por su parte, las investigaciones de resultado fijan su atención en la comprobación de la mejora sintomática de los consultantes y la evaluación de los resultados finales a través de diversos instrumentos de medición (Corbella & Botella, 2004).

Por otro lado, aparecieron en escena los estudios de cambio en psicoterapia, que si bien tienen en cuenta los resultados permiten también centrarse en el cómo se llegó a ese resultado y en esa medida analizar la evolución del proceso (Benítez-Ortega & Garrido-Fernández, 2015). Ya desde 1986, Greenberg había señalado que “con la identificación de los procesos de cambio como un objetivo de la investigación, la dicotomía entre el proceso y el resultado se rompe. Y es reemplazada por el esfuerzo de relacionar el proceso en diferentes episodios de cambio con diferentes puntos a lo largo de un continuum de resultado” (p.8, traducción personal). Elliott y colaboradores (2001) lo nombran como el estudio de micro cambios en la evaluación global de la efectividad, que con ello da lugar a estudios de “proceso-resultado” (citado en Krause, 2011).

Es así como Krause (2005) retomando toda una corriente de investigadores, señala que el concepto de “episodio” fue tomando cada vez más fuerza en la medida en que describir

momentos específicos, llamativos, significativos y en los que se espera que ocurran cambios, es una manera de conocer cómo se produce el cambio en la psicoterapia.

De esta manera, los estudios centrados en el cambio, específicamente el cambio como identificable en episodios importantes a través de la psicoterapia, surgen como un punto intermedio, donde se integran y se tienen en cuenta tanto los momentos durante el proceso, como el resultado final, es decir, en ellos converge el estudio de proceso y resultado.

También han sido estudiados además de los momentos de cambio, los segmentos durante la terapia en los que se evidencian rupturas y en los que se muestra un estancamiento del cambio en el paciente (Krause, 2011).

Debido a la importancia de los momentos de cambio para el presente estudio se hará referencia a ellos, con mayor detenimiento y profundidad, en un apartado posterior.

Otros investigadores se dedicaron a profundizar en la línea de investigación en psicoterapia que estudia qué tratamientos son mejores para tipos específicos de trastornos, por ejemplo, para las fobias, los trastornos alimenticios, autismo, trastornos de ansiedad, déficit de atención e hiperactividad, conductas disruptivas, abuso de sustancias, etc. (Goldfried, Greenberg, & Marmar, 1990; Krause et al, 2006; Weisz et al, 2013).

Y por su parte en la investigación del proceso psicoterapéutico, desde lo metodológico, ha crecido el interés por combinar las metodologías cualitativa y cuantitativa. Si bien, ya desde el siglo XIX se habían dado las primeras investigaciones con estas características (Hesse-Biber, 2015; Pelto, 2015) en los últimos 25 años ha adquirido suficiente fuerza como para dar origen a un nuevo paradigma, el tercer paradigma: el método mixto, el cual puede ofrecer conocimiento contextualizado, detallado, con mayor profundidad y permitir el enfoque en la perspectiva de los usuarios del servicio (Midgley, Ansaldo & Target, 2013; Morse & Cheek, 2014; Shneerson & Gale, 2015).

Ahora bien, después de haber hecho un breve recorrido por la historia de la investigación en psicoterapia, se revisarán algunos puntos que se pueden visualizar a futuro.

Se partirá por el desafío que implica la rápida expansión del conocimiento de las neurociencias, básicas y aplicadas, lo que implica que las intervenciones psicoterapéuticas

se deberán continuar desarrollando con base en este creciente cuerpo de información; además deberán tomar en cuenta el énfasis que se le da cada vez más a la integración de la atención en salud física con los cuidados en salud mental. Esto se suma a que los psicoterapeutas tendrán mayores conocimientos sobre los efectos de los medicamentos psicoactivos en el cerebro y el comportamiento (De Leon, Kenkel, Garcia-Shelton, & VandenBos, 2011)

Por otro lado, se encuentra el avance diario de la tecnología. Weisz y colaboradores (2013) proponen que a medida que los juegos de computador, las aplicaciones para teléfonos celulares y los sitios de internet se extienden, las oportunidades para comunicarse con los jóvenes se amplían también y la psicoterapia no puede estar aislada de esta realidad, ya que muchos jóvenes que necesitan servicios de salud mental efectivos no pueden acceder a ellos debido a su ubicación geográfica o los recursos familiares limitados. Es así como algunos investigadores están aprovechando los avances tecnológicos modernos para aumentar la accesibilidad y el costo beneficio de las intervenciones psicosociales con adolescentes y adultos (Carrasco, 2016; Espinosa et al., 2016; Martínez, Vöhringer, Araya & Rojas, 2014). Esto ha implicado en algunos casos cambiar el tradicional encuentro cara a cara con el terapeuta, por ejemplo, Fleming y colaboradores (Fleming, Dixon, Frampton, & Merry, 2011) desarrollaron y probaron la eficacia del programa “SPARX”, un juego de video, para tratar la depresión en adolescentes que están por fuera del sistema escolar y encontraron que era una intervención atractiva y prometedora que podría ser útil para los jóvenes que se resisten a participar en los servicios de salud tradicionales.

Adicionalmente, la tecnología también podría ser útil para el entrenamiento de terapeutas. Kendall y Khanna (citados en Weisz et al. 2013) desarrollaron el programa CBT4CBT de entrenamiento computarizado de terapia cognitivo conductual para trastornos de ansiedad en jóvenes. El programa es un DVD que lleva al terapeuta, paso a paso, a través del mismo contenido que la versión impresa del manual del tratamiento, incluyendo pruebas para comprobar la comprensión de los temas.

Sin lugar a dudas, las intervenciones y herramientas que se basan en las nuevas tecnologías, tanto para adolescentes como para sus familiares y terapeutas, serán cada vez más

frecuentes y tomarán ventaja de lo interesantes e importantes que pueden resultar para esta población.

Investigación en psicoterapia desde varias perspectivas

La investigación en psicoterapia en general se ha desarrollado desde un solo punto de vista: bien sea al indagar sólo a terapeutas, a pacientes o teniendo en cuenta lo que perciben los observadores externos. Sin embargo, desde hace años Elliott (1984, 1991) ya había señalado cómo muchos procesos investigativos se limitaban estrechamente a una perspectiva, persona, aspecto, nivel o fase de la psicoterapia y como dicha simplificación restringía la relevancia clínica de la investigación. El autor pensaba que un estudio sobre un caso en particular se puede hacer de al menos dos puntos bien escogidos de cada dimensión, y que se podían incorporar tanto las opiniones de evaluadores, como del cliente y el terapeuta. A su vez, Greenberg (1991) evidenció la necesidad de estudiar al terapeuta y el cliente, con el fin de explicar los mapas cognitivos de los clínicos expertos y comprender la experiencia interna de los clientes.

En su trabajo con parejas Gale, Odell y Nagireddy (1995) realizaron entrevistas a parejas y sus psicoterapeutas sobre su experiencia general con la terapia. Una de las conclusiones a las que llegó el grupo de investigadores fue que la forma en que el terapeuta entiende la experiencia de los pacientes en la terapia es muy diferente de la manera en la que la pareja reporta lo que ellos vivieron. De igual manera Helmeke y Sprenkle (2000) trabajaron con parejas, estudiando el cambio en psicoterapia, realizaron entrevistas tanto a la pareja como al terapeuta, el propósito era indagar sobre los momentos que consideraban claves para el cambio. Al interrogar a cada miembro de la pareja y luego contrastar con las respuestas del terapeuta, hubo una sorprendente falta de coincidencia entre todos, y cuando había coincidencia, las explicaciones de por qué ese momento fue importante para la terapia variaban mucho.

Fue así como, cada vez más, se empezó a abordar la pregunta de cómo los pacientes significan su propio proceso de cambio (Mendes et al., 2010; Osorio Villegas, 2012) y poco a poco esto se fue combinando con los puntos de vista de otros actores de la psicoterapia.

En el caso de la investigación realizada por Altimir et al (2010), se contrastó la identificación del cambio que hacen los pacientes, terapeutas y observadores externos; entre estas tres perspectivas se evaluó cuál era el acuerdo en la relación del resultado terapéutico con la cantidad, ubicación temporal y contenido del cambio.

Por otro lado, se ha evidenciado que los datos cualitativos, como las entrevistas, podrían irse triangulando con información cuantitativa como los instrumentos que miden los resultados terapéuticos (Krause et al., 2006; Midgley et al., 2013; Midgley et al., 2015).

Junto con esto, son varios los autores que han seguido puntualizando la importancia de contar con varias perspectivas en la investigación, bien sea porque lo encontraron como falencia en su investigación o porque descubrieron ventajas al incluirlas (Alves, Fernández-Navarro, Ribeiro, Ribeiro & Gonçalves, 2014; Mander et al., 2014; Midgley, 2004).

Por ejemplo, entre los hallazgos más importantes de su estudio, Midgley (2004) destacó que la mayoría de la gente no ve el alivio sintomatológico como el aspecto más importante de estar en terapia, pero valora otros aspectos. Por su parte, Birmaher et al. (2007) encontraron que el resultado terapéutico era evaluado diferente dependiendo de quién era el informante, adolescentes y niños con depresión o sus padres. De igual manera Wisdom y Green (2004) especificaron la necesidad de entender la experiencia subjetiva del adolescente deprimido ya que sus puntos de vista son diferentes de los profesionales de atención en salud. Y para Timulak (2007) en su investigación sobre eventos significativos, la importancia de dar una voz a la percepción del paciente es que triangula las conceptualizaciones teóricas.

En 2011, McLeod (citado en Midgley et al., 2013) hizo una revisión en la que sólo pudo identificar 12 estudios sobre resultado terapéutico en los que se incluía la perspectiva del cliente adulto a través de entrevistas cualitativas. A su vez en el campo de la psicoterapia con niños y adolescentes afirma que las voces de la gente joven están incluso más marginalizadas.

En la misma línea, se cuenta con estudios que exploran la perspectiva de pacientes adultos en su interacción con psiquiatras y médicos generales cuando se les recomienda medicación para su tratamiento (Fosgerau & Davidsen, 2014); estudios que investigaron la forma como

las personas hablan sobre la depresión (Kokanovic et al., 2013) y además el trabajo de Calderón Gómez et al. (2012) donde se abordó el tema de la vivencia de la depresión y expectativas de pacientes atendidos por médicos de familia versus atendidos por psiquiatras.

En su reciente investigación, llamada IMPACT e IMPACT-ME, Midgley et al (2015) exploraron la experiencia de adolescentes con depresión y entre las propuestas para continuar investigando a futuro aparece la inclusión de los puntos de vista de los padres y terapeutas; de igual manera relacionarán las opiniones de los jóvenes sobre la depresión con los datos reunidos a través de medidas estandarizadas, usando de esta manera el método mixto en su investigación.

En suma, si bien existen algunas investigaciones que empiezan a incluir más de una perspectiva del fenómeno, es importante integrar varias perspectivas al investigar en psicoterapia porque los elementos que están en juego son complejos y diversos. Además, si tomamos en cuenta que la psicoterapia con adolescentes es una relación con varios implicados (paciente, padres, terapeuta y hasta el sistema escolar) la manera como cada uno de ellos piense y actúe frente a la psicoterapia y el diagnóstico influirá en el desarrollo y logros del proceso.

Otro aspecto que puede concebirse también diferente según la perspectiva desde la que se indague es el cambio, puede variar lo que cada uno piensa sobre el cambio, qué cambió y cómo cambió durante un proceso terapéutico. Se hará a continuación una descripción de diversas conceptualizaciones sobre los momentos de cambio en psicoterapia.

2.2 CAMBIO PSICOTERAPÉUTICO Y MOMENTOS DE CAMBIO

Cambio en psicoterapia

El fenómeno del cambio es visto de diversas maneras, de acuerdo al autor que lo investigue y haga conceptualizaciones sobre él. Se expondrán varios puntos de vista sobre lo que es el cambio y cómo se da, pero para iniciar se retomará la Teoría Subjetiva del Cambio de Krause (2005; Krause et al., 2006), modelo que busca ser genérico, es decir común a diferentes enfoques teóricos, y cuya definición sobre el cambio fue la que guio la presente investigación.

Desde esta teoría, el efecto de la psicoterapia se ve reflejado en unos cambios, que si bien están de acuerdo a la noción de Helmeke (2000, citado en Krause 2005) quien afirma que los cambios se observan principalmente en el plano cognitivo, son llamados de manera más general por la autora como cambios “representacionales”, ya que lo que cambia son los patrones de explicación o interpretación de los pacientes, el cambio es propio de la dimensión de los significados. En sus propias palabras:

“El cambio psicoterapéutico genérico tiene que ver, en primer término, con la mirada subjetiva del consultante, con respecto a sí mismo y sus dificultades, a sus problemas y síntomas y con respecto a la relación de estos con el entorno en que acontecen. Este cambio, que los propios clientes expresan a través de términos como “cambios en el modo de pensar” o en el “modo de ver las cosas”, puede ser conceptualizado como cambio en los patrones subjetivos de interpretación y explicación que llevan a un desarrollo de nuevas teorías subjetivas” (Krause, 2005, p.333).

De acuerdo a la autora y colaboradores (Krause et al., 2006; Krause & Dagnino, 2006), los cambios evolucionan en etapas sucesivas, y por esto tras varias investigaciones propusieron operacionalizar el cambio a través de los Indicadores Genéricos del Cambio (IGC) (anexo 7.1) en los que explican cómo se van dando los cambios a lo largo de la psicoterapia. Dichos indicadores además de tener un orden con la lógica de cómo se presentarían en el tiempo, tienen un orden jerárquico, pues se esperaría que para que se den cambios o logros más avanzados y elaborados deben pre existir los más básicos, a su vez dicha complejidad

se va manifestando en la “psicologización” de las explicaciones que va dando el paciente sobre sí mismo, su historia y las interacciones con su contexto.

La manera como dichos IGC pueden ser identificados en una terapia será explicada en detalle más adelante, sin embargo, es preciso aclarar que el IGC es asignado dentro de un *episodio de cambio* que es un fragmento específico dentro de una sesión, que resalta y puede ser identificado por un observador externo (o el terapeuta o el paciente) porque es el momento donde se manifiesta el cambio. Y a su vez, en dicho momento se puede identificar un *contenido del cambio*, que da cuenta del tema sobre el que está hablando el paciente, sobre los significados o representaciones que están siendo modificados. Para encontrar el contenido del cambio habría que responder a la pregunta ¿qué es lo que cambia? Y con base en la investigación en psicoterapia se ha podido identificar que lo que va cambiando son los síntomas, las conductas, o elementos en lo representacional, incluyendo tanto lo afectivo como cognitivo (Krause et al., 2006).

En oposición a lo anterior, algunos autores consideran que desde cada una de las orientaciones teóricas en psicoterapia el cambio es visto de una forma diferente, es por esto que se revisará brevemente la descripción que hacen Crits-Christoph, Gibbons y Mukherjee (2013) sobre qué implicaciones tiene el cambio desde la terapia cognitiva, la terapia dinámica y la terapia experiencial.

Para la terapia cognitiva, la depresión se presenta por cogniciones depresógenas que contribuyen a la aparición de síntomas depresivos. En un nivel más profundo de dichas cogniciones existen “esquemas” depresógenos de larga data, donde subyacen creencias negativas sobre el sí mismo, y las personas con depresión en su experiencia consciente están enganchados con pensamientos automáticos negativos que vienen de dichos esquemas. En un nivel intermedio, es posible agrupar dichas cogniciones en patrones de actitudes disfuncionales. Se han planteado tres hipótesis diferentes de cómo dichas cogniciones cambian con la psicoterapia: una afirma que el núcleo de cogniciones centrales es modificado; otra plantea que dicho núcleo es desactivado, pero permanece intacto, y la tercera considera que las personas aprenden habilidades compensatorias que les ayudan a suprimir las cogniciones depresógenas en contextos estresantes que normalmente activarían dichas cogniciones (Crits-Christoph, Gibbons y Mukherjee, 2013). Los autores se basan en

varias investigaciones para llegar a la conclusión de que, en la terapia cognitiva, las teorías del mecanismo de cambio han propuesto que la terapia trabaja con el paciente por medio del cambio de: actitudes disfuncionales, esquemas subyacentes y/o habilidades compensatorias. Sin embargo, a la fecha no existe ningún test completamente adecuado para estos potenciales mediadores. Los mecanismos de cambio para otros problemas psicológicos incluyen además, por ejemplo, la adquisición de habilidades para el trastorno de personalidad límite, el aumento de las habilidades para evitar recaídas en la dependencia al alcohol y sustancias, y el aumento de la auto-eficacia afectiva en los trastornos de la alimentación.

Para finalizar, después de una amplia revisión de investigaciones de proceso-resultado, los autores afirman que el uso de técnicas “concretas” en la terapia cognitiva, tales como el establecimiento de una agenda para las sesiones, revisar las tareas, y la práctica de respuestas racionales, está asociado con mejores resultados en el tratamiento. Si bien esta conclusión requiere mayor investigación, el uso de técnicas concretas está clínicamente indicado (Crits-Christoph, Gibbons y Mukherjee, 2013).

Por su parte, los modelos psicodinámicos comparten su enfoque en la psicoterapia como una experiencia educativa en la cual las interpretaciones del terapeuta ayudan a los pacientes a comprender sus experiencias en las relaciones. En algunos casos esto ha sido llamado *insight* y en otros, comprensión del sí mismo, pero independientemente de cómo se le llame, las psicoterapias dinámicas comparten la visión de que los pacientes aprenden sobre sí mismos y sus relaciones a través de las intervenciones como las interpretaciones, llevando a la reducción de síntomas a través de ayudar a los pacientes a utilizar creencias y respuestas más adaptativas en sus relaciones significativas (Crits-Christoph, Gibbons y Mukherjee, 2013).

La terapia dinámica puntualiza que entre sus mecanismos de cambio más importantes se incluyen los cambios en el funcionamiento defensivo, en el funcionamiento reflexivo y en la comprensión del sí mismo. Las defensas son vistas como expresiones de conflictos inconscientes, necesidades y motivaciones, y varían de defensas menos maduras como la agresión pasiva y la devaluación, a más maduras como la auto observación. Para la terapia dinámica las ganancias en la auto comprensión conducen a mejoras en los síntomas, y a

través de diversos estudios se ha podido encontrar que este cambio en la comprensión del sí mismo predice un subsecuente cambio en los síntomas (Crits-Christoph, Gibbons y Mukherjee, 2013).

Por otro lado, tenemos el proceso de cambio en la terapia experiencial, en la cual es importante que el paciente active, maneje y tolere emociones durante las sesiones de terapia. Sin embargo, a diferencia de la terapia de conducta basada en la exposición, la terapia experiencial también se centra en óptimo procesamiento emocional que implica la integración de la cognición y el afecto. Los terapeutas en la psicoterapia experiencial también animan a los pacientes a explorar, reflexionar y dar sentido a sus emociones. Este proceso incluye explorar las creencias relativas a las emociones, dar voz a la experiencia emocional e identificar necesidades que pueden motivar el cambio en significados y creencias personales (Crits-Christoph, Gibbons y Mukherjee, 2013).

Teniendo en cuenta otras conclusiones, al final de su texto sobre los estudios de proceso resultado, Crits-Christoph, Gibbons y Mukherjee (2013) advierten sobre el problema de sacar conclusiones con base en estudios de correlación en el cambio en psicoterapia, ya que en general estos estudios tienden a asociar dos variables y las vinculan cuando puede ser que la mejoría en un tratamiento dependa es de una tercera variable que no ha sido estudiada y con la cual no haya directa relación.

De igual importancia para los autores es lo que no ha sido establecido adecuadamente a través de la investigación de proceso-resultado sobre los mecanismos de diversas psicoterapias. Es decir, hay que tener en cuenta que a pesar de la gran cantidad de literatura que apoya la eficacia de la terapia, por ejemplo, en este caso de la terapia cognitiva para la depresión y otros trastornos, la teoría de los mediadores o facilitadores relevantes para el cambio en este tratamiento no han sido demostrados con certeza razonable. En particular, la evidencia que apoya la secuencia temporal de los cambios cognitivos precediendo los cambios en los síntomas ha sido difícil de alcanzar. Puede ser que esto es simplemente una cuestión difícil de abordar empíricamente porque el intervalo de tiempo entre el cambio cognitivo y cambio en los síntomas es muy corto, o porque el intervalo de tiempo varía de paciente a paciente. (Crits-Christoph, Gibbons y Mukherjee, 2013).

En resumen, existen aspectos que aún no se logran vislumbrar sobre cómo funciona el cambio en psicoterapia, cuál o cuáles son exactamente sus mecanismos y en este sentido Duncan (2012) apunta a una idea similar: si bien la psicoterapia funciona, y está claro el hecho de que la eficacia general es consistentemente buena, no todos se benefician de la psicoterapia. Es evidente para el autor que una porción sustanciosa de pacientes se va a casa sin ayuda.

Para Duncan (2012; 2013), la respuesta a lo que funciona en terapia y por qué se produce el cambio no se basa en los poderes curativos de una técnica especializada, ni en las teorías y procedimientos de los diferentes campos, hay que adentrarse en la teoría de los factores comunes, aquellos ingredientes de la efectividad en la terapia que comparten todas las orientaciones. Y de estos factores comunes da especial énfasis a la alianza terapéutica. Debido a que, aunque se sabe que algunos terapeutas son mejores que otros, no hay suficiente investigación sobre lo que específicamente distingue a los mejores del resto. La demografía (género, etnia, experiencia, etc.) no parecen influir mucho, a pesar de que una variedad de características personales del terapeuta parecen importantes. Por esto para encontrar qué hace a un buen terapeuta el autor propone tres elementos: un primer elemento es la importancia de enfatizar las fortalezas, es así como Gassman y Grawe (2006; citados en Duncan, 2013) encontraron que los terapeutas que pasan más tiempo “activando recursos” lejos de “activar problemas” tienen mejores resultados. Otro elemento es la experiencia, pero no la genérica, sino la experiencia con poblaciones en condiciones especiales. Y finalmente, el autor puntualiza que la opinión del paciente con respecto a la alianza con el terapeuta no solamente es un gran indicador del resultado de la terapia sino también el mejor camino para entender la diferencia entre terapeutas. Por esto para él, la respuesta a la pregunta de por qué algunos terapeutas son mejores que otros y obtienen mayores cambios es la alianza terapéutica.

De acuerdo a esto, la investigación de los factores comunes toma importancia para el autor (Duncan, 2013) pues provee una guía general para mejorar los elementos que parecen ser los que más influyen los resultados positivos, y dichos detalles en su opinión solo pueden obtenerse de la respuesta del paciente, de su retroalimentación sobre el progreso de la terapia y la calidad de la alianza.

A su vez, Hawkins y colaboradores (2004; citados en Duncan, 2012) encontraron que dar retroalimentación sobre el progreso tanto al paciente como al terapeuta estaba asociado con significativas ganancias en el resultado.

Pensando en dicha retroalimentación, y partiendo del Outcome Questionnaire System de Lambert, se creó la intervención Partners for Change Outcome Management System (PCOMS; Duncan 2012), que es una de las bases del proyecto “el alma y corazón del cambio” (The heart and soul of change project, HSCP), la cual es una iniciativa orientada a la práctica, entrenamiento e investigación, que se enfoca en mejorar el resultado de la psicoterapia basándose en la retroalimentación del paciente.

La ventaja del PCOMS es que no tiene un particular modelo a la base y por esto puede incorporarse en cualquier tratamiento, lo que busca así es la promoción de un set de valores en el servicio: el privilegio del paciente en determinar la prestación del servicio, así como las decisiones que afectan el cuidado incluyendo las preferencias de la intervención y la expectativa de recuperación. De esta manera presta atención a esos factores comunes que atraviesan todos los modelos y que aportan al cambio terapéutico. Otro punto en el que hace énfasis Duncan (2012) es que al usar el PCOMS se reconoce y valora la justicia social en la prestación del servicio y entrega de cuidados, lo que en otras palabras se ha llamado “orientado al cliente”. En resumen, para este autor y sus colaboradores “el cliente es el motor del cambio” (Duncan, 2012).

Otro modelo sobre el cambio que merece atención es el propuesto por Prochaska y Norcross (1994), el Modelo Transteórico, en él los autores plantean una serie de etapas sucesivas para el cambio, que implican tanto un periodo de tiempo como una serie de tareas para llegar al cambio. Se revisarán brevemente las características descritas por los autores (Norcross, Krebs & Prochaska, 2011; Prochaska & Norcross, 1994) de cada una de las etapas:

Precontemplación: en esta etapa aún no hay intención de cambio, el problema es negado y se evita hablar de él, se da justificación al comportamiento. Lo que hace avanzar a las personas de esta etapa es la familia, las solicitudes directas de las personas, las situaciones laborales, la presión social y el darse cuenta de que el ambiente no soportará más el estilo de vida o la manera de comportarse que lleva hasta ese momento.

Contemplación: aparece la conciencia sobre el problema y se empieza a considerar el cambio. Se reconoce cuál es el objetivo, pero aún no se está listo para alcanzarlo. Con frecuencia se aplaza el cambio, y en vez de pasar a la acción se investiga sobre el problema, esto se da porque hay temor y ansiedad frente al cambio.

Preparación: en esta etapa se llega a un sólido compromiso de cambio, se planea cómo alcanzarlo, pero se ve como algo a futuro, continua aún un poco de ambivalencia. La persona se continúa reevaluando a sí mismo y al problema y se centra en encontrar la acción más adecuada para superarlo.

Acción: luego de comprometerse con el cambio, en este punto se realiza el movimiento para el que la persona se estaba preparando, esto requiere inversión de energía y tiempo. Los cambios son vistos por otros en esta etapa y las relaciones de ayuda y soporte son de gran importancia.

Mantenimiento: para que un cambio sea realmente exitoso debe mantenerse en el tiempo, por esto se debe trabajar para que los cambios permanezcan, se consoliden y no haya recaídas. El mantenimiento es un periodo de intensa actividad de cambio continuado y que requiere que se aprendan estrategias de monitoreo y control.

Si bien las cinco fases hablan de un proceso exitoso hacia el cambio, los autores son conscientes de que no es la manera como todas las personas lo desarrollan y por esto dejan espacio para una etapa llamada “*reciclar*”, se usa la palabra reciclar ya que es un término más compasivo que recaída. Las recaídas son normales, ya que las personas en general no avanzan en forma lineal si no en forma de espiral. Luego de una recaída se regresa al estado de contemplación o preparación. Aunque la recaída no es deseable, con ella llega un tiempo para la auto evaluación, aprender de los errores, e intentar estar preparado de nuevo.

Para terminar esta introducción al cambio en psicoterapia, se expondrán algunos de los elementos de la “Declaración de consenso nacional sobre la recuperación en salud mental” de los Estados Unidos (citada en Duncan, 2012). A pesar de que estos principios se pueden alejar de la realidad actual latinoamericana, están muy cerca de lo que se esperaría de los tratamientos en salud mental y de los profesionales que están en búsqueda del cambio y la recuperación de sus pacientes. La declaración incluye varios aspectos unidos a la recuperación, que se describirán brevemente:

Auto dirección: los usuarios conducen, eligen y determinan su propio camino de recuperación mediante la optimización de la autonomía, la independencia y el control de los recursos para lograr una vida autodeterminada.

Individualizada y centrada en la persona: hay múltiples vías para la recuperación basadas en las fortalezas únicas de un individuo y sus resiliencias, así como sus necesidades, preferencias, experiencias (incluyendo trauma pasado), y los antecedentes culturales en todas sus diversas representaciones.

Empoderamiento: los usuarios tienen la autoridad para elegir entre una gama de opciones y participar en todas las decisiones -incluida la asignación de recursos- que afectarán sus vidas, y son educados y apoyados al hacerlo. A través del empoderamiento, un individuo gana el control de su propio destino e influye en las estructuras organizativas y sociales en su vida.

Holística: la recuperación abarca toda la vida del individuo, incluyendo la mente, el cuerpo, el espíritu y la comunidad. La recuperación abarca todos los aspectos de la vida, incluida la vivienda, el empleo, la educación, la salud mental y su cuidado y tratamiento, los servicios complementarios y de naturalistas, el tratamiento de las adicciones, la espiritualidad, la creatividad, las redes sociales, la participación en la comunidad y el soporte familiar como lo determine la persona.

Además, la declaración menciona que la recuperación no es lineal, debe estar basada en las fortalezas de la persona, contar con el soporte de los pares y el respeto de la comunidad para evitar la estigmatización. Y, por último, debe promover el mensaje de un mejor futuro e infundir esperanza, transmitiendo que las personas pueden superar las barreras y obstáculos que enfrentan (citado Duncan, 2012).

Para finalizar este apartado, es importante mencionar que, si bien existe amplia literatura que respalda los beneficios de la psicoterapia y los elementos que aporta al mejoramiento del problema del paciente, hay una parte del cambio que siempre generará incertidumbre y es qué tanto entran en juego los factores externos a esta. Es decir, en cada caso existen diversos componentes socioambientales que harán que nos preguntemos cómo confluyeron los elementos de la terapia y el terapeuta con ese paciente en un contexto particular para

que los logros se dieran, y en esta medida, no se puede desconocer el desafío para la investigación de responder a la pregunta de cuánto del cambio se debe a la terapia y cuanto a otros factores.

Momentos de cambio en psicoterapia

Desde hace unos 20 años el interés de muchas investigaciones en psicoterapia se ha centrado en encontrar cuáles son los momentos importantes que influyeron en los resultados de una terapia. Estos momentos específicos de la terapia donde ocurre el cambio han sido llamados de diferentes maneras, no obstante, todos los autores que han investigado al respecto coinciden en que dicho momento es importante para la terapia, puede ser identificado tanto por el paciente como por el psicólogo y por observadores externos, tiene un tiempo definido en la sesión, se da sobre un tema específico y hay unas emociones asociadas a dicho momento (Elliott, 1984; Greenberg, 1986; Krause et al., 2006). A continuación, se detallarán las conceptualizaciones de diferentes grupos de autores respecto a estos momentos.

Eventos significativos

Elliott (1984, 1985) llamó a estos momentos especiales de la terapia como *eventos significativos* y fueron estudiados (Timulak, 2007, 2010) como “las instancias más fructíferas del proceso terapéutico” (Timulak, 2007, p.306).

Desde sus trabajos en los años 80`s Elliott propuso la investigación de los eventos significativos como una manera de estudiar los momentos identificados por el cliente como los importantes en la terapia (Timulak, 2007). Para este teórico estos "incidentes críticos" o "puntos de inflexión" son episodios en los que algo cambia para el cliente "para bien o para mal"; y dado que estos eventos significativos son a la vez poco frecuentes y de gran complejidad, deben ser estudiados de cerca y de forma global cuando se encuentran (Elliott, 1984).

Para Timulak (2007) son momentos con un impacto de utilidad y el examen de tales momentos proporcionaría una mayor comprensión de cómo funciona la psicoterapia, y cómo el terapeuta puede contribuir a los procesos de curación en el cliente.

Así mismo, Timulak y Elliott (2003) afirmaron que la investigación de estos eventos significativos apunta a capturar los procesos dentro de la terapia que influyen substancialmente el esfuerzo y los resultados de la terapia.

Ya en 1985, en su investigación con estudiantes universitarios. Elliott trató de establecer una taxonomía para los eventos significativos de cambio, encontrando varios clúster de los tipos de eventos que podrían ser usados en la consejería psicológica real. Dentro de los eventos útiles identificó ocho clusters: nueva perspectiva; la solución del problema; la aclaración del problema; enfocando/centrando la conciencia (focusing awareness); la comprensión; la participación del cliente; el reaseguramiento (reassurance); el contacto personal.

Y años después Timulak y Elliott (2003) estudiaron una clase de eventos significativos que denominaron “empoderamientos”. En su estudio sobre este tipo de eventos, en 9 clientes deprimidos, ellos pudieron identificar cinco tipos de empoderamientos: conmovedor, emergente, decisional, determinación y logro. Y concluyeron que el uso de tipos de eventos puede ser un marco conceptual útil para estudiar eventos significativos.

Eventos de cambio

Otra autora que ha estudiado el cambio en psicoterapia es Greenberg (1986) quien los denominó *eventos de cambio* y propuso el *análisis de tareas* como el método para estudiarlos (Benítez-Ortega & Garrido-Fernández, 2015; Greenberg, 1999; Greenberg & Foerster, 1996).

Según Greenberg (1999) un evento de cambio es un episodio terapéutico que tiene cuatro componentes: el marcador del problema del paciente, la operación del terapeuta, la actuación del cliente, y el resultado inmediato en la sesión. Los eventos pueden variar en tamaño desde un intercambio (cliente-terapeuta-cliente) de tres declaraciones a un episodio,

ocupando una parte importante de una sesión o incluso, posiblemente, algunas sesiones (Greenberg, 1986).

La autora parte de la idea de que una vez que sabemos qué intervenciones son más apropiadas para ciertos estados de los clientes y cuáles actuaciones de los clientes llevaron a la resolución de problemas, estaríamos mucho más cerca de describir cómo en realidad el cambio se lleva a cabo en la terapia. Entonces seríamos capaces de identificar los ingredientes activos del cambio y explicar los mecanismos que conducen a este cambio (Greenberg, 1986).

Greenberg (1986, 1991, 1999) propuso un tipo de investigación que implica el estudio de los eventos de cambio, empezando por aislarlos y describirlos y procediendo luego a la medición y explicación del proceso de cambio para llegar finalmente a la predicción de los resultados. Dicha línea de investigación cuenta ya con una amplia tradición y ha arrojado múltiples resultados (Benítez-Ortega y Garrido-Fernández, 2015). La autora plantea que hay procesos particulares que ocurren en diferentes momentos en la terapia y tienen diferentes significados en diferentes contextos, usando un enfoque de Análisis de Tarea para estudiar las sesiones, el investigador selecciona un tipo particular y recurrente de evento de cambio para análisis intensivo (Greenberg, 1986, 1996).

Para la autora, en la investigación más que mirar la psicoterapia como una caja negra, teniendo en cuenta solo las variables de entrada y salida, se necesita estudiar y seguir los patrones de desempeño complejos y la interacción de las secuencias que constituyen la psicoterapia. Y asume que, si bien la psicoterapia nunca será una ciencia determinista, “hay orden en la complejidad del proceso psicoterapéutico, y está a la espera de ser observado y descrito” (Greenberg, 1999, p.1468).

La propuesta de Greenberg (1999) es que para encontrar patrones dentro de la psicoterapia se deben observar muy de cerca las sesiones y al ver los comportamientos reales preguntar a los participantes por su experiencia subjetiva con el fin de iluminar lo que está ocurriendo en ese momento. Este proceso se realiza a través de una entrevista interpersonal grabada (Greenberg, 1999).

En su trabajo Benítez-Ortega y Garrido-Fernández (2015) señalan como una característica del Análisis de Tareas, que asume el proceso psicoterapéutico como desglosable en una serie de eventos o episodios cuya resolución hace avanzar el curso de la terapia y conducen al cambio. Esta característica del Análisis de Tareas se puede entender como una ventaja con respecto a otros métodos de investigación tradicionales en psicoterapia.

Momentos innovadores

A su vez, desde la terapia narrativa, se han nombrado los momentos importantes para el proceso de cambio como ***momentos innovadores***, y han sido estudiados como excepciones a la propia narrativa problemática por Gonçalves y sus colaboradores (Alves, Mendes, Gonçalves, & Neimeyer, 2012; Cunha et al., 2012; Gonçalves, Mendes, Ribeiro, Angus, & Greenberg, 2010; Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos & Santos, 2011; Matos, Santos, Gonçalves, & Martins, 2009; Ribeiro, Bento, Salgado, Stiles & Gonçalves, 2011; Ribeiro, Gonçalves, Silva, Brás, & Sousa, 2015; Santos, Gonçalves, Matos & Salvatore, 2009).

La terapia narrativa, es decir, el modelo de re-autoría propuesto por White y Epston en 1990, concibe el cambio como la construcción de nuevas y preferentes narraciones de vida. El proceso de cambio es, por tanto, permitido por la identificación y elaboración de novedades narrativas o resultados únicos (Santos et al., 2009).

Si bien Gonçalves y sus colaboradores parten del modelo de re-autoría de White y Epston donde se habla de “resultado único”, ellos prefieren el nombre de momentos innovadores, dado que piensan que no hay nada de único en dichos momentos y que la práctica hace evidente que ellos ocurren frecuentemente en psicoterapia (Matos et al., 2009)

Los momentos innovadores son excepciones a la propia narrativa problemática que pueden ser acciones, pensamientos, sentimientos, intenciones o proyectos; son todos los eventos en la terapia en los que el cliente describe o narra a sí mismo de manera diferente de lo que cabría contar desde la perspectiva de la propia narrativa problemática que él o ella trajo a la terapia. Estos son generalmente trivializados o ignorados por el cliente, lo que resulta en su

desviación y el mantenimiento de la narrativa problemática (Mendes et al., 2010; Santos et al., 2009)

Con base en la suposición de que las nuevas narrativas son el resultado de la elaboración de novedades narrativas o excepciones, el Sistema de Codificación de Momentos Innovadores (Innovative Moments Coding System) (Gonçalves et al., 2011) es un método elaborado para analizar el cambio en psicoterapia. Según los autores (Matos et al., 2009; Mendes et al., 2010; Santos et al., 2009) los momentos innovadores pueden ocurrir de cinco maneras diferentes: acción, reflexión, protesta, re-conceptualización, y cambio actuado.

Momentos ahora

Por su parte, Stern y colaboradores (1998) plantearon que en la psicoterapia hay dos personas involucradas en la búsqueda de una meta, y en el curso del “movimiento a lo largo del proceso” (traducción personal; p.303), de repente, surge un momento cualitativamente diferente e inesperado, este es un momento que arrastra a los participantes plenamente al presente, por esta razón fue llamado un *momento ahora*.

En su interés por comprender el cambio, Stern (1998) y su equipo de trabajo se detuvieron a observar la relación madre-hijo, dado que consideraban que el infante en desarrollo es posiblemente el más veloz de los seres humanos al cambiar. Fue así como extrapolaron varios momentos de dicha interacción a lo que sucede en la psicoterapia: generalmente las dos personas involucradas en la relación tienen una meta hacia la cual comienzan a moverse en una progresión que es llamada movimiento a lo largo del proceso, allí están en un estado intersubjetivo inicial (estado 1). Cada paso en este movimiento a lo largo de proceso se llama un "*momento presente*" (Stern et al., 1998).

En el curso del movimiento a lo largo del proceso aparece este “*momento ahora*”, que es un momento presente “caliente”, una especie de momento de la verdad, que está cargado afectivamente y que tiene potencial importancia para el futuro inmediato o a largo plazo. Es un momento llamado *kairos* en griego antiguo, el momento que debe ser aprovechado si uno va a cambiar su destino, y si no se aprovecha, el destino será cambiado de todos modos

por no haberlo aprovechado. Además, es un momento que lleva a los dos participantes al presente (Stern et al., 1998).

El momento ahora es visto como una propiedad emergente del sistema dinámico complejo compuesto por dos personas que se mueven a lo largo del proceso terapéutico. Este momento emergente desafía o amenaza la estabilidad del estado inicial en curso. Anuncia una perturbación en el sistema que constituye una transición potencial a un nuevo estado de organización (estado 2) (Stern et al., 1998).

Cuando los momentos ahora son manejados por el paciente y el terapeuta a fin de lograr un momento específico de encuentro, el conocimiento implícito de cada pareja se ve alterada por la creación de un nuevo y diferente contexto intersubjetivo entre ellos, la relación ha cambiado. Este proceso no requiere interpretación y no tiene por qué hacerse verbalmente explícita (Stern et al., 1998).

Por último, aparece un "espacio abierto", que permite que cada participante pueda asimilar el efecto del momento de encuentro en la búsqueda de un nuevo equilibrio en el estado intersubjetivo alterado que ahora habitan.

Episodios y momentos de cambio

Para finalizar este apartado retomaremos algunos aspectos de la Teoría Subjetiva del Cambio de Krause (2005; Krause et al. 2006), donde el cambio es visto como una modificación en la perspectiva subjetiva del paciente sobre sus problemas, sus síntomas y su relación con el entorno. Esto lo lleva a un proceso de construcción de nuevos modos de interpretación y representación de la realidad, que es reflejada como cognitiva, afectiva, valorativamente y está implícita en un comportamiento. Para la autora el cambio es planteado como genérico, es decir, común a todos los enfoques terapéuticos y modalidades de intervención.

Krause et al. (2006) plantean que es posible diferenciar momentos específicos del proceso terapéutico en los que ocurre el cambio, lo que han llamado ***episodios y momentos de***

cambio, que son momentos que resaltan como significativos, llamativos o importantes en las sesiones.

Un episodio de cambio tiene una duración variable, que puede ir desde unas cuantas interacciones o turnos de palabra, hasta durar 20 a 40 minutos o tal vez más de una sesión. Y el momento de cambio sería un “punto culminante” dentro de dicho episodio (Krause et al. 2006, 2007). A su vez, el contenido de cambio es la información que nos permite responder a la pregunta ¿qué es lo que cambia? Y puede estar relacionado con las conductas, los síntomas o las representaciones tanto afectivas como cognitivas (Krause et al., 2006; Krause & Dagnino, 2006). El contenido es la naturaleza de aquello que está cambiando (Echávarri et al., 2009).

A partir de este modelo conceptual de cambio psicoterapéutico en conjunto con investigaciones empíricas con terapias de pacientes adultos, surgen los Indicadores Genéricos de Cambio (IGC) que son propuestos por Krause y colaboradores (2006) como una lista de cambios ordenados progresivamente como aparecerían en un proceso ideal (ver Anexo 7.1).

La idea a la base es que, si bien es poco probable que en un caso se den todos los tipos de cambio en el orden propuesto, sí se ha encontrado que el cambio se va desarrollando por fases que son sucesivas, y en las cuales hay un incremento en el nivel de complejidad de explicación, así como en la psicologización de las interpretaciones (Krause & Dagnino, 2006; Krause et al., 2014). En otras palabras, los cambios empiezan incluso antes de la terapia (por ejemplo, con la aceptación de la existencia de un problema), y hay algunos de ellos asociados a los estados iniciales del proceso terapéutico, esto lo podemos observar si nos remitimos a los IGC de la fase uno “consolidación inicial de la ayuda psicológica” (Ver anexo 7.1). Posteriormente y a medida que el paciente avanza en su terapia, es probable que aparezcan otro tipo de cambios en los cuales se empiezan a modificar maneras habituales de pensamiento y comportamiento, es así como en la fase dos empieza el “aumento de la permeabilidad hacia nuevos entendimientos”, por ejemplo, con la reconceptualización de los problemas. Y, por último, se pueden apreciar cambios que requieren de mayor elaboración subjetiva del paciente y por lo tanto se encuentran en general cuando ya está muy avanzado el proceso terapéutico, pues ellos incluyen la construcción de nuevas formas

de pensarse a sí mismo y relacionarse con el entorno y la propia historia. Los autores llamaron a esto cambios representacionales, construcción de esquemas conceptuales o teorías (Krause et al., 2006), un ejemplo de estos cambios es la formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo. Esta fase final de cambios se llama “construcción y consolidación de nuevos entendimientos”.

Estas etapas sucesivas de los IGC, hablan de la forma como se dan los cambios y de la mayor complejidad en los patrones de explicación que va adquiriendo el paciente, en ellos influyen tanto aspectos intra terapéuticos como extra terapéuticos (Krause et al., 2006)

Ahora bien, en la investigación, para que un momento de cambio sea identificado por los observadores en una sesión videograbada de terapia, se debe cumplir con los siguientes criterios (Krause et al., 2006; Krause et al., 2014):

Correspondencia teórica: que los contenidos del momento concuerden con alguno de los IGC.

Verificabilidad: el evento es observado o mencionado en la sesión y pueda atribuirse a la terapia.

Novedad: el tema o fenómeno específico debe presentarse por primera vez.

Consistencia: el cambio observado es consistente con las señales no verbales del paciente y en los momentos posteriores no se contradice.

En pocas palabras, el episodio sería el fragmento más extenso donde aparece el cambio, que incluye al momento de cambio y la preparación para que este ocurra. Y el momento de cambio sería el instante en que se aprecia la modificación de significados relacionados con un problema, síntoma, afecto y/o comportamiento (Altimir, 2015). Dicho instante está reflejado en una o varias frases en las que se puede encontrar el contenido del cambio y a las cuales se puede asociar un IGC. En las diversas investigaciones sobre el contenido del cambio psicoterapéutico se ha encontrado que cambia la perspectiva subjetiva de los pacientes sobre sí mismos, sus problemas, los síntomas y la relación de estos elementos con el contexto (Krause et al, 2006).

El modelo de cambio psicoterapéutico y los IGC propuestos por Krause y colaboradores han sido ampliamente investigado: revisando el acuerdo en su identificación por parte de terapeutas, pacientes adultos y observadores externos (Altimir et al., 2010); estudiando su relación con los estilos lingüísticos y los patrones comunicacionales de pacientes adultos y terapeutas (Valdés Sánchez, 2010; 2012; Valdés, Krause & Álamo, 2011); en terapia grupal con pacientes adictos (Valdés et al., 2005); en pacientes adolescentes y buscando su nexo con los patrones relacionales de éstos (Espinosa, 2016), entre otros estudios (Arístegui et al., 2004; Arístegui et al., 2009; Dagnino et al., 2012; Echávarri et al., 2009; Fernández et al., 2012; Fernández González, 2013; Masías et al 2015; Tomicic et al., 2015). Y cada vez se complejiza más la investigación de los momentos de cambio y los IGC con el fin de conocer su aplicación a diversos ámbitos y en contraste con otras variables. Por ejemplo, Krause et al. (2014) estudiaron la relación del cambio con el resultado terapéutico final (bueno y pobre) e integraron datos cualitativos con cuantitativos.

Finalmente, es adecuado precisar que para efectos de la presente investigación la Teoría del Cambio Subjetivo propuesta por Krause y colaboradores será la que se usará en la comprensión del cambio psicoterapéutico debido a su carácter genérico y común a todas las orientaciones teóricas; al énfasis que da a la subjetividad del paciente pero combinando esto con la posibilidad de la observación externa; a que tiene en cuenta el contexto intra terapéutico y los factores comunes, así como el contexto extra terapéutico, donde los efectos de las sesiones se siguen manifestando.

Con respecto a los momentos de cambio, hay pocos estudios que involucren terapias con adolescentes, dentro de la búsqueda realizada se pudo hallar un reciente estudio donde Espinosa (2016) investigó los patrones relacionales de los adolescentes con síntomas depresivos y su conexión con momentos importantes de la terapia. El autor encontró que en el ambiente familiar es donde se presentan frecuentemente los patrones relacionales menos armoniosos de los adolescentes; aunque para los participantes es importante percibir el apoyo de los otros y a su vez darlo, también se sienten incomodados e incomodan en sus relaciones; y finalmente, en las terapias en las que se evidenció mayor cambio sintomático las respuestas de los adolescentes en sus patrones relacionales tenían menor índice de armonía. Al revisar la presencia de los patrones relacionales en los episodios de cambio

pudo concluir que en ellos están más presentes los deseos de los adolescentes que es aquello que ellos esperarían o quisieran que los otros hicieran.

Debido a que para el caso de esta investigación el interés particular está puesto en la depresión en población adolescente en el siguiente apartado se ahondará en las características de este diagnóstico, sus tratamientos y lo que se ha investigado cualitativamente al respecto.

2.3 DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES

Aspectos generales de la depresión en adolescentes

La depresión es definida como una persistente y mantenida tristeza, anhedonia, mal humor o irritabilidad que es clínicamente significativa y con baja respuesta a actividades placenteras, interacciones y atención a otras personas. Este cambio de humor puede estar acompañado por variaciones en el sueño, el apetito, cansancio, poca energía, poca concentración y desesperanza (American Psychiatric Association, 2013). En adolescentes es una enfermedad crónica y recurrente, y conlleva deterioro asociado con una mayor morbilidad psicosocial y médica, además de deteriorar el conjunto de la vida familiar (Larraguibel, 2006).

Internacionalmente, la depresión tiene una prevalencia de entre 4% a 8% en adolescentes, notándose su aumento con respecto a la niñez especialmente después de la pubertad y siendo mayor la vulnerabilidad en mujeres (Brent & Weersing, 2008; García, 2012, Goldman, 2012; Meichenbaum, 2010).

Además, los cuadros subsindrómicos son un núcleo estable de síntomas que no alcanzan el umbral para el diagnóstico, sin embargo, pueden evolucionar hacia el trastorno completo y tienen relevancia clínica. Según Birmaher et al. (2007) entre un 5% a un 10% de niños y adolescentes tienen síntomas subsindrómicos de depresión.

De la Barra, Vicente, Saldivia y Melipillán (2012) realizaron un estudio con respecto a la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en Chile, en población infanto adolescente de

entre 4 y 18 años de edad. Los autores señalan que los trastornos afectivos están dentro de los desórdenes más comunes (5,1%). Dentro del rango de 12 a 18 años la cifra es de 7%. Es importante puntualizar que no se incluyó el trastorno bipolar dentro de los trastornos afectivos evaluados.

Así mismo, en Chile se comprobó, concordante con la literatura internacional, la asociación de síntomas depresivos con consumo de alcohol, tabaco y marihuana (Rojas et al. 2012). Y por su parte, la Encuesta Nacional de Salud (ENS 2011, citada en MINSAL 2013) determinó que la sintomatología depresiva para personas de 15 años o más, durante el último año (2009-2010) fue de 17,2%, llegando a un 25,7% entre las mujeres. La encuesta además señaló que a menor nivel educativo la prevalencia es mayor, evidenciando la importancia de los determinantes sociales en el desarrollo de depresión.

Intervención en depresión con adolescentes

Desde diferentes corrientes teóricas se han propuesto diversas maneras para intervenir la depresión, haciendo énfasis en aspectos que cada orientación considera pertinentes, sin embargo, la mayoría de autores coinciden en que la intervención en la depresión debe ser multimodal. No solo deben tenerse como objetivo del tratamiento los síntomas, sino también las formas de relacionarse del paciente con su entorno y con su historia personal, y en el caso de los adolescentes debe haber un trabajo con la familia, el ámbito escolar y los otros espacios sociales donde se desenvuelva. A su vez, además de la psicoterapia en algunos casos se hará necesaria la intervención farmacológica (Larraguibel 2006; Ministerio de Salud, 2013)

Según Larraguibel (2006) la psicoeducación, la psicoterapia y la farmacoterapia son los tres niveles que debería comprender la intervención en depresión en adolescentes. Con la psicoeducación se busca que la familia y el paciente comprendan qué es la depresión, cuáles son sus síntomas, a qué señales de alerta deben estar atentos, y con qué herramientas cuentan para enfrentar el trastorno, entre otros.

Por su parte la psicoterapia tiene un énfasis diferente de acuerdo a la orientación teórica del terapeuta, por ejemplo, la terapia cognitivo conductual se centra en alterar las creencias depresivas ya que parte de que el paciente tiene distorsiones y errores del pensamiento que hacen que vea de una manera negativa el pasado, el presente, a sí mismo y a su entorno, esto le lleva a una desesperanza que hace que piense que estas dificultades no van a poder ser superadas en el futuro. Para el trabajo con adolescentes las técnicas más usadas son “el uso de diario de vida, automonitoreo, planear actividades, asignación de tareas, resolución de problemas” (Larraguibel, 2006, pp.149-150). Otro tipo de psicoterapia que a ha mostrado efectividad es la interpersonal, en ella la meta es identificar una o dos áreas que estén a la base de la etiología de la depresión y trabajar en los componentes interpersonales de ellas. Con esta psicoterapia se busca trabajar en “identificar y modificar la forma en que el paciente percibe y procesa la información, la autoestima, habilidades en resolución de problemas, estrategias adaptativas, relaciones con los pares y funcionamiento familiar” (Larraguibel, 2006, p. 150).

En cuanto a la farmacoterapia, existe coincidencia entre los autores en señalar que la medicación sola no es suficiente y ésta deberá estar acompañada de psicoterapia. Para escoger el antidepresivo a usar se deben tener en cuenta la gravedad de los síntomas, la historia previa de tratamientos, el apoyo psicosocial con el que cuenta el adolescente y los costos. Existen principalmente tres opciones de tratamiento farmacológico, siendo la primera opción la línea de los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) (Birmaher, Villar & Heydl, 2000; Brent & Maloouf, 2009), se prefieren estos por la poca posibilidad de sobredosis letal y la tolerancia que tienden a desarrollar los pacientes a los efectos adversos. Entre los ISRS se encuentran la fluoxetina, la sertralina, la paroxetina, el citalopram, la fluvoxamina, entre otros (Birmaher, Villar & Heydl, 2000; Larraguibel, 2006). Como segunda opción de tratamiento cuando estos ISRS no presentan buenos resultados se recomiendan otros ISRS, teniendo en cuenta el tipo de síntomas adicionales como la ansiedad o el insomnio. Por último, está la opción de los antidepresivos tricíclicos, con los cuales se debe tener mayor cuidado por el peligro de una sobredosis letal.

En cuanto a la intervención en Chile, se cuenta con la Guía Clínica AUGÉ de Depresión para personas de 15 años y más del Ministerio de Salud (MINSAL, 2013), en ella aparecen

las sugerencias para el manejo de las personas con depresión en el sistema de salud. El flujograma inicia con la detección activa, en caso de sospecha de depresión la persona debe ser remitida a médico general o de familia quien confirma si existe el diagnóstico y de ser así, se debe hacer una evaluación integral y elaborar un plan de tratamiento por parte de un equipo interdisciplinario. Adicionalmente, para aquellos pacientes que tengan un alto riesgo suicida se debe hacer una remisión a psiquiatría.

En general la guía da las siguientes recomendaciones para el tratamiento, aunque con variaciones de acuerdo a la intensidad de la depresión: consejería, intervención psicosocial grupal, programa de actividad física, guía de autocuidado, farmacoterapia (utilizando como medicamento de primera línea los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) y psicoterapia (terapia cognitivo conductual o interpersonal). En adolescentes con depresión moderada a grave se sugiere el uso de Fluoxetina. De igual manera, la guía da indicaciones sobre el seguimiento, el cual independientemente de la gravedad de la depresión, debe hacerse por lo menos durante 6 meses desde la remisión total de los síntomas.

La intervención en depresión con adolescentes ha sido ampliamente estudiada y su efectividad ha sido revisada desde diferentes orientaciones teóricas: la psicoterapia interpersonal para adolescentes con depresión (Mufson et al., 2004; Mufson, Weissman, Moreau & Garfinkel, 1999; Sburlati, Lyneham, Mufson & Schniering, 2012), incluyendo la adaptada para los que presentan autoagresión no suicida (Jacobson & Mufson, 2012); la terapia cognitivo conductual (Clarke, Rohde, Lewinsohn, Hops & Seeley, 1999; Jiménez, Bernal & Rosselló, 2009; Reinecke, Ryan & Dubois, 1998); la terapia psicodinámica, teniendo en cuenta la depresión y otros trastornos (Abbass, Rabung, Leichsenring, Refseth & Midgley, 2013; Midgley et al. 2013). Igualmente se ha hecho la comparación entre varios tipos de terapias: cognitivo conductual, familiar sistémica comportamental y de apoyo no directiva (Birmaher et al., 2000). A su vez, se ha desarrollado la intervención grupal desde el enfoque cognitivo conductual (Rohde, 2005; Rohde, Clarke, y Mace, 2004).

También se han empezado a explorar otras alternativas como la terapia cognitivo conductual computarizada, tanto para intervención terapéutica como para prevención. Este tipo de intervenciones que en general son interactivas y con uso de multimedia, ofrecen

facilidades para personas que viven en zonas alejadas, pueden ser utilizadas en el hogar del paciente y adicionalmente podrían implicar menos costos. En su revisión sobre estas intervenciones Medeiro, Ramírez, Martínez y Rojas (2012) encontraron diez artículos sobre seis programas, de los cuáles sólo uno pertenecía a Latinoamérica y estaba en español.

Por su parte, el estudio de la farmacoterapia y su comparación con el tratamiento combinado también ha sido ampliamente explorado. Una de las investigaciones estudia el tratamiento llamado TORDIA, (por su nombre en inglés: the Treatment of SSRI Resistant Depression in Adolescents) y estudia los resultados del tratamiento de la depresión resistente a los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) en adolescentes en seis lugares diferentes (Spirito et al., 2009). Los autores encontraron dos principales causas de las diferencias en los resultados del tratamiento: los factores del muestreo (las características clínicas de los participantes) y los factores del protocolo del tratamiento. Por otro lado, existe el tratamiento para adolescentes con depresión TADS (por su nombre en inglés: Treatment for Adolescents with Depression Study) que ha sido estudiado por diferentes autores (Domino et al., 2008; Kennard et al., 2009; March et al., 2004; TADS Team, 2007). Concluyéndose que en los adolescentes con depresión moderada a severa, el tratamiento con fluoxetina sola o en combinación con la terapia cognitiva conductual acelera la respuesta; la combinación con la psicoterapia aumenta la seguridad de la medicación y por esto para la depresión parece superior y más recomendable el tratamiento combinado que la monoterapia con fármacos (TADS Team, 2007).

Adicionalmente se ha señalado la relevancia de la psicoeducación, las intervenciones con la familia y el colegio (Birmaher et al., 2007).

También es de gran utilidad la revisión de David-Ferdon y Kaslow (2008) donde se encontraron 18 estudios de resultados terapéuticos con adolescentes deprimidos, en la cual se exploraron los tratamientos psicosociales basados en la evidencia y se concluyó que la terapia cognitivo conductual en su modalidad de grupo y el tratamiento individual bajo la terapia interpersonal son las que mayor soporte tienen y están profundamente bien establecidas.

En la terapia cognitivo conductual se trabajan algunos temas como la identificación y programación de actividades que eleven el estado de ánimo, identificación y modificación de cogniciones negativas, entrenamiento en relajación y aprendizaje y práctica de habilidades para resolver problemas. Por su parte, en la psicoterapia interpersonal el foco está en los problemas interpersonales que son comunes entre los adolescentes, por ejemplo, el cambio en la relación entre padres e hijos; la intervención está diseñada para ayudar a los adolescentes con sus dificultades en relación a las transiciones de rol, las disputas, el duelo y las falencias personales (Weisz et al, 2013).

En el marco del tercer paradigma de la investigación, donde se incluyen los métodos mixtos, se encuentra en desarrollo la investigación de Midgley et al. (2013; 2015) en la que se integra un estudio cualitativo a un estudio clínico randomizado con alrededor de 500 adolescentes con depresión. Entre los primeros hallazgos de la parte cualitativa de su estudio, los autores encontraron como características predominantes en la experiencia de los jóvenes la rabia y la sensación de aislamiento, y estas podrían ser señales de advertencia de depresión; es así como basarse en estas señales descritas por los propios adolescentes podría ayudar a identificar y diagnosticar la depresión con mayor precisión.

En una revisión que incluye las investigaciones cualitativas y cuantitativas sobre intervenciones en los años ochenta y noventa, Méndez, Moreno, Meca, Olivares y Espada (2000) enuncian los estudios de caso y ensayos clínicos abiertos que apoyan la utilidad de varios tipos de terapia para el tratamiento de depresión en adolescentes. Allí concluyen que el tratamiento psicológico constituye un abordaje eficaz para la depresión en niños y adolescentes y que la terapia cognitivo conductual es la que mayor apoyo empírico posee.

Investigación cualitativa en depresión

Se examinarán ahora algunas de las investigaciones cualitativas encontradas:

A través de grupos focales y entrevistas en profundidad Wisdom y Green (2004) estudiaron cómo los adolescentes conceptualizan la depresión y responden a su diagnóstico, encontrando que esto puede afectar sus decisiones y actitudes frente a buscar tratamiento

médico. Por su parte Fornos et al., (2005) buscaron comprender a través de entrevistas en grupos focales qué sabían y cuáles eran las actitudes de adolescentes México-americanas que vivían en el sur de Texas, frente a la depresión y qué tanta aceptación podría tener una intervención en la escuela usando pares facilitadores.

Otros estudios han explorado la vivencia de la depresión en la adolescencia (McCarthy, Downes y Sherman, 2008) y la experiencia de los pacientes buscando y recibiendo cuidados de proveedores de atención primaria, así como las barreras que encontraban al hacerlo, esto con el fin de orientar a los proveedores de acuerdo a las necesidades que fueron halladas en los adolescentes: ser normales, estar conectados y ser autónomos (Wisdom, Clarke, & Green, 2006). Y desde la terapia Gestalt se puede encontrar el relato sobre el proceso terapéutico de una terapeuta y una adolescente con depresión suicida (Carroll, 2009).

Para el 2006, Dundon realizó una meta síntesis examinando las investigaciones sobre la experiencia de depresión en adolescentes entre los años 1970 y 2005 y encontró solo seis estudios cualitativos a esa fecha. La autora encontró seis temas comunes en las experiencias de estos jóvenes: más allá de la tristeza; en espiral hacia abajo y adentro; puntos de ruptura; ver y ser visto; buscando soluciones y la toma de control. Una de sus grandes conclusiones fue que los padres, los educadores, y los profesionales que se encuentran en contacto todos los días con los adolescentes son quienes deben identificar los síntomas de depresión leve a moderada antes de que se pueda desarrollar un trastorno depresivo mayor.

Posteriormente, con el fin de usar métodos cualitativos en la investigación de la experiencia subjetiva de los pacientes y basados en el modelo constructivista, Lachal y sus colaboradores (2012) llevaron a cabo entrevistas con adolescentes y clínicos, que arrojaron tres aspectos de la experiencia depresiva: (A) *Estado emocional*: la irritabilidad, la abrumadora naturaleza de la experiencia depresiva, las percepciones negativas de uno mismo y las ideas de la muerte. (B) *Manifestaciones no emocionales*: lentitud mental y trastornos del sueño. Y por último (C) *manifestaciones en las interacciones sociales*: en el trabajo, en actividades de ocio y en las relaciones. Posteriormente con base en estos tres aspectos de la experiencia depresiva, se formularon ítems para la construcción de una

escala para evaluar la depresión en adolescentes, y tanto la versión para adolescentes como para clínicos de la ADRS (Adolescent Depression Rating Scale) fue validada en Francia

McCann, Lubman y Clark (2012), en una investigación en Australia, estudiaron la experiencia de jóvenes diagnosticados con depresión, encontrando cuatro temas principales: *dificultades para entender su situación*, ya que es una experiencia demandante e impredecible para algunos de ellos y que los deja con incertidumbre sobre su presente y su futuro. *La espiral descendente*, que habla de su pérdida de control y de cómo cada vez se ve más afectado su bienestar físico, psicológico y social. *Retirarse*, lo cual es usado como una manera para protegerse a sí mismos del estigma y en algunos casos para preservar las amistades ya existentes. Y contemplar la *autoagresión o suicidio*, lo que da lugar a que se involucren en conductas maladaptativas, uso de alcohol y drogas, y relaciones sexuales riesgosas.

A su vez, en 2015, Midgley y sus colaboradores, publicaron los resultados de su investigación en la cual a través de una entrevista semiestructurada exploraron tres áreas clave de la depresión en adolescentes: las dificultades que llevaron a los jóvenes a los servicios de salud mental; cómo entienden esas dificultades; y sus expectativas de la terapia. Los datos fueron analizados cualitativamente, con énfasis en cómo los adolescentes hablaron sobre su depresión. En este estudio fueron identificados cinco temas: la miseria, la desesperación y las lágrimas; la ira y la violencia hacia sí mismo y otros; una visión sombría de todo; el aislamiento y desconexión del mundo; y el impacto en la educación.

Los autores pudieron encontrar elementos que, si bien no se incluyen en los criterios diagnósticos ni en las herramientas de detección, hacen parte importante de la experiencia de los jóvenes, como el aislamiento y las explosiones de ira y violencia, asuntos que requieren de mayor atención como las dificultades para enfrentar el colegio, la presión frente al trabajo escolar y lo difícil incluso de estar rodeados de personas en la escuela (Midgley et al, 2015).

Así mismo, existen estudios que han explorado la visión de otros actores del proceso, por ejemplo, los proveedores de atención primaria (Richardson et al., 2007), con los cuales se indagó sobre la influencia de las advertencias en las cajas de medicamentos psiquiátricos en

la manera como se trataría la depresión en jóvenes. Y, por otro lado, padres y profesionales que trabajan con jóvenes (Draucker, 2005), en una investigación en la que se describen los patrones comunes de interacción entre adolescentes deprimidos y los adultos importantes para sus vidas.

A su vez, Fernández, Herrera y Escobar (2016) estudiaron a través de entrevistas en profundidad qué pensaban los adolescentes sobre la relación terapéutica y cómo esto se modificaba con el paso de las sesiones. Los autores encontraron que la relación terapéutica es vista por los adolescentes con un alto componente afectivo, que les genera alivio de tensiones físicas y afectivas. Dicha relación se transforma desde una reticencia inicial hacia la confianza en la que sienten que se pueden expresar libremente y ser auténticos.

Es amplio el camino recorrido en el ámbito de la depresión en adolescentes, se conoce abundantemente su presentación clínica y prevalencia, se han identificado cuáles tratamientos podrían resultar más provechosos para mejorar los síntomas y obtener mayores resultados terapéuticos. Sin embargo, falta comprender cómo se produce el cambio psicoterapéutico en adolescentes con depresión, qué factores influyen y cómo el cambio es conceptualizado por los diferentes actores en la psicoterapia para el tratamiento de síntomas depresivos.

3. MARCO METODOLÓGICO

El presente estudio hace parte del proyecto Fondecyt número 1141179 “Experiencias de Éxito y Fracaso en Psicoterapia – Construcción de un Modelo Comprensivo Multidimensional”, liderado por Mariane Krause Jacob del Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP)². En dicho proyecto se busca construir un modelo conceptual multidimensional sobre aspectos exitosos y no exitosos del proceso psicoterapéutico, desde la experiencia subjetiva de los distintos participantes (consultantes, familiares y terapeutas) considerando la etapa del ciclo vital del consultante (niños, adolescentes y adultos), sus problemáticas (incluyendo primer brote psicótico) y expectativas, y el enfoque teórico y los años de experiencia en psicoterapia de los terapeutas.

Como parte de este proyecto mayor, se describirán a continuación los aspectos metodológicos usados en esta investigación en particular. Con respecto al presente estudio se busca describir los contenidos de cambio de las psicoterapias desarrolladas con adolescentes con síntomas depresivos, dicho contenido de cambio se analiza desde lo que reportan los mismos adolescentes, sus terapeutas y aquello que señalan observadores externos. En este contexto, la pregunta de esta investigación es:

¿Cuáles son las convergencias y divergencias existentes sobre el contenido del cambio terapéutico entre las perspectivas de adolescentes con síntomas depresivos, sus terapeutas y observadores externos?

3.1. OBJETIVOS

Objetivo general

Caracterizar las convergencias y divergencias existentes sobre el contenido del cambio terapéutico entre las perspectivas de adolescentes con síntomas depresivos, sus terapeutas y observadores externos.

² Financiado por el Proyecto IS130005, de la Iniciativa Científica Milenio del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo.

Objetivos específicos

- Describir el contenido del cambio psicoterapéutico desde la perspectiva de adolescentes con síntomas depresivos.
- Describir el contenido del cambio psicoterapéutico desde la perspectiva de terapeutas de adolescentes con síntomas depresivos.
- Describir el contenido del cambio psicoterapéutico desde la perspectiva de observadores externos en psicoterapias de adolescentes con síntomas depresivos.
- Identificar las convergencias y divergencias existentes entre las tres perspectivas del contenido del cambio psicoterapéutico: adolescentes, terapeutas y observadores externos.

3.2. DISEÑO

La presente investigación posee un enfoque cualitativo, debido a que se considera es el más apropiado para responder a los objetivos de esta investigación, dado que el foco está en describir y comprender un fenómeno desde las percepciones y significados de los participantes de una experiencia (Hernández, Collado & Baptista, 2014).

De igual forma, el estudio se ubica desde una orientación fenomenológica, en la que lo pertinente y significativo es dado por las percepciones, sentimientos y acciones de los actores sociales (Sandoval Casilimas, 1996) y el principal núcleo del análisis es la descripción que los participantes hacen de la experiencia (Midgley, 2004).

Dentro de la investigación en psicología, los estudios de caso son relevantes para entender a las personas, con sus experiencias, percepciones y emociones (Muñiz, 2010) y dentro de la presente investigación es preciso el uso del estudio de casos ya que conforme a lo descrito por Stake (2010), se intentan preservar las realidades múltiples, diferentes e incluso contradictorias. Stiles (2009) agrega que en los estudios de caso se hace uso de la empatía y

la comprensión más que de la observación no participante, y que busca centrarse en buenos ejemplos, más que en ejemplos representativos. Varios autores han encontrado en el estudio de caso un buen diseño para estudiar pacientes con síntomas depresivos (Alves et al., 2014; Angus, Goldman & Mergenthaler, 2008; Gonçalves, Mendes, Ribeiro, Angus, & Greenberg, 2010; Ribeiro et al., 2011).

Con el fin de poder profundizar en los casos y a la vez poder contar con diversas perspectivas, se estudiaron 6 casos. De acuerdo a lo propuesto por Sandoval Casilimas (1996) es un *estudio de caso múltiples* y según Stake (2010) es un *estudio colectivo de casos*, lo que coincide con Roussos (2007) quien considera que en la práctica se puede considerar a un grupo de personas como sujeto, ya que es la forma de análisis (comparativo intracasos) lo que define al diseño de caso único y no la cantidad de casos. De igual manera para Muñiz (2010) es posible que se incluyan varios casos, lo importante es que cada una de las unidades sea abordada de manera individual. Para este estudio en particular, se eligió el estudio de casos múltiples dado que con esta investigación se pretende ahondar en la comprensión del contenido del cambio en psicoterapia desde diferentes perspectivas, este diseño permite profundizar en estos elementos dando importancia a la comprensión más que a la generalización o al estudio de un gran número de casos.

De la misma manera, dentro de los tipos de diseño descritos por Roussos (2007), el presente trabajo se enmarca en los diseños observacionales, ya que no se manipularon variables, aunque sí se tuvieron en cuenta algunas de ellas al momento de seleccionar los casos de estudio; además, lo que se buscó fue estudiar casos de intervención terapéutica haciendo énfasis en las características del caso y los resultados obtenidos.

Por otro lado, en cuanto al rigor metodológico, este ha sido nombrado de varias maneras, sin embargo, es apoyado y ha sido usado por diversos autores en la investigación cualitativa (Hernández et al., 2014; Muñiz, 2010; Sandoval Casilimas, 1996; Wisdom & Green, 2004). Con el fin de contribuir a la validación de la información analizada, en las diferentes etapas del proceso de investigación se trianguló la información (Cornejo & Salas, 2011): se contó con la participación de otros profesionales entrenados en investigación cualitativa y pertenecientes al equipo de trabajo del Fondecyt al que se adscribe esta tesis, y con ellos se garantizaron múltiples puntos de vista en la recolección, interpretación, análisis de los datos

y discusión de los hallazgos. Igualmente, los procedimientos, alcances y limitaciones de la investigación están descritos en detalle más adelante.

3.3. TÉCNICAS DE PRODUCCIÓN Y RECOLECCIÓN DE DATO

Caracterización de los casos

Con el fin de tener información suficiente para describir a los adolescentes, los terapeutas y la evolución de sus casos, se incluyeron tres fuentes de información:

Ficha del participante: donde se consignaron los siguientes datos: identificación del paciente/participante; identificación del familiar; antecedentes sociodemográficos; antecedentes clínicos del participante; antecedentes de trauma en la infancia; antecedentes clínicos familiares; identificación de la terapia; antecedentes de la terapia en curso y antecedentes del terapeuta.

BDI: con el fin de evaluar la presencia y gravedad de síntomas depresivos se usó el Inventario de Depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) el cual consiste en 21 preguntas acerca de cómo se ha sentido el sujeto en la última semana. Se aplicó al inicio y final de la terapia.

Y-OQ: el Youth Outcome Questionnaire (Wells, Burlingame y Rose, 2003) es un test de 64 preguntas que está diseñado para describir una amplia gama de situaciones, comportamientos, y estados de ánimo problemáticos comunes entre los adolescentes. Actualmente adaptado y en proceso de validación con población chilena por Valdés, Borzutzky, Arriagada y Quevedo (2014), mientras se finaliza este proceso se usarán los puntos de corte norteamericanos. Se aplicó al inicio y final de la terapia.

Perspectiva de adolescentes y terapeutas

Entrevista semiestructurada

Este tipo de entrevista contiene unas preguntas guía que permiten respuestas abiertas, el orden en que se pregunta a los entrevistados puede variar, y el entrevistador tiene la libertad de profundizar en las respuestas que considera importantes. Tal como lo recomienda Romero (s.f), se hizo la grabación en audio con consentimiento de los participantes. La entrevista semiestructurada fue apropiada para este estudio debido a que buscaba riqueza informativa contextualizada y holística y acceder a dicha información solo era posible a través de los entrevistados (Guerrero, 2001). Algunos de los temas en los que se profundizó con la entrevista fueron: diagnóstico y noción de enfermedad, expectativas frente al proceso terapéutico, relación terapéutica, aspectos del proceso (intervenciones y momentos significativos), resultados (cambios) y proceso de término de la terapia. Con estas entrevistas se pudo profundizar en las perspectivas de pacientes y terapeutas respecto del contenido del cambio psicoterapéutico, y los factores del proceso psicoterapéutico que inciden en éste.

De la entrevista completa que fue diseñada por el equipo del Fondecyt 1141179, para este estudio se escogieron particularmente las preguntas del guion cuyas respuestas estaban relacionadas con la evaluación global de la terapia, los cambios y los facilitadores del cambio (Ver anexos 7.2 y 7.3).

Las entrevistas se realizaron después de que se finalizó la atención, con el fin de que los participantes pudieran tener una visión en retrospectiva de la totalidad del proceso terapéutico. Aproximadamente tres meses después de terminado el tratamiento se contactó telefónicamente a los participantes para citarlos y las entrevistas se realizaron por miembros del equipo Fondecyt en las instalaciones del centro donde se desarrolló la atención, con una duración de entre 40 minutos a una hora aproximadamente. Posteriormente el audio fue transcrito con normas Mergenthaler (Mergenthaler & Stinson, 1992) para facilitar el análisis.

Perspectiva del observador externo

Videograbación y transcripción

Como se expresó anteriormente, cada una de las sesiones psicoterapéuticas fue videograbada y posteriormente los audios fueron transcritos con normas Mergenthaler (Mergenthaler & Stinson, 1992), esto con el fin de analizar el texto y el video para identificar los episodios de cambio por parte de los observadores externos (Psicoterapia y Cambio, s.f.). De acuerdo al protocolo, cada investigador en una observación inicial revisó las sesiones e identificó los cambios, verificando que cumplieran con los criterios de correspondencia teórica, verificabilidad, novedad y consistencia (Krause et al., 2006; Krause et al., 2014). Luego, con la *pauta de registro de observación inicial* diligenciada, en la cual se encontraban los episodios de cambio delimitados y los IGC asignados, entre otra información, se realizaron reuniones con otro codificador, en las cuales fueron puestos en común los episodios y se discutieron los acuerdos y desacuerdos, de esta manera se llevó a cabo una triangulación de la que emergió una planilla con los episodios finales.

3.4 MUESTRA

La muestra fue seleccionada del universo del estudio “Patrones relacionales, alianza terapéutica y proceso de transformación subjetiva en psicoterapia con adolescentes con sintomatología depresiva” de Henry Daniel Espinosa Duque³, muestra que a su vez pasó a hacer parte del proyecto Fondecyt 1141179. El tipo de muestreo fue de tipo intencionado, no probabilístico (Hernández et al., 2014) y fue un muestreo de casos homogéneos (Sandoval Casilimas, 1996) ya que lo que se busca estudiar es un grupo con una experiencia en común: adolescentes con síntomas depresivos y sus terapeutas.

Presentaremos a continuación los criterios de inclusión y exclusión que se consideraron para elegir la muestra:

Criterios de inclusión: 1) Ser adolescentes cuya edad está entre los 13 y 18 años. Si bien las edades cronológicas establecidas como la etapa de la adolescencia cambian de acuerdo al autor (Krauskopf, 1994; Duskin, Papalia & Wendkos, 2012) en este estudio se tomó el rango 13 a 18 de acuerdo al periodo establecido por Havighurst para la adolescencia (citado

³ Investigación realizada para optar al título de Doctor en Psicoterapia de la Pontificia Universidad Católica de Chile - Universidad de Chile (Espinosa, 2016).

en Ewalds-Kvist, 2015) y con el fin de tomar en cuenta las diversas sub-etapas que propone la Organización Mundial de la Salud (2000).

2) Tener sintomatología depresiva leve o moderada al inicio de la psicoterapia, de acuerdo al BDI, Inventario de Depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961).

3) Aceptar participar libremente en la investigación, tanto los pacientes como sus familiares firmaron el consentimiento y asentimiento informado (anexo 7.5 y 7.6).

4) Asistir a terapia en alguno de los centros con los que tienen convenio los proyectos citados: Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA), Centro de Atención Psicológica y Estudios de la Universidad Central, Centro de Atención Psicológica de la Universidad Gabriela Mistral y Psicomédica.

Criterios de exclusión: tener discapacidad intelectual, tener psicosis o cualquier otro trastorno severo como diagnóstico principal. Se buscó de esta manera poder desarrollar una entrevista completa y sin dificultades en la comunicación, así como garantizar que el principal foco de la terapia estaba relacionado con los síntomas depresivos que son el interés de esta investigación.

Con respecto a los terapeutas, estos fueron tanto hombres como mujeres, debido a que se ha encontrado que el género no influye significativamente en los resultados que se puedan obtener en la psicoterapia (Duncan, 2013). A su vez se incluyeron terapeutas independientemente de su edad y años de experiencia en el ámbito clínico (Ver Tabla 1). Y en consonancia con la visión transteórica del cambio terapéutico que posee la presente investigación, las intervenciones realizadas fueron desde diferentes enfoques teóricos. De igual manera los adolescentes fueron tanto mujeres como hombres, ya que los estudios que han investigado la influencia del género del paciente en el tratamiento, los resultados o la finalización, no han encontrado diferencias significativas entre hombres y mujeres (Corbella y Botella, 2004).

La investigación de Espinosa (2016) incluía diez terapias de adolescentes, dichas terapias fueron videograbadas y posteriormente se identificaron los episodios de cambio de cada

sesión, entre otros procedimientos. Estas diez terapias fueron incluidas posteriormente en el proyecto Fondecyt 1141179 y en este marco, tanto los adolescentes como los terapeutas fueron contactados una vez finalizada la terapia para realizar la entrevista de seguimiento que incluía preguntas generales sobre todo el tratamiento.

De estas terapias se escogieron 6 de ellas, considerando que se tuvieran completas las entrevistas del terapeuta y el paciente, así como la videograbación de todas las sesiones. Además, se buscó que el tratamiento estuviera compuesto mínimo por 6 sesiones de terapia individual, para garantizar que se hubiera tenido el tiempo mínimo para un proceso terapéutico. Adicionalmente se tuvo en cuenta para la selección de los casos las entrevistas que ofrecieran mayor riqueza informativa, esto de acuerdo a Stake (2010) quien asegura que el principal criterio en el momento de elegir los casos debe ser la máxima oportunidad de aprendizaje.

Fue así como dentro de la muestra de los estudios citados se seleccionaron para la presente investigación seis casos, se escogió este número de casos de acuerdo a que se estudiaron tres perspectivas de cada caso, obteniéndose 18 perspectivas a recolectar y analizar, esta cantidad según criterios de viabilidad y factibilidad se encontró razonable. Adicionalmente, aunque se había propuesto tomar cuatro casos, finalmente por el criterio de saturación de información y con el fin de tener mayor diversidad en la muestra se escogieron 6. Dado que previamente se contaba con las entrevistas realizadas, también se buscaron entrevistas con mayor información que permitieran ampliar la visión del fenómeno.

En la Tabla 1 se presentan las características finales de la muestra, donde se destacan elementos relacionados con los adolescentes, los terapeutas y la terapia. Con el fin de resguardar la confidencialidad de los participantes se recurrió a asignar una letra a cada terapia, y en las viñetas que se usarán para ilustrar las temáticas analizadas, todos los datos que permitan identificación fueron modificados o removidos.

Es pertinente aclarar que las terapias D y E son terapias de orientación cognitivo conductual asistida por computador (Martínez, Martínez, Vöhringer, Araya, & Rojas, 2014) y su terapeuta fue la misma. Asimismo, la terapia B y C tienen la misma terapeuta.

Tabla 1.

Características de los participantes y sus procesos terapéuticos.

Terapia	Género paciente	Edad	Género terapeuta	Edad Terapeuta	Orientación terapia	Años experiencia terapeuta	Sesiones asistidas	Terminación
A	Mujer	15	Mujer	25	Eclética	Menos de 5 años	7	Abandono
B	Hombre	17	Mujer	26	Eclética	Menos de 5 años	8	Finalizada
C	Mujer	13	Mujer	26	Eclética	Menos de 5 años	10	Finalizada
D	Mujer	17	Mujer	50	Cognitiva conductual	Entre 5 a 10 años	11	Finalizada
E	Mujer	18	Mujer	50	Cognitiva conductual	Entre 5 a 10 años	6	Abandono
F	Hombre	18	Hombre	37	Integrativo	Entre 10 a 15 años	9	Finalizada

Nota: la terminación es de acuerdo a lo reportado por el terapeuta.

Revisaremos ahora algunos datos adicionales de cada terapia, que fueron obtenidos de la ficha de los participantes y de las entrevistas con los participantes:

Terapia A: este caso fue cubierto por el GES⁴. La paciente llegó remitida por el médico general y el motivo de consulta era el poco control de impulsos, el inadecuado manejo de emociones y la presencia de sintomatología depresiva moderada. El tratamiento no incluyó farmacoterapia.

Terapia B: este adolescente fue remitido por el colegio por bajo rendimiento académico. Estaba en último año escolar y tenía poca claridad respecto a su elección vocacional y futuro. Además tenía bajo estado ánimo. En esta terapia no se usaron psicofármacos de manera complementaria.

⁴ Sistema de Garantías Explicitas de Salud de Chile.

Terapia C: la adolescente fue remitida por el colegio por problemas interpersonales y síntomas depresivos. Se presentaba crisis adolescente, rebeldía, problemas con amigos y sentimiento continuo de tristeza. La paciente no tomaba medicamentos.

Terapia D: en este caso se había tenido tratamiento psiquiátrico previo y en el marco de la psicoterapia evaluada también se acompañó con farmacoterapia. Es otro caso GES y presentaba problemas interpersonales con la madre, con antecedentes de disfunción familiar y agresividad de la madre. La adolescente tenía conflictos en su elección vocacional y ansiedad por rendimiento de PSU⁵.

Terapia E: la paciente estaba en último año escolar y tenía conflictos con el rendimiento de la PSU, elección de la universidad y la carrera que iniciaría después de terminar el colegio. Presentaba constante tristeza y pensamientos negativos hacia el futuro. Tenía además sensación de incomodidad con los otros, asumía roles de adulto. Esta paciente tomaba medicación psiquiátrica como acompañamiento a la psicoterapia.

Terapia F: Llegó por bajo ánimo, bajo rendimiento académico, estaba repitiendo el año escolar y tenía riesgo de perder nuevamente el curso. Tenía problemas académicos y somáticos, sensación de cansancio constante. Sus padres estaban separados hacía cinco años. Si bien era necesaria la atención psiquiátrica dada la intensidad de sus síntomas, ni la familia ni el paciente siguieron la recomendación de consultar a un psiquiatra.

Por otro lado, se cuenta con los puntajes de varias pruebas que son auto reportes de los pacientes (Tabla 2): BDI, Beck Depression Inventory (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961); YOQ, Youth Outcome Questionnaire (Wells, Burlingame y Rose, 2003) y OQ, Outcome Questionnaire. Estas pruebas fueron diligenciadas cada una en la sesión inicial y sesión final.

⁵ PSU: Prueba de Selección Universitaria, es un instrumento de evaluación que mide la capacidad de razonamiento de los jóvenes egresados de la Enseñanza Media en Chile y que es tomado en cuenta para definir el ingreso a la Educación Superior.

Tabla 2.

Puntajes BDI, YOQ y OQ de los pacientes

Terapia	YOQ Total inicial		YOQ Total final		BDI Inicial		BDI Final	
A	103	Disfuncional	44	Disfuncional	21	Depresión moderada	9	Depresión mínima
B	43	Funcional	37	Funcional	10	Depresión leve	6	Depresión mínima
C	62	Disfuncional	58	Disfuncional	12	Depresión leve	7	Depresión mínima
D	93	Disfuncional	55	Disfuncional con cambio significativo	35	Depresión severa	14	Depresión leve
E	110	Disfuncional	71	Disfuncional con cambio significativo	25	Depresión moderada	11	Depresión leve
F	OQ 125	Disfuncional	OQ 93	Disfuncional con cambio significativo	28	Depresión moderada	22	Depresión moderada

Nota: al paciente de la terapia F por tener 18 años se le aplicó el OQ.

Con el fin de comprender mejor los resultados de estas pruebas se presentan a continuación las puntuaciones dentro de las cuales se considera que la población es disfuncional en el OQ y YOQ (Tabla 3) y los grados de depresión en el BDI (Tabla 4).

Tabla 3.

Puntajes YOQ (adolescentes) y OQ (adultos)

Población disfuncional adolescentes	>47
Población disfuncional adultos	>73
Cambio significativo adolescentes y adultos	>17

En cuanto al BDI los puntajes de corte estándar son los siguientes:

Tabla 4.
Puntajes BDI

Depresión mínima	0 - 9
Depresión leve	10-18
Depresión moderada	19 - 29
Depresión severa	30 - 63

3.5. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS

Perspectiva de adolescentes y terapeutas

Análisis de contenido

Con análisis de contenido (AC) nos referimos en esta investigación a aquel análisis que se hace sobre el lenguaje verbal, teniendo en cuenta que es la expresión más poderosa de la subjetividad humana (Delgado y Gutiérrez, 1999). Dicho lenguaje verbal puede ser posteriormente transcrito para mayor facilidad, y por eso nos referiremos al “texto”, que posee los niveles sintáctico, semántico y pragmático, en donde el AC buscaría detectar las conexiones entre el nivel sintáctico y sus referencias semánticas y/o pragmáticas. Es así como para Delgado y Gutiérrez “El AC puede concebirse como un conjunto de procedimientos que tienen como objetivo la producción de un meta-texto analítico en el que se representa el corpus textual de manera transformada” (p. 181).

Existen diversos métodos de AC, conforme a si se estudian los diferentes niveles, dimensiones y dinámicas del hecho comunicativo. En la presente investigación se hizo énfasis en el análisis de contenido propuesto por la Teoría Fundamentada desarrollada por Glaser y Strauss y descrita por varios autores, haciéndose uso de algunos de sus elementos, tales como la codificación abierta y axial (Cáceres, 2003; Delgado y Gutiérrez, 1999; Galeano Marín, 2004; Valles, 1999).

En esta investigación, para cada uno de las unidades analizadas (entrevista del paciente, entrevista del terapeuta, y episodios de cambio identificados por observadores externos) se siguió el proceso de codificación abierta individual por parte de mínimo dos integrantes del equipo Fondecyt. En dicha codificación cada uno creaba un código de acuerdo a lo que expresara el entrevistado o asignaba un código si ya existía alguno que se ajustara. Luego se realizaron reuniones de triangulación en la que se discutían y conciliaban los códigos creados y asignados y de igual manera se fueron creando categorías que agruparan dichos códigos. Después de que se tuvieron todas las entrevistas y episodios de cambio codificados, de las categorías, subcategorías y códigos que surgieron del análisis del equipo, se seleccionaron aquellos que tuvieran directa relación con el objeto de estudio y preguntas de esta investigación. Para el análisis se consideraron las entrevistas completas y se seleccionaron las respuestas de los participantes que tuvieran relación con las categorías que se pueden apreciar en el apartado de resultados con la Tabla 5. Las temáticas también quedaron representadas por las preguntas señaladas con color en los guiones de entrevista de adolescentes y terapeutas (anexos 7.2 y 7.3), pero teniendo en cuenta que dichas temáticas aparecían tanto como respuesta a estas preguntas como a lo largo de la entrevista como respuesta a otras preguntas, por eso se incluyen en los anexos los guiones completos.

ATLAS ti 7

Para el procesamiento de la información se usó el Atlas ti 7, el cual ha mostrado ser un programa de elaboración teórica, útil para segmentar, codificar y relacionar los datos y a partir de esto generar una representación gráfica (Hernández et al. 2014; Sandoval Casilimas, 1996; Valles, 1999). Inicialmente se codificó cada entrevista por separado, tanto de terapeutas como de adolescentes y los episodios de cambio, para luego analizar las convergencias y divergencias entre ellos

Perspectiva del observador externo

Episodios de cambio

Las transcripciones de las sesiones fueron analizadas para la identificación de los episodios de cambio. Gelo, Pritz, y Rieken (2015) sostienen que los indicadores y episodios de cambio fueron desarrollados desde la perspectiva del observador, a su vez fueron usados de esta manera en la investigación de Altimir et al. (2010) con adultos y de igual manera, fueron implementados desde la perspectiva del observador en la presente investigación.

La codificación se realizó de acuerdo al manual propuesto por el grupo Psicoterapia y Cambio (s.f.), sistema en el cual la investigadora tiene capacitación y experiencia previas. En un primer momento de la codificación, dos observadores independientes miraron la sesión de psicoterapia en video identificando los episodios y registrándolos en una planilla, así como asignando a cada uno un IGC (anexo 7.1). Posteriormente se pasó a una etapa de conciliación o acuerdo intersubjetivo, en la cual se revisaron en conjunto los hallazgos de momentos de cambio y para cada uno se delimitó el episodio de cambio completo, el cual tiene mayor extensión que el momento de cambio. En un tercer momento se procedió a hacer el análisis de contenido del episodio en concordancia con las categorías encontradas en el análisis de las entrevistas de los pacientes y los terapeutas.

Integración de perspectivas

Con la información recolectada desde las diferentes perspectivas: adolescentes, terapeutas y observador externo, y posterior al análisis de contenido, se procedió a la identificación de las divergencias y convergencias en dichas perspectivas. Se buscó puntualizar de manera cualitativa en qué se diferencian y en qué coinciden con el fin de complejizar la comprensión del cambio terapéutico.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Tanto el proyecto Fondecyt 1141179 como el estudio “Patrones relacionales, alianza terapéutica y proceso de transformación subjetiva en psicoterapia con adolescentes con sintomatología depresiva”, así como los instrumentos, cuentan con la aprobación del Comité de Ética de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile (anexo 7.4).

Con el fin de garantizar la confidencialidad, toda la información generada fue debidamente almacenada y resguardada, asignando una letra a cada terapia. La información no ha sido, ni será, publicada en su versión original ni en forma alguna que permita la identificación ni de la familia, ni del paciente, ni del terapeuta, ni asociarlos a alguno de los centros. La información que fue entregada por el paciente en la entrevista no fue conocida por su terapeuta y viceversa.

Para resguardar los aspectos éticos involucrados se usaron: consentimiento de participación de padres y/o cuidadores (anexo 7.5). Asentimiento de participación de adolescentes (anexo 7.6). Consentimiento de participación de terapeutas (anexo 7.7). Además, también se usó un compromiso de confidencialidad para codificadores, editores y/o transcriptores (anexo 7.8). Tanto los consentimientos como los asentimientos se firmaron antes de iniciar el proceso, durante una breve reunión con cada participante en la que se le explicaron las condiciones de la investigación y se aclararon dudas si existían.

Finalmente, a lo largo de esta investigación se buscó cumplir siempre con las indicaciones del apartado sobre Investigación y Publicación de los Principios Éticos y el Código de Conducta de la American Psychological Association (2010).

4. RESULTADOS

En este apartado revisaremos los resultados encontrados a partir de los análisis de las entrevistas de seguimiento de adolescentes y terapeutas y del contenido de los episodios de cambio identificados por los observadores externos. Para la exposición de resultados en primer lugar se realizará un breve resumen de los aspectos más importantes de cada caso. En segundo lugar, se mostrarán las categorías que emergieron del análisis. Luego se presentará el análisis de resultados por perspectivas, con el fin de revisar qué se encontró en general en las entrevistas de adolescentes, en las de terapeutas y qué tuvo más importancia en los episodios de cambio delimitados por los observadores externos. Y finalmente se expondrá un resumen de las categorías más sobresalientes en cuanto a convergencias y divergencias entre las perspectivas.

4.1 DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

A continuación, podremos encontrar un resumen descriptivo de cada una de las terapias que componen la muestra, y puntualizadas se encontrarán las características más representativas de cada una de ellas, de acuerdo a la información obtenida a través de las fichas de cada caso, a las entrevistas a sus participantes y a lo hallado en los episodios de cambio.

Terapia A

Los episodios de cambio señalados por los observadores en esta terapia fueron tres y se caracterizaban por tener un bajo nivel de complejidad, si bien cumplían con los criterios para ser un episodio de cambio, su contenido remitía a cambios simples. Dentro de la clasificación de los IGC (Indicadores Genéricos de Cambio), los tres asignados a esta terapia pertenecen a la fase I: consolidación inicial de la estructura de la relación terapéutica. El contenido del cambio estuvo relacionado con el reconocimiento de la necesidad de cambio y de características del sí mismo, hubo conciencia de las propias dificultades y la paciente pudo ver las cosas de otra manera.

Por su parte, la terapeuta afirmó en su entrevista que, si bien este fue un abandono y no fue para ella una psicoterapia como tal, los aprendizajes a nivel personal y profesional fueron significativos, de hecho, inició su propio proceso psicoterapéutico para continuar reflexionando

sobre temas que fueron activados con este caso. Por otro lado, destacó que los mayores logros de la paciente fueron el poder ver las cosas de una manera diferente y que esto le podría servir para mayores cambios en el futuro. La adolescente resaltó en su entrevista que desertó por un “capricho”, sin embargo, valoró el espacio porque sintió que podía ir a la terapia a decir “lo que se le ocurriera” e iba a ser escuchada y no juzgada por la terapeuta. La adolescente sintió que la psicóloga era su única figura de confianza y recordaba una sesión en la que lloró mucho y asistió también su madre; expresó que su logro más importante fue la mejora de la relación con su madre, sintió que la terapia le ayudó a pesar de que quedó inconclusa, pero a pesar de la mejora reconoció también que siguen quedando dificultades más profundas relacionadas con su personalidad.

Terapia B

En esta terapia los observadores externos encontraron solo dos episodios de cambio, los IGC pertenecen al igual que en la terapia anterior a la fase I: consolidación inicial de la estructura de la relación terapéutica. Son episodios cortos, con cambios incipientes que remiten a la reafirmación de características de sí mismo y a la conciencia de las propias dificultades.

La terapeuta señaló que fue una terapia caracterizada porque el adolescente no tenía claro el motivo de consulta y a ella le costó establecerlo, debido a esto le pareció un proceso difícil. Fue por esto que notó cambios mínimos, como la mayor expresión de emociones y el aumento de la iniciativa y la toma de decisiones. Dentro de todas las terapias es la terapeuta que menos cambios reportó en su paciente. Además, caracterizó a su paciente como sobre adaptado y complaciente. En adición, la finalización de esta terapia estuvo asociado a que la psicóloga no pudo identificar qué otros temas abordar en las sesiones con el paciente.

En cambio, el adolescente tuvo una valoración muy positiva de su proceso terapéutico, resaltando su sorpresa porque la terapeuta recordó detalles de lo que él le había contado en sesión, valoró mucho que lo escucharan y se preocuparan de él. Vio la terapia como un espacio del que salía más relajado, a su vez, describió a su terapeuta como una persona tranquila y los logros que más resaltó fueron que aprendió a hablar con otras personas y que pudo reafirmar las características de sí mismo.

Terapia C

La terapia C cuenta con cinco episodios de cambio. Dichos episodios tuvieron IGC tanto de la fase inicial I: consolidación inicial de la estructura de la relación terapéutica, como de la fase II: aumento de la permeabilidad hacia nuevos entendimientos, encontrándose en este sentido con avances como la manifestación de comportamientos y emociones nuevas. En cuanto al contenido de dichos episodios de cambio resaltó el reconocimiento de la necesidad de cambio, la mayor conciencia sobre los problemas y sus causas, la mayor conciencia de sus responsabilidades, y en general más tranquilidad y mejor estado de ánimo por parte de la paciente.

En su entrevista, la terapeuta puntualizó en primer lugar su evaluación mixta de la terapia, en cuanto pudo ver cambios, pero desde lo relacional el vínculo fue difícil de establecer con esta paciente, a quien describe como confrontacional e intimidante, y afirmó que parecía que la paciente “*pensaba que yo era tonta*”. Entre los logros que expuso están la mayor tolerancia a otras opiniones y la mejoría en la relación con los padres. Por su lado, la paciente coincide en una valoración mixta de la terapia pero sus argumentos se centran en desvalorizar la labor de los psicólogos, pues para ella es “*lo mismo que hablar con los amigos*” y expresó que su terapeuta era tediosa o monótona, principalmente porque siempre le insistió en que se auto exigía mucho en lo académico. Pero en contraste, relató que el espacio terapéutico le sirvió para desahogarse, que allí podía hablar de lo que quisiera y puntualizó los logros en su estado de ánimo, pues mejoró y ya no le afectan tanto los sucesos negativos con sus amigos, ni los problemas que ellos le cuentan.

Terapia D

Esta terapia resaltó por su riqueza en episodios de cambio, fueron identificados un total de veinte y en su mayoría cumplieron claramente con los criterios de correspondencia teórica, verificabilidad, novedad y consistencia (Krause et al., 2014). Cabe aclarar que ésta adolescente tiene facilidad para expresar lo que piensa y siente, lo que facilitó la identificación de los episodios de cambio. Fue evidente desde el análisis de los episodios de cambio que hubo un proceso de crecimiento personal y madurez, facilitados por la disposición al cambio de la paciente y el acoplamiento entre la teoría psicológica de la terapeuta y la personalidad de la adolescente. Con frecuencia se identificó la manifestación de emociones y comportamientos

nuevos, hubo cuestionamiento de las formas habituales de entendimiento y reconceptualización de los propios problemas. Además, algunos de los logros se vieron repetidos en varios episodios de cambio pues se fortalecieron y consolidaron en el transcurso de la terapia. En cuanto a los IGC se presentaron en el espectro que abarcó las tres fases, que incluyeron la consolidación inicial de la estructura de la relación terapéutica, el aumento en la permeabilidad hacia nuevos entendimientos y la construcción y consolidación de nuevos entendimientos.

La terapeuta describió el caso como exitoso, en la medida en que cambió el problema fundamental que fue la relación con la madre, es así como se pudo evidenciar que la madre y la adolescente cambiaron conjuntamente. Dentro de los logros que la paciente enunció, están el aumento en la confianza en sí misma, la realización de más actividades de su interés y que alcanzó un funcionamiento normal o adecuado en todas las áreas de su vida. La psicóloga consideró que se logró entablar un buen vínculo terapéutico. A su vez, esta terapeuta fue quién más cambios reportó en su paciente. La terapia finalizó porque se alcanzaron las metas trazadas.

A pesar de que la terapeuta evaluó positivamente la terapia, para la adolescente tuvo una valoración mixta, ya que evaluó como positivo el hecho de que se haya incluido a su madre en las sesiones y que la hayan convencido de ir a su propia terapia, pero expresó que no le gustó el uso del computador para el desarrollo de las sesiones, debido a que no quedaba tiempo suficiente para hablar con su terapeuta, y sintió que los ejemplos ofrecidos eran para personas de menos edad. La paciente reconoció muchos logros y cambios, pero también fue crítica y expresó lo que le disgustó de la terapia. Manifestó que el proceso terapéutico marcó un antes y un después en su vida y consideró que la relación terapéutica fue buena.

Terapia E

Los observadores externos delimitaron tres episodios de cambio en este caso, los IGC pertenecen a la fase I: consolidación inicial de la estructura de la relación terapéutica y fase II: aumento de la permeabilidad hacia nuevos entendimientos. En el contenido se caracterizaron porque la adolescente retomó actividades de interés, y hubo mayor conciencia de las propias dificultades y mayor tolerancia a la frustración, y además adquirió una nueva visión acerca del problema y emociones suscitadas. Lo más importante fue la modificación en la manera de relacionarse con su madre, pasando a ser de una manera menos conflictiva.

Por su parte, la terapeuta recordó poco a la paciente y los acontecimientos de la terapia, ella justificó este olvido en que la terapia finalizó por deserción de la paciente, lo que no permitió llevar a término la terapia. La psicóloga consideró que su paciente tenía un trastorno de personalidad de base y esto influyó en que no se pudiera establecer un adecuado vínculo terapéutico, en esta medida sintió que muchas de las cosas que le dijo a la paciente no lograban hacer resonancia.

Los logros que refirió sobre su paciente estuvieron relacionados con que pudo relajarse con la exigencia a nivel académico, manejar mejor el estrés y en general tener mayor regulación emocional. Si bien reconoció estos cambios en la adolescente como tal, consideró que no hubo cambios en los factores familiares y ambientales que fueron muy complejos, por esto en términos globales evaluó la terapia como mixta.

Lo más llamativo en la entrevista de la adolescente fue que para ella el proceso de término no fue un abandono, pues explicó que no quería terminar la terapia y que debió cambiar de terapeuta por un asunto administrativo del GES⁶, que no les permite a sus usuarios elegir al profesional tratante; esto de hecho le generó molestia pues sentía que ya tenía confianza en su terapeuta y no quería empezar de nuevo con otro profesional.

Además, al contrario de lo que pensó la terapeuta, la evaluación global de la terapia fue positiva y la adolescente recordó muchos detalles de su terapia, ella manifestó que la terapeuta fue simpática, amable, que la escuchó y fue neutra, expresó además que por eso su relación fue tan cercana como podría ser con un adulto. También admitió que ella fue antipática o molesta al inicio de la terapia porque no le gustan los adultos que no conoce. Entre los logros que rescató la adolescente están: la paciencia que le enseñó a tener la terapeuta, la adquisición de una mayor tranquilidad, y que gracias a la terapia dejó de faltar al colegio, además agregó que aún consulta el material que le entregó la psicóloga con el contenido abordado en las sesiones.

Terapia F

La terapia F tuvo seis episodios de cambio de acuerdo a los observadores externos, si bien la mayoría de IGC se ubicaron en la primera fase: consolidación de la estructura de la relación

⁶ Garantías Explicitas en Salud: constituyen un conjunto de beneficios garantizados por ley para las personas afiliadas al Fonasa (Fondo Nacional de Salud) y a las Isapres (Instituciones de Salud Previsional) (Superintendencia de Salud, 2016)

terapéutica, llamó la atención un episodio con un IGC muy alto, que pertenece a la fase III. construcción y consolidación de nuevos entendimientos, que habló del reconocimiento de la ayuda recibida.

En cuanto a la calidad de los episodios, estos fueron complejos de determinar por los observadores externos, debido a la gran dificultad del adolescente para verbalizar e interactuar en las sesiones. El contenido de cambio en los episodios estuvo relacionado con el reconocimiento de los posibles orígenes de las dificultades, el aumento de la motivación por el cambio, el aumento de la iniciativa del paciente para tomar decisiones y la identificación de algunas características de sí mismo.

La entrevista del terapeuta hizo mucho énfasis en los facilitadores y obstaculizadores de la terapia, se reportaron entre las condiciones facilitadoras varias habilidades del terapeuta y las ventajas de su modelo teórico (integrativo). Este proceso terapéutico finalizó porque el paciente decidió cambiar de ciudad de residencia.

Entre los obstáculos que tuvo el proceso terapéutico, el psicólogo resaltó la negligencia de la familia, y especialmente de la madre y su desestimación del problema del adolescente, quien tuvo marcados síntomas fisiológicos de depresión, como el enlentecimiento psicomotor entre otros, y que según el entrevistado claramente requería intervención psiquiátrica. A su vez, el terapeuta puntualizó como el gran logro de la terapia que el adolescente haya tomado la decisión de trasladarse de ciudad para irse a vivir con su padre.

El adolescente manifestó a su vez una valoración muy positiva de la experiencia, y en concordancia con el terapeuta expresó que el proceso le ayudó a tomar decisiones y a ser más independiente. Expresó que el psicólogo fue agradable durante todo el proceso y esto fue calificado como de ayuda ya que era su primera experiencia con un terapeuta.

4.2 CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

En el material analizado desde las tres fuentes de información se encontraron diversas afirmaciones relacionadas con el cambio, las que fueron agrupadas en categorías comunes, logrando de esta manera identificar tres grandes categorías: 1) evaluación global de la psicoterapia, 2) logros y cambios y 3) facilitadores del cambio; y con base en ellos se realizará

la presentación de los resultados. Estos ejes están relacionados con la evaluación global que los participantes hacen de la psicoterapia, los logros y cambios que pueden evidenciar a partir de ella y finalmente con los elementos del paciente, el terapeuta, la terapia o el contexto, que actúan como facilitadores y que hacen posibles dichos logros. Con el fin de tener mayor claridad en la exposición del material se presentan a continuación las categorías con sus sub-categorías, las cuales, si bien son comunes a adolescentes, terapeutas y observadores externos, en la presentación de cada resultado se podrán apreciar sus particularidades.

Tabla 5.

Categorías de análisis.

Apreciación global de la psicoterapia
Evaluación de efectividad de la psicoterapia
Evaluación de la calidad de la experiencia y del espacio terapéutico
Evaluación de la extensión de la terapia
Logros/cambios de la psicoterapia
Cambios en las relaciones interpersonales
Cambios intrapsíquicos
Afectivos
Actitudinales
Resignificación
Cambios comportamentales y sintomáticos
Cambios en los padres/a nivel familiar
Percepción de cambio desde un tercero
Condiciones facilitadoras del cambio terapéutico
Elementos de la relación terapéutica
Elementos del paciente
Elementos de la terapia
Elementos del terapeuta
Elementos del contexto extra-terapéutico

En la presentación de los resultados, se recurrirá al uso de viñetas o citas textuales de las entrevistas realizadas a los participantes y de los episodios de cambio de la terapia, las cuales serán presentadas en cursiva y entre comillas. Por fines de confidencialidad, se identificará al entrevistado desde el cual se extrajo con la designación de su rol (terapeuta o adolescente) más una letra que caracterizará la terapia, en reemplazo del uso de su nombre real, esta letra coincide con la de la Tabla 1 que presentó las principales características de la muestra en el apartado de la metodología utilizada en la presente investigación.

Ahora, se pasará a la exposición de los resultados agrupados por perspectivas. De esta manera se podrá conocer en profundidad qué prevaleció entre los adolescentes, qué entre los terapeutas y qué apareció desde los observadores externos.

4.3 RESULTADOS DE ADOLESCENTES

Primera categoría: apreciación global de la psicoterapia

A partir de la indagación sobre la valoración integral de la intervención terapéutica, con el fin de conocer si lo consideraban como un proceso exitoso, medianamente exitoso o no exitoso, se encontraron dos posiciones con igual fuerza: los adolescentes que la evaluaron como exitosa y otros con una valoración mixta de la terapia.

Quienes evaluaron, en términos generales, su proceso terapéutico como positivo, exitoso, eficaz, lo describen de esta manera centrándose en los logros, la buena relación con su terapeuta y valorando el aporte del espacio a su vida.

En contraste, los otros participantes hacen una evaluación mixta de la intervención psicológica, rescatando tanto los logros obtenidos y reconociendo algunos cambios, como siendo críticos en cuanto a los elementos que cambiarían porque no les gustaron o aquellos que desfavorecieron su tratamiento.

Adolescente D: *“(...) de verdad como que todo era muy monótono (...) ya, llegaba, el computador estaba prendido ja! Teníamos un power point sobre, y todos los días un tema distinto y cosas así como “cómo alejar los pensamientos negativos” (...) a ver algunos (temas) creo que no me ayudaban tanto (...) es que yo creo que un problema de todo esto, así sinceramente, es que yo siento que esta terapia sirve pero siento que yo era muy grande*

para estar en esta terapia (risa), eso yo creo. Porque no sé, las actividades, ¡a veces sentía que no eran como para mí! Porque a veces había como situaciones, ejemplos como pucha “la mamá no quiso dejarlo salir a la esquina” y es como pucha no sé yo tengo otra vida porque soy mucho más grande, eh, como yo llegué con diecisiete años tenía que estar acá pero después en febrero cumplí los dieciocho y entré al tiro a la U, entonces uno entra a la U y como que tiene una vida totalmente distinta a lo que es el colegio, se relaciona con pura gente adulta, entonces yo creo que eso también fue problema para mí”.

Es importante señalar que tanto en los casos en que los adolescentes desertaron del tratamiento, como en los casos de finalización del proceso terapéutico se dan a su vez evaluaciones positivas y mixtas de la terapia.

Como además se profundizó en las razones para considerar el proceso como exitoso o con una valoración mixta, se expondrán ahora las sub categorías de la apreciación global de la psicoterapia con el fin de ejemplificar mejor dichas valoraciones.

Evaluación de efectividad de la psicoterapia

Lo que manifiestan los adolescentes es que la terapia o el terapeuta les ayudó: los ayuda a sí mismos, ayuda igualmente en algunos casos a su familia, y también consideran algunas veces que esta ayuda puede tener efectos que se proyectan al futuro.

Del mismo modo, se pudo observar que a pesar de que en dos de los tratamientos no hubo continuación del proceso terapéutico y hubo deserción, dichos participantes encuentran aspectos favorecedores a pesar de que quedó inconclusa la intervención psicológica.

Adolescente A: “En realidad siento que quedó como en el camino, porque claro por un capricho mío yo deje de venir, y todo quedo como en el aire, pero igual todo lo que ella me dijo yo como que trato de practicarlo en el día a día, pero siento que se pudieran haber logrado más cosas”.

Para algunos pacientes cuyo proceso fue completo, la descripción de la intervención psicológica aparece incluso como un hito en su vida, que marca un antes y un después

Adolescente D: “Me ayudó eh, no sé, es que como que yo soy totalmente distinta a como era antes entonces... (cambió) en todo! (...) Eso ayudó bastante en mi vida, de hecho sí, es increíble como uno, salir de la depresión te cambia la vida, o sea, yo he estado como un

poco depre con toda la situación pero en general comparado a lo que tenía al principio es totalmente distinto”.

Evaluación de la calidad de la experiencia y del espacio terapéutico

Para la mayoría de los pacientes la terapia fue considerada como una actividad agradable, de disfrute, a la que asistían porque les gustaba y no solo porque inicialmente su familia o el colegio los pudiera haber presionado para que fueran. Después de superar la incomodidad inicial y generar confianza con su terapeuta, la experiencia fue vivida como entretenida. La intervención psicológica para estos participantes está enmarcada dentro de una experiencia positiva.

Adolescente B: *“fue como una experiencia que en ese momento vi como nueva pero que a la vez fue como muy grata se podría decir, yo ahora tenía como otra visión, de hecho antes igual era chico esa vez cuando me dijeron que fuera al psicólogo, pero con esta experiencia fue como bastante grata, de hecho me sorprendió en varios ámbitos, como la cosa de que le dije de que se preocuparan de uno, como que la facilidad que uno tiene para contarle cosas a una persona que nunca había compartido con ella”.*

En contraste, aparecen aisladamente otras categorías para dar una apreciación de la calidad de la experiencia, entre ellas, por ejemplo, que el contenido abordado es superficial y que las sesiones se pueden tornar monótonas.

Adolescente D: *“o sea a veces cuando era una sesión muy monótona como que no, yo creo que ni pensaba, solo venía, escuchaba y me iba, me pasó a veces como que venía hmm, hmm - - habían cosas que no me llenaban”.*

Otra idea que predomina entre los entrevistados es que el espacio terapéutico es un espacio de desahogo y descarga emocional.

Adolescente E: *“sí, igual sí me sirvió, como por último además para descargarme porque en mi casa pasaban muchas cosas cada semana, por ejemplo, que mi tía era muy pesada (...) es un peso, entonces como que aparte de servir como para contar todas las cosas que pasaban, una persona que fuera como neutral que me dijera...”*

Son también señaladas, aunque en menor medida, las ideas de que es un espacio en el que se pueden expresar emociones, por ejemplo, llorar con tranquilidad; que en la terapia hay un aprendizaje personal y que es caracterizado como un espacio de encuentro intensivo (tanto por la cantidad de encuentros realizados, así como por las temáticas abordadas).

Evaluación de la extensión de la terapia

De manera excepcional solo una adolescente hace mención de su opinión sobre la extensión del tratamiento, para ella faltaría mayor tiempo en las sesiones. Esto se asocia al hecho de que es una terapia de orientación cognitivo conductual asistida por computador (Martínez, Martínez, Vöhringer, Araya, & Rojas, 2014) y según la paciente el uso de material terapéutico en el computador deja poco tiempo de la sesión para hablar con su terapeuta.

Adolescente D: *“un problema es que no hay tanto tiempo para expresar las experiencias propias porque igual la sesión era como cuarenta y cinco minutos creo, ya, en llegar, yo siempre llego un poco tarde (risa) un problema, pero en prender el computador, en prender el archivo, en hacer la actividad se iba mucho tiempo! Y al final quedaba demasiado poco tiempo para poder hablar lo que realmente quería hablar, que pucha había tenido un problema con una materia, no sé, cualquier cosa que me hubiera sentido mal, o sea, esto me ayudaba a como cambiar mi mentalidad, pero había situaciones como en específico que quizás me hubiera gustado haberlo podido hablar, pero no había tiempo porque ya había otra sesión y era (incomprensible), yo creo que ahí hay como una crítica”*

Segunda categoría: logros y cambios de la psicoterapia

En general para los entrevistados resulta fácil reportar cuáles son los cambios que notaron en sí mismos y en otros a raíz de su proceso terapéutico. Incluso cuando la causa de terminación de la terapia fue abandono del paciente, los adolescentes siguen evidenciando algunas mejoras. La gran mayoría de los logros puntualizados están relacionados con los cambios a nivel intrapsíquico, no obstante, se presentan en relación a diferentes niveles. Se revisarán las sub-categorías para explicar en qué áreas los participantes refieren cambios.

Cambios en las relaciones interpersonales

Dentro de los cambios en las relaciones interpersonales fue rescatado por los pacientes como importantes el acercamiento a sus padres y la mejora en las relaciones familiares. En general narran menos discusiones con sus padres y familiares, mejora en la resolución de conflictos con ellos y una actitud más tolerante y empática con quienes conviven.

Adolescente A: *“O sea, ahora como que yo antes era súper impulsiva, le respondía a mi mamá y la cuestión, y la hacía venir para las sesiones acá, y haber hablado con mi mamá y aclarar las cosas. Ahora yo tengo como una buena relación con mi mamá, o sea, no es que esté bien, pero ahora tenemos una relación mucho mejor de cómo era a principios de yo haber venido”.*

Así mismo una de las participantes (adolescente E) llega a elaborar un constructo subjetivo sobre sus relaciones interpersonales, es decir, logró encontrar una explicación propia sobre su dinámica familiar y ampliar su perspectiva, esto le permitió situarse desde otro lugar en su interacción con una familiar con la que discutía con mucha frecuencia y evitar de esta manera los sentimientos de tristeza que le generaba la situación.

Adolescente E: *“como que me da pena pero ya no me da tanta pena, ahora me da como rabia, ahora como que solo me enoja, como que antes me daba pena porque yo decía “no, saber que es mi tía, por qué me trata así? Qué le hice?” y ahora como que me da rabia porque en realidad me di cuenta que como que es súper desubicado el comportamiento de una vieja de cincuenta años hacer llorar a una cabra de quince, así como que me di cuenta que en realidad no son bromas cuando empiezas a hacer llorar a alguien, o sea, por algo en el colegio no te dejan hacer eso, si por algo te educaron así. Entonces como que ahora no, me da como rabia de eso, y como que, como ella está a veces no más como que ya no es tanto*

Entrevistador: *ya, entonces así como tristeza y esas cosas no?*

P: *no, como que se me pasó, y como que, y ahora cuando estoy enojada igual todavía me acuerdo de la doctora y como que hago las cosas que me acuerdo de ella, de relajarme a ver si funcionan todavía y digo “sí!””.*

Cambios intrapsíquicos

Cambios intrapsíquicos afectivos

Aparece de manera muy relevante en la mayoría de los pacientes que al evaluar los logros de su psicoterapia señalan la importancia del aumento de su sensación de bienestar y tranquilidad, tanto globalmente como al finalizar cada sesión.

Adolescente D: *“venía como muy pocas expectativas porque ya había tenido una experiencia mala antes pero fue totalmente distinta, o sea yo ahora estoy bien o sea ese pequeño detalle con este niño pero en general así como con todos los problemas con las que llegué yo me siento totalmente estable, totalmente estable, he podido manejar tantas situaciones que – eh, quizá o sea yo igual encuentro que me ayudó mucho a madurar porque antes me echaba a llorar por cualquier cosa, pero ahora como que todo (incomprensible) sea pensar bien las cosas, tratar de no evadir los problemas, enfrentarlos, todas esas cosas me ayudaron a lo que ahora estoy bien, estoy tranquila, o sea tengo ese problema pero ah si no fuera por ese problema estaría muy bien, de hecho estoy muy bien”*.

Dado que los participantes presentaban predominantemente síntomas depresivos se puede ver que igualmente en sus logros la mejora en el estado de ánimo cobra importancia al hablar de los cambios relacionados con el proceso psicológico.

Adolescente E: *“No sé, como que siento que estaba más tranquila, estando dentro de todo como que dejé de llorar tanto cuando estaba en la casa porque en realidad yo tenía mucha pena”*.

Para algunos de los pacientes un logro muy útil fue adquirir mayores herramientas para el enfrentamiento de problemas.

Adolescente D: *“Aprendí cosas sobre, un ejemplo cuando me siento mal, entendí como que cuándo vienen los pensamientos negativos tengo que distraerme, hacer otras cosas, no quedarme estancada o no echarme a llorar por todo, o siempre buscarle, a los problemas, siempre buscarle una solución, un plan B, un plan A, pensar las cosas bien y siempre actuarlo, no quedarse como abajo, tener miedo, ehm, sí.”*

Cambios intrapsíquicos actitudinales

Dentro de los cambios en su actitud, aparecen enunciados escasamente por los adolescentes: el aumento de la iniciativa para tomar decisiones y asumir responsabilidades, siendo de esta manera más independientes.

Adolescente F: *“ahora me siento mucho mejor y me ayudó a tomar como más decisiones propias, y a poder ser un poco más como independiente podría decirse y tomar decisiones. (...)Lo que más me sorprendió fue que pude ser más independiente”*.

Se mencionan adicionalmente el aumento de la motivación por estudiar, realizar tareas y subir el promedio de notas académicas, además de disminuir el ausentismo escolar que muchas veces estaba relacionado con el bajo estado de ánimo.

Los entrevistados también dieron cuenta de la mayor conciencia de las propias responsabilidades y el reconocimiento de la necesidad de cambio. Por último, declararon haber cambiado en su actitud hacia otras personas, al ser más pacientes, tener mayor receptividad y tolerancia con los pensamientos y acciones de los demás.

Cambios intrapsíquicos: resignificación

Dentro de las resignificaciones que se pudieron llevar a cabo en el proceso, los adolescentes precisan algunas temáticas relacionadas con el problema que los llevó a consultar y sobre características de sí mismos; por ejemplo, cambios en cómo veían su imagen corporal y la revisión de su propia participación en sus problemas psicológicos.

Adolescente E: *“Yo creo que lo mejor es que siento que me enseñó paciencia, como para soportar, porque como que la gente no se la puede cambiar, entonces pero como que yo era como súper mechita corta entonces me decían “hola” y como que me enojaba al tiro, entonces al final todo el mundo me echaba la culpa porque me enojaba al tiro, entonces como ella me enseñó paciencia entonces siento que fue mejor para las discusiones en la casa – porque así no terminábamos todos gritando, por último en realidad terminaba yo callada y mi tía gritando, entonces siento que eso hacía que cuando mi mamá miraba o la gente como todo eso no, dejaran de verme a mí como la causante del problema”*.

Cambios comportamentales y sintomáticos

En general los entrevistados reportan escasos cambios comportamentales, siendo descrita la mejora en los hábitos tales como la alimentación, la actividad física y realizar nuevas actividades.

Adolescente D: *“Yo tenía muy baja autoestima, empecé a tener como muchos pensamientos como más positivos y empecé a tener como mucha más energía, entonces yo en el verano adelgacé mucho, así mucho, mucho y me puse muy bonita, y como que empecé a hacer ejercicio, a comer sano (...) porque yo creo que todas las cosas llevan a otras cosas, si uno empieza como a pensar “no, que” como tener una esperanza de poder cambiar tu vida, (...) claro que sí (influyó el estar en terapia) porque sino no hubiera hecho nada y también me di cuenta de lo mal que estaba y dije “no, esto lo tengo que cambiar y yo no más lo voy a cambiar, nadie más””.*

Y también es mencionado como logro en el ámbito comportamental el transferir los cambios de la terapia a otras relaciones, por ejemplo, la paciente C al aprender en la relación terapéutica que el contar sus preocupaciones y dificultades al terapeuta le ayudaba a sentirse más desahogada y tranquila, pudo empezar a transferir este aprendizaje a la relación con sus amigos y aprovechar esta instancia para confiar y contar lo que le inquietaba.

Adolescente C (A: adolescente, E: entrevistador)

“A: entonces contarlos como que...

E: hmm, ya! Te desahogaste, ya entendí! Y ahora, eso ocurre y no tienes donde desahogarte pero igual...

A: me desahogo con otros amigos

E: ya, excelente!

A: le paso problemas a ellos!”.

Cambios en los padres y a nivel familiar

Los efectos de la psicoterapia en los familiares y en general en la dinámica de la familia, son mencionados por algunos de los participantes. Son reportados así el aumento de las interacciones familiares y una mayor preocupación de los padres por su hijo o hija.

Adolescente E: *“Lo bueno es que la doctora le dijo (a la mamá) que hiciera más cosas conmigo entonces ahí como que dejó de decirme “no, tengo sueño, no, estoy cansada, no, tengo que dormir”. (...) Sí, como que todavía se acuerda de que tiene que hacer cosas conmigo aunque tenga sueño y me invita, no y si quiero ir a comer helado, si quiero acompañarla a algo”.*

Percepción de cambio desde un tercero

Durante las entrevistas de seguimiento para la mayoría de los participantes es notorio que no solo ellos o su terapeuta identificaron cambios, sino que sus padres o familia pudieron evidenciar las mejoras a raíz del proceso terapéutico.

Adolescente B: *“Pero mi mamá como que vio ese cambio y después yo como estudiaba en las noches porque me gustaba, y ahora ella sí ve el cambio porque sabe que yo estoy súper interesado en lo que quiero estudiar, no como que en ese momento lo vio no más porque ella estaba enfocada en que yo iba a repetir por culpa de matemáticas en verdad, pero al final como que después lo saqué azul entonces ella (...) como que “gracias a eso, pasaste matemática!””.*

Un paciente indicó que también sus amigos notaron cambios y uno más expresó que sus padres no notaron cambios.

Tercera categoría: condiciones facilitadoras del cambio terapéutico

En este segmento se expondrá lo que los entrevistados mencionan como elementos de la relación terapéutica, de ellos mismos, de su terapeuta, de su familia o el contexto que ayudaron a que el cambio y los logros fueran posibles. A continuación, se describirán los aspectos relevantes que aparecen en sus narrativas.

Elementos de la relación terapéutica

Solamente una adolescente manifestó la relación como una condición facilitadora. La adolescente E reportó que la relación cercana, empática y de confianza con su terapeuta era un facilitador del cambio. Para esta paciente los elementos de la personalidad de su terapeuta, por ejemplo, la amabilidad y asertividad para decir las cosas, hicieron que se generara una relación

de respeto en la cual ella podía interactuar tranquilamente sin enojarse y aceptando los comentarios de su psicóloga.

Adolescente E: *“siento que si no hubiera sido amable, (...) si hubiera sido pesada yo creo que me hubiera enojado mucho, pero como que no las decía en un tono pesado entonces no me daba rabia con ella, y si me hubiera dado rabia con ella entonces hubiera sido como un fiasco me hubiera enojado mucho, me hubiera ido, entonces como que eso de su personalidad lo hizo como bueno”*.

Elementos del paciente

Para la mayoría de los participantes, con el fin de obtener unos mejores resultados en la terapia, es importante su propia disposición a colaborar y a abrirse en el espacio terapéutico, esto es descrito como el poder hablar y mostrarse al terapeuta.

Adolescente B: *“por eso yo encuentro que sí, o sea yo siempre hago esto de la cuestión de que uno le entrega como confianza a la otra persona más se pueden abrir, entonces como que uno igual toma una conexión de que si cualquiera de las personas le dice, llega con un nuevo (terapeuta), no hubiese sido lo mismo. Entonces como que igual con ella aprendí como que a hablar con otra persona, porque al inicio no la conocía y de hecho de nombre no creo que la haya conocido a ella, pero ella si como que sabía cosas de mí, que yo decidí contárselas”*.

Aunque en menor medida, algunos entrevistados enuncian como su aporte para lograr cambios en el proceso psicoterapéutico su constancia para asistir a las citas programadas y la puntualidad para llegar a la sesión. Adicionalmente mencionan como facilitadores del cambio su empeño por adoptar nuevas perspectivas, su motivación por el cambio al creer que se puede estar mejor, tener esperanza, esforzarse por la mejoría y por lograr la conducta deseada.

Elementos de la terapia

Los casos D y E se desarrollaron bajo el modelo de terapia cognitivo conductual computarizada, a través del programa Yo Pienso, Siento y Actúo Mejor (YPSA-M) (Martínez, Martínez, Vöhringer, Araya, & Rojas, 2014) en el que las intervenciones se realizaban por una terapeuta entrenada, con el apoyo de material interactivo, con ejercicios y videos especialmente diseñados para adolescentes. Dentro de los aspectos de la terapia que favorecen los cambios,

aparece que el material interactivo es llamativo y genera mayor recuerdo de los contenidos para una de las pacientes.

Adolescente E: *“cuando empezamos con eso, con la cosa en el computador era como bonito, es que eran bonitos los monitos, como que en realidad sí, sí me quedaban las cosas, como que si ella me lo hubiera dicho así no más yo le hubiera dicho “ya” y se me hubiera olvidado, pero donde veíamos eso como que me acordaba mejor de las cosas”.*

Elementos del terapeuta

Los participantes en sus entrevistas destacan enfáticamente como elementos del terapeuta favorecedores de los logros los relacionados con la disposición, escucha y capacidad para generar confianza.

Adolescente D: *“saber que ella (la terapeuta) sabe con tanta libertad o quizá no se acuerda pero lo lee, y que yo le pude contar con libertad una situación bastante íntima de mi vida, libremente porque no le voy a contar todas las cosas que me han pasado a mis amigos, eso yo creo que es súper potente, poder tener la confianza de poder contar lo que real- tus situaciones, tu vida”.*

Adolescente E: *“y aparte como sentía que le podía contar las cosas, como que no llegaba como, no tenía como que sentarme los primeros diez minutos pensando “oy! No le quiero decir nada a esta vieja asquerosa” y (risas) llegaba y le decía “ay, sí” como que “esta semana fue horrible, no sé qué” o “esta semana fue bonita”, entonces como que eso fue bueno, como que siento que si no se hubiera retrasado mucho todo”.*

Del mismo modo, son mencionados como facilitadores del cambio, aunque en menor medida, la neutralidad del terapeuta, su respeto por el proceso individual del paciente, el manejo de las resistencias iniciales y su flexibilidad.

Elementos del contexto extra-terapéutico

Según la información arrojada por las entrevistas, a los adolescentes se les dificulta encontrar elementos del contexto extra-terapéutico que puedan ser útiles a su proceso, es por esto que no reportan que la familia, el colegio y demás contextos en que se desenvuelven hayan facilitado su proceso psicoterapéutico.

4.4 RESULTADOS DE TERAPEUTAS

A continuación, se presenta el análisis de las seis entrevistas de seguimiento realizadas a cuatro terapeutas, encargados de los procesos con adolescentes que presentaban síntomas depresivos. Es importante recordar que las terapias B y C fueron atendidas por la misma terapeuta, de igual manera las terapias D y E (Ver detalles en la Tabla 1). Los resultados se encuentran organizados de acuerdo a las categorías centrales identificadas anteriormente: apreciación global de la psicoterapia, logros y cambios de la psicoterapia y condiciones facilitadoras del cambio terapéutico. En cada una de los contenidos de las categorías y subcategorías planteadas se dará cuenta de los principales aspectos comunes en las entrevistas, así como también se mencionarán aquellas excepciones encontradas.

Primera categoría: apreciación global de la psicoterapia

Con respecto a la pregunta por la evaluación general de la terapia como positiva o exitosa, medianamente exitosa o fracaso, se encontraron dos posturas en los terapeutas. En un primer grupo se ubicaron los terapeutas para los que el proceso terapéutico fue exitoso, se sintieron satisfechos con los cambios que manifestaron sus pacientes y familiares, el vínculo fue bueno, se logró un funcionamiento normal o adecuado y en general los consultantes alcanzaron un bienestar mayor con respecto a cómo llegaron inicialmente.

Terapeuta D: *“en realidad con la “Adolescente D” fue bastante buena porque tengo la sensación de que ella cambió mucho de su problema fundamental que era un gran problema para ella, la relación con la mamá que era muy agresiva y eso mejoró bastante, la mamá empezó tratamiento, entendió la dificultad que tenía su hija y la relación mejoró notablemente, yo creo que eso fue súper bueno”*.

Y otros terapeutas evaluaron la terapia como mixta, tanto con aspectos positivos como con elementos que la dificultaron e hicieron que no se alcanzaran todos los objetivos propuestos. Uno de los terapeutas que evaluó la terapia como mixta es de un proceso que se llevó a término y otro es un caso de abandono (Terapia E).

Terapeuta E: *“yo creo que fue medianamente exitosa, ya? Porque las cosas que trabajamos y algunos contenidos yo creo que a ella sí le sirvieron, pero no se logró trabajar, o sea no se logró concluir el proceso, quedaron temas pendientes, creo que con ella individualmente yo creo que hubo avances, pero a nivel del contexto familiar no hubo ningún cambio y*

tampoco se podía intervenir mucho, entonces creo que desde ese punto de vista no, podía hacer más (...) se hizo lo que se pudo”.

Se revisarán ahora las subcategorías de la apreciación global de la psicoterapia con el fin de profundizar en las apreciaciones de los terapeutas y comprender mejor las razones que tuvieron en cuenta para valorar como exitoso o medianamente exitoso el proceso.

Evaluación de la efectividad de la psicoterapia

En cuanto a la evaluación de la efectividad de la psicoterapia predominó entre los terapeutas la visión de que el tratamiento ayudó a cambiar o avanzar; es decir, fue una instancia que permitió a los individuos moverse del estado en el que llegaron a solicitar ayuda y encontrar mejoras para su vida, la intervención psicológica ayudó por lo demás con la resolución del motivo de consulta, dicha ayuda podría verse también en el futuro y se extendió en algunos casos a otros miembros de la familia. En general los pacientes finalizaron el proceso teniendo, en alguna medida, una mejor relación consigo mismos, sus seres queridos y/o su entorno. Y estos cambios son atribuibles, de acuerdo a los terapeutas entrevistados, a la psicoterapia, que a veces resulta ser más efectiva que la farmacoterapia.

Terapeuta D: *“pero hartó, hartó, de depresión severa, ya? Entonces ahí yo le planteé la necesidad de hacer una evaluación con la psiquiatra, que de hecho la psiquiatra me mandó después, pero como a la mitad de la terapia, por lo tanto gran parte de los cambios que ella hizo, los hizo a través de la terapia, no a través de la parte médica, porque a ella la vieron, ella empezó a venir en noviembre del 2013 y la doctora la evaluó recién en enero, ya? Y no indicó medicamento al tiro, indicó medicamento después, entonces muchos de los cambios de ella fueron producto de la terapia, entonces es también importante”.*

Para los dos entrevistados que atendieron los casos de abandono, esta ayuda que brinda la psicoterapia se dio independientemente de que el proceso hubiera finalizado por deserción por parte del adolescente.

Terapeuta A: *“a pesar de que haya sido abandono, que haya sido cortes, qué sé yo...y que se hable tanto del abandono y que al tiro digan “el abandono como que ya es malo, ya es fracaso”, yo creo que fue una buena terapia. (...) Yo creo que fue buena terapia, porque yo creo que a la “Adolescente A” se le abrieron luces”.*

Dentro de las evaluaciones de la terapia como medianamente exitosa, los entrevistados argumentaron que no se sintieron satisfechos con los logros o que no notaron cambios significativos en los adolescentes.

Terapeuta B: *“No sé, en comparación a otras terapias que he tenido con otros pacientes, que en realidad si se ven cambios, a pesar de que no tengan motivo de consulta pero uno los logra enganchar de alguna manera, para mí “Adolescente B” no, no tuvo como un cambio y no sé si decirle exitosa en realidad, esa es la verdad. Pero para él al parecer para él si fue buena y le gustó y todo, pero desde mi punto de vista no, no mayormente”*.

También se pudo percibir que hay dudas sobre los alcances de la terapia, por ejemplo, la terapeuta B al ser cuestionada sobre las implicaciones que el tratamiento podría tener para el futuro de la paciente y si éste le ayudaría más adelante respondió:

Terapeuta B: *“No estoy segura no, no sé, no creo la verdad. Siendo bien sincera no creo, no creo porque como te digo, no...Costaba mucho agarrarlo, no sé si le hizo el click que uno...o por lo menos a mí me pasa que de repente los pacientes hacen un click y hacen...o si, en realidad tienes razón o no sé qué y hacen como una elaboración propia, pero de “Adolescente B” no me acuerdo que él haya hecho una elaboración propia más allá”*.

Evaluación de la calidad de la experiencia y del espacio terapéutico

La mayoría de los psicólogos expresó que el caso implicó obstáculos y elementos que jugaron en contra y por esto es calificado como un proceso difícil. Estos problemas fueron atribuidos, en primer lugar, a las variables ambientales y familiares que influían negativamente en la psicoterapia. Y en segundo lugar, a la dificultad para establecer un buen vínculo, dados los rasgos de personalidad de los pacientes que fueron caracterizados en algunos casos como complacientes, volubles, confrontacionales, intimidantes, ambivalentes y con trastorno de personalidad.

Terapeuta B: *“Fue complicada (la terapia) pero fue complicada porque él era como muy complaciente, entonces no sabía si en realidad las intervenciones de lo que yo le decía tenían como en realidad un efecto en él o me decía que sí por un tema más de deseabilidad social, de quedar bien y porque era como muy así, muy de no generar conflicto, se quedaba ahí no más, era muy... O sea era muy para adentro digamos, pero no sé si hacía un trabajo real”*.

Dentro de la valoración de la experiencia, algunos terapeutas se centraron en su propia vivencia, para una de ellas es muy relevante que la terapia le implicó un aprendizaje personal, expresa como este proceso psicoterapéutico *“generó todo un movimiento interno”* y la llevó incluso a consultar a un psicólogo, la terapeuta afirma: *“yo creo que hice una reflexión mía, personal”*, y llegó a valorar el proceso como positivo en cuanto al crecimiento personal y profesional, incluso a pesar de haber sido una deserción de la adolescente. Es importante resaltar la opinión de esta terapeuta, ya que además de ser excepcional pues los otros terapeutas no mencionaron nada parecido, la terapeuta era novel, de la muestra es la que menos experiencia tenía en atención clínica y con menos tiempo de ser egresada de la universidad.

Terapeuta A: *“Me di cuenta, no cierto, del abandono. Cómo ella a mí de repente me proyectaba, por así decirlo no sé, la parte, me trataba como madre, pero de repente me trataba como una de sus amigas del colegio. O sea después de eso lo pude como analizar bien. Entonces yo después decía "que rabia". O sea al final quién fue la que aprendió más? Fue la paciente o fui yo? Quién fue la paciente al final? Como que esa sensación me dio...no sé si le pasa a todas las personas que hacen clínica. Y te juro que gracias a ese caso, después con los otros pacientes que he tenido, o sea he sido súper, me he fijado así en lo que me pasa a mí personalmente, en mi historia de vida, en mis puntos ciegos, voy a terapia. Ella fue como un caso que si bien fue abandono, para mí fue un aprendizaje gigante”*.

Otra idea que predominó para la terapeuta es la del aprendizaje a nivel profesional, pues para ella fue un hallazgo darse cuenta en el actuar terapéutico cómo funcionaban conceptos que había visto teóricamente, por ejemplo, la transferencia y contratransferencia.

Terapeuta A: *“Igual ahí como que me cuestioné hartas cosas que uno las ve durante la carrera y como que la repasas, que ya te lo sabes como de memoria ya. Pero las tomas en cuenta cuando ya estás trabajando, o estás haciendo la práctica”*.

Del mismo modo dentro de su crecimiento profesional rescató que pudo descubrir algunos aspectos sobre cómo era ella como terapeuta, pues aunque se veía relajada en las sesiones, sentía que tenía ansiedad y por esto posteriormente uno de los aprendizajes que señaló es tomarse las cosas con más calma: *“Y ahora yo aprendí con todos los otros pacientes "bueno, si me demoro más, me demoro más y qué”*.

Evaluación de la extensión de la terapia

La extensión de la terapia fue escasamente evaluada. Para algunos entrevistados, en cuyos procesos fue el adolescente el que decidió suspender la asistencia, el hecho de que el tratamiento se haya visto interrumpido por decisión de los adolescentes hizo que el proceso estuviera incompleto y no se pudieran abordar todas las temáticas que ellos consideraban pertinentes. En esta medida, los terapeutas pensaron que hubiese hecho falta mayor extensión de tiempo en la terapia, porque no se logró concluir el tratamiento y tal vez con más sesiones se hubieran podido abordar temas que quedaron pendientes.

Segunda categoría: logros y cambios de la psicoterapia

En términos generales los terapeutas identificaron con facilidad cuáles son los cambios que se generaron en sus pacientes a raíz de la intervención psicológica. Algunos sintieron que tuvieron un proceso muy completo en el que los logros se identifican en varias áreas y niveles, sin embargo, para otros los logros fueron muy escasos y/o básicos. Si bien hubo logros reportados desde las diferentes áreas, la gran mayoría de los logros expuestos estuvieron relacionados con los cambios a nivel comportamental y sintomatológico.

Cambios en las relaciones interpersonales

Aunque es pocas veces enunciado, algunos entrevistados pudieron identificar mejora en la relación del consultante con su padre, madre o familiares. Y un psicólogo rescató como logro el que el adolescente cambiara de amistades y socializara más.

Terapeuta F: *“Sí se juntaba con amigos y empezó a carretiar, se tomaba sus cervezas...”*

Cambios intrapsíquicos

Cambios intrapsíquicos afectivos

Dentro de los cambios afectivos que señalaron varios terapeutas se encuentra el manejo adecuado de emociones, a través del cual los adolescentes aprendieron, por ejemplo, a reflexionar un poco antes de reaccionar impulsivamente; adquirieron herramientas para disminuir el estrés y los sentimientos de tristeza; y aumentaron su tolerancia frente a

situaciones incómodas. Esta autorregulación emocional se convirtió en una herramienta para el enfrentamiento de sus problemas.

Terapeuta E: *“una de las cosas que a ella más le preocupaba era el tema de que se sentía absolutamente exigida y obligada a que le fuera bien en la PSU, ella estaba en cuarto medio y eso la estresaba mucho, yo creo que ella logró eso, porque ella logró de alguna manera relajarse frente al tema, ver como otras alternativas y de hecho rindió la PSU le fue bastante bien, y entró a la carrera que ella quería que era antropología me parece, y creo que ahí el hecho de que haya aprendido a manejar mejor el estrés creo que la ayudó, es una lola inteligente, tenía buen rendimiento, yo creo que esto ayudó, o sea, la sesión de regulación emocional creo que a ella le sirvió harto, ya? Y que por ahí creo que fue la herramienta a lo mejor que más le sirvió”.*

Cambios intrapsíquicos actitudinales

El aumento en la iniciativa fue reportado como uno de los logros actitudinales que presentaron los adolescentes, por ejemplo, iniciativa para expresar opiniones y sentar una posición de pensamiento en las sesiones. Para el paciente F este aumento en la iniciativa fue acompañado por la toma de decisiones en su proyecto de vida, y resultó de considerable importancia dada la pasividad del paciente, que el terapeuta asoció a la personalidad y los síntomas depresivos del consultante. Fue visto como muy positivo por el psicólogo, que el adolescente terminara la terapia debido a que tomó la decisión de trasladarse de ciudad, pues eligió cambiar su domicilio para vivir con su padre. Esta decisión, tanto de cambio de ciudad como de finalización del proceso, surgió desde el paciente F y el terapeuta lo identificó como uno de los mayores logros de la intervención psicológica.

Terapeuta F: *“El tratamiento se interrumpió porque “Adolescente F” decidió irse a vivir con el papá a (nombre de la ciudad), en enero, si mal no recuerdo, de 2014, y eso fue lo que produjo el término del tratamiento. Al menos surgió desde él. (...) Para mí, yo espero que le haya ido bien en (nombre de la ciudad), pero él tomó esa decisión, lo cual es un cambio súper drástico que él hizo. (...) (la terapia) tuvo buenos resultados, por lo menos él tomó la decisión de cambiarse de ciudad”.*

Cambios intrapsíquicos: resignificación

Los cambios en la resignificación en general fueron poco mencionados por los terapeutas. Solo en dos terapias aparecieron referencias. Para una de las terapeutas hubo resignificación en su paciente cuando pudo actuar en sesión su agresividad y mala relación con la madre, ya que a partir de tener a la terapeuta como testigo pudo cuestionarse sobre la manera en que trataba a su mamá, adquiriendo mayor conciencia de sus conductas inadecuadas.

Terapeuta A: *“Yo creo que para ella pudo haber sido bueno ver una persona externa, o sea no familiar, que en este caso soy yo, que se haya sentido incómoda con las conductas que tuvo la última sesión. Que fue súper impulsiva, que incluso hubo un momento en que le gritó a su mamá y pescó sus cosas, por tanto se fue, m-m? (...) Todo lo que ella tenía, nadie había visto eso. O sea de que hubiese estado alguien externo ahí”.*

Fue descrito asimismo como un logro en la resignificación, el reconocimiento y reafirmación que hizo una adolescente de características propias, esto se vio reflejado en que adquirió más confianza en sí misma y mayor seguridad.

Y finalmente, se mencionó el logro de la paciente al poder ver las cosas de otra manera, de adquirir una nueva perspectiva frente a una temática.

Terapeuta A: *“Yo creo que en el control de impulsos, en aprender a tener tolerancia. Y aparte yo soy una persona tranquila. Súper tranquila, entonces yo creo que ella quizás vio que hay personas que son tranquilas y personas que son relajadas y que no que no van a saltar al tiro, nada. Y claro, y que un problema que tú tienes, un problema no es solamente el problema en sí mismo, sino que si lo giras, puedes ver soluciones (...) tienen un giro y tienen otra alternativa”.*

Cambios comportamentales y sintomáticos

Apareció como un cambio comportamental reportado por varios terapeutas la mayor expresión y verbalización de emociones y opiniones. Algunos adolescentes para quienes esta era un área conflictiva, lograron hablar más, tanto en terapia como en otros contextos.

Especialmente el terapeuta F destacó este cambio en su paciente, ya que atribuye que al tener síntomas muy marcados de depresión y posiblemente una disminución en el nivel de

procesamiento cognitivo tenía respuestas que eran más lentas; el psicólogo relató que las primeras sesiones eran planas y de muy baja cantidad de respuestas.

Terapeuta F: *“El tema está en que el “Adolescente F”, en las sesiones empezó gradualmente a aumentar, en términos de indicadores conductuales, en términos de micro-procesos de cambio, el empezó a hablar más en sesión, empezó a aumentar más su cantidad de respuestas verbales. (...) A aumentar de a poquitito, o a mejorar su contacto interpersonal, por lo menos hablaba un poco más y sonreía un poco más. Dicho de otra manera, romper esa inercia afectiva, donde la depresión, la desesperanza te lleva a inmovilizarte, creo yo que fueron bien importantes en “Adolescente F””.*

De igual manera, en dos de las entrevistas se enunció como logro el ingreso a la universidad, esto fue destacado por los terapeutas dado que al estar en el último año del colegio, la presión por presentar un buen desempeño en la PSU y quedar en un puesto privilegiado para facilitar su acceso a la educación superior hizo que uno de los objetivos de las adolescentes fuera pasar a la carrera que desean estudiar, y de ahí un logro el poder cumplir dicha meta.

Fue mencionado concisamente por dos terapeutas que los pacientes empezaron a desarrollar más y nuevas actividades, a salir y disfrutar de otras dinámicas, cosa que al inicio de la terapia no sucedía. Por último, una terapeuta refirió como logro la disminución de conductas disruptivas de su paciente.

Terapeuta A: *“la capacidad de reflexionar, yo creo que ella debe ser más reflexiva que antes. Debe de pensar un poquitito las cosas antes de....mmm que no es la solución ideal mandarse a cambiar no más”.*

El área de cambios sintomáticos fue escasamente abordada por los terapeutas en sus entrevistas, solo en una ocasión es descrito el logro del funcionamiento normal o adecuado de una adolescente y está asociado a que el cierre se hizo cuando esto se alcanzó.

Cambios en los padres/a nivel familiar

En general los psicólogos hablaron de manera aislada de logros en los padres o familia.

Sin embargo, en el caso D es relevante lo que sucede con la madre en la medida en que alcanzó una ampliación en la perspectiva en relación a la problemática de la paciente, esto la llevó a aceptar la sugerencia de la terapeuta de iniciar un proceso psiquiátrico propio. Debido a que la

problemática de la hija estaba directamente relacionada con la problemática de la madre como consecuencia del tratamiento materno fue posible el cambio conjunto entre madre e hija.

Terapeuta D: *“la mamá era bien especial (risa), la mamá tenía un trastorno de personalidad importante, era muy impulsiva, además muy agresiva físicamente y verbalmente con la “Adolescente D”. Pero cuando la mamá entendió que gran parte de lo que le pasaba a ella influía también en el bienestar de la “Adolescente D” ahí ella accedió a hacerse terapia, porque nunca había accedido, ya? Y fue derivada a un terapeuta de adulto y eso les cambió la vida a las dos, porque las dos cambiaron (...) Sí, la mamá era renuente absolutamente a todas las intervenciones para ella con cualquier establecimiento de salud mental entonces yo siento que ella logró entender y acogió eso y no lo vio como una crítica ni lo vio como una cosa de que “usted es la culpable de los problemas de su hija” sino que lo vio como que en realidad era parte de esta relación que ella establecía y de que ella tenía también un problema, que ella tenía una depresión que creo que nunca se trató”.*

Percepción de cambio desde un tercero

De manera aislada, los terapeutas indicaron que además de ellos, los padres y la familia también reportaron cambios.

Terapeuta C: *“O sea la mamá siente que eso fue como bueno en la terapia. Que fue bueno que hablaba más, que estaba distinta, más tranquila en algún momento igual me lo comentó”.*

En contraste, una psicóloga indicó que para otra madre no fue posible identificar cambios.

Terapeuta E: *“Ahora, la mamá sentía que no había mucho cambio, (incomprensible) igual seguían los mismo problemas de siempre”.*

Tercera categoría: condiciones facilitadoras del cambio terapéutico

En las entrevistas de seguimiento los terapeutas mencionaron los elementos que ayudaron a que el cambio se diera en sus pacientes, los facilitadores más señalados fueron los relacionados con características o comportamientos del paciente, seguidos por los facilitadores de la persona del terapeuta. A continuación se explicarán cada una de las sub-categorías y se ilustrarán con algunas viñetas.

Elementos del paciente

Los elementos del paciente fueron las características o condiciones que ya poseía el adolescente o que desarrolló durante la terapia y que ayudaron a la consecución de los objetivos propuestos. En los elementos del paciente que facilitaron los logros, fue señalada por varios terapeutas la constancia en la asistencia a las sesiones:

Terapeuta F: *“la adherencia al tratamiento, nunca, nunca faltaron, nunca faltaron”*.

Esta adherencia al tratamiento estaba asociada para la terapeuta D a que la motivación por consultar surgió de la adolescente: *“yo creo que en la motivación y en la adherencia sí tiene que haber influido harto, sí, porque surgió de ella la necesidad”*.

Fue relevante también para los terapeutas que los consultantes fueron cooperadores, estaban dispuestos a participar de las actividades propuestas, tenían buena actitud para colaborar en la terapia y con esto facilitaron el proceso.

En menor medida, algunos terapeutas describieron otras condiciones facilitadoras de los logros, por ejemplo, los cambios inherentes a la etapa evolutiva. Para la psicóloga A puesto que su paciente estaba en la adolescencia, etapa caracterizada por cambios, se vio favorecido el proceso ya que se pudieron adquirir nuevas visiones frente a los problemas:

Terapeuta A: *“Más encima justo en la edad en la que ella estaba, no cierto, que es una edad muy crítica que era 14 años. Estaba como todo en cambio”*.

Elementos de la terapia

Fueron escasos los elementos de la terapia que los entrevistados manifestaron como facilitadores. Aparecieron aisladamente: la representación o actuación del conflicto en la sesión y el darse cuenta de los conflictos, ya que le permitió a una adolescente abrirse a la exploración de sí misma y los otros.

Uno de los terapeutas rescató que su disposición y escucha ayudaron a que se manifestaran los cambios, así como la flexibilidad del modelo integrativo.

Terapeuta F: *“Yo creo que tomé todas las decisiones e hice todas las cosas, me puede haber faltado otra, sin lugar a dudas, pero llamé a la mamá, tuve sesiones individuales con “Adolescente F”, hice actividades, envié informes, me puse en contacto con el colegio. O sea,*

hice muchas cosas, pero nuevamente porque mi modelo integrativo de psicoterapia me permite tomar esas decisiones.”

Elementos del terapeuta

En esta categoría, resaltó que el terapeuta que más elementos propios describió como facilitadores del proceso terapéutico es el de la terapia F. Uno de los componentes que puntualizó en varias ocasiones fue su autopercepción de ser un psicólogo competente, la confianza en sí mismo y en que desarrolló su labor de una manera adecuada, tomando las decisiones pertinentes. Al preguntarle por los elementos de su forma de ser que ayudaron al proceso o a los resultados afirmó:

Terapeuta F: “Yo creo que vía variables inespecíficas. Yo me considero un buen terapeuta, a lo mejor, creo yo, más allá de un tema de narcisismo, pero yo lo veo reflejado en la alta cantidad de pacientes que tengo (...) Y de gente que me busca por internet (...) Pero creo yo... O sea, a lo mejor se podrían haber encontrado otro terapeuta, a lo mejor habría movilizado más cosas, yo creo... ¡Ah! Porque un elemento importante fue que yo generé mucha adherencia en el tratamiento”.

Por añadidura, algunos entrevistados señalaron su compromiso incondicional de ayuda al paciente, a pesar incluso de las dificultades y obstaculizadores del proceso.

Terapeuta F: “Pero en esa lógica yo no los abandoné, o sea, estuve todo el rato con ellos, me tenía que tomar una buena dosis de café porque “Adolescente F” era muy lento, pero en esa lógica, creo yo que hice lo más que pude en ese contexto”.

Esto también se vio reflejado en la entrevista de la terapeuta A, en cuyo caso la paciente se fue intempestivamente de su casa y esta situación preocupó mucho a la psicóloga tratante, de tal manera que citó a la joven con su madre para que pudieran llegar a un acuerdo y hubiese un regreso al hogar.

Terapeuta A: “Y la paciente resulta que se fue de la casa...y yo dije “chuta, acá yo qué hago, qué hago, qué hago, qué hago?” Y claro, a mí se me ocurrió en ese momento de citar a la mamá y citar a la paciente. (...) porque también yo me sentía muy nerviosa de que como ella era menor de edad, ella tenía que volver a su casa. Yo estaba más fijada en eso más que en hacer una doble intervención, de que traer eso como a la sesión misma. Para

mí el objetivo de nerviosismo era que ella volviera a su casa, que tenía que volver a su casa.”

Respetar el proceso individual del adolescente fue visto como otro facilitador y en esta medida para el psicólogo F fue muy importante trabajar los temas de autoimagen, autoestima, consolidación de la identidad y promover la individuación y desarrollo de personalidad del paciente. Para este terapeuta la confianza en las capacidades y recursos del adolescente estuvo presente siempre y ayudó a que alcanzara logros significativos en el área de la independencia y toma de decisiones.

Terapeuta F: *“Yo creo que el haber activado su sistema self, haberle hecho notar que a pesar de haber repetido por segunda vez cuarto medio, él podía salir adelante en su vida, que él podía organizarla, que él tenía que darse cuenta que su forma de pensar no lo movilizaba mucho. Yo creo que el haber activado su sistema self, creo yo, que fue el principal factor (que fue importante para el cambio).*

Según algunos entrevistados, otro asunto que ayudó al logro de los objetivos del tratamiento fue la capacidad de transferir sus aprendizajes teóricos a la práctica clínica, en otras palabras, lo que han leído y aprendido a través de su vida académica tuvieron la habilidad de poder ejecutarlo y llevarlo a la praxis con sus pacientes. También fue vital la actualización y profundización de sus conocimientos.

Terapeuta F: *“Yo me atrevería a decir que los factores que ayudaron mucho, haber, el modelo integrativo a mí me presiona a que yo tengo que tomar todas aquellas teorías, todas aquellas técnicas que la evidencia a mostrado que operan y que funcionan en el modelo de psicoterapia, y yo en esa lógica no puedo dejar de lado las tres características de los terapeutas que según Rogers, la psicoterapia humanista plantea que uno tiene que tener, vale decir, la aceptación positiva incondicional, la empatía y la congruencia, yo no me imagino siendo de otra forma en terapia.”*

Para finalizar, la capacidad del terapeuta de generar confianza en el paciente fue citada como un facilitador, en la medida en que los jóvenes llegan a sentirse tan seguros en el espacio que se permitieron revelar confidencias que ni a su madre o familia le cuentan.

Elementos del contexto extra-terapéutico

Según la información arrojada por las entrevistas, fueron pocos los elementos del contexto extra terapéutico identificados como facilitadores en el proceso de los adolescentes. Por parte de la institución prestadora del servicio, en un caso, se puntualizó su contacto con las redes del sistema público, con esto se buscaba aportar en la gestión para la atención por parte de un psiquiatra.

Dentro de los aportes de la familia para facilitar los logros, fue mencionada por la terapeuta D la asistencia de la madre a su propia terapia, ya que era muy marcado que las dificultades de la madre influían directamente sobre la problemática de la adolescente y en esta medida el que se hubiera tratado ayudó a la mejoría de su hija.

4.5 RESULTADOS DE OBSERVADORES EXTERNOS

Con el fin de dar cuenta del objetivo específico relativo a describir el contenido del cambio psicoterapéutico desde la perspectiva de los observadores externos en psicoterapias de adolescentes con síntomas depresivos, se revisarán a continuación los resultados encontrados en el análisis de la perspectiva de los observadores externos, la cual fue identificada a través de la delimitación de los episodios de cambio en las sesiones del proceso psicoterapéutico.

Para llevar a cabo esto, en primer lugar, se consideraron los episodios de cambio delimitados por los observadores externos de acuerdo a lo propuesto por el grupo Psicoterapia y Cambio (s.f.), luego los episodios fueron examinados con análisis de contenido. En total fue revisado el contenido del cambio de 39 episodios, identificados por los observadores externos. Con el objetivo de poder comprender el origen de la información se expone en la Tabla 6 la cantidad de episodios de cambio encontrados en cada terapia, el Indicador Genérico de Cambio (anexo 7.1) que le fue asignado por los observadores a cada episodio y la sesión en que se delimitó el episodio.

Es importante a partir de esto señalar que una gran cantidad de episodios de cambio (20) fueron identificados en una sola paciente, la adolescente de 17 años de la terapia D, quien como se podrá ir constatando en las viñetas presentaba un desarrollo evolutivo correspondiente a la etapa final de la adolescencia.

Tabla 6

Episodios de cambio identificados en cada terapia

TERAPIA A																					
Número de cambio	C1	C2	C3																		
IGC	5	6	5																		
Sesión	2	2	4																		
TERAPIA B																					
Número de cambio	C1	C2																			
IGC	6	1																			
Sesión	3	7																			
TERAPIA C																					
Número de cambio	C1	C2	C3	C4	C5																
IGC	9	1	9	6	9																
Sesión	6	6	7	7	10																
TERAPIA D																					
Número de cambio	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13	C14	C15	C16	C17	C18	C19	C20	
IGC	9	5	4	1	6	9	1	9	4	1	9	17	9	12	11	12	17	11	3	13	
Sesión	1	1	1	1	2	3	3	4	4	4	5	5	6	7	8	8	11	11	11	11	
TERAPIA E																					
Número de cambio	C1	C2	C3																		
IGC	9	6	9																		
Sesión	1	4	5																		
TERAPIA F																					
Número de cambio	C1	C2	C3	C4	C5	C6															
IGC	5	6	4	6	17	5															
Sesión	1	5	5	7	8	8															

En general, se aprecia que en el resto de los adolescentes se pudieron identificar un número limitado de episodios de cambio, entre 2 y 6. Dichos cambios en algunas terapias fueron difíciles de identificar dado que son cambios incipientes, además en su mayoría pertenecen a cambios clasificados por Krause y colaboradores (2014) en la fase I: consolidación inicial de la estructura de la relación terapéutica.

Cada uno de estos episodios ocurridos en las sesiones, que fueron identificados por los observadores externos fue luego analizado por el equipo de investigación revisando el contenido del cambio. A continuación, se describirán los aspectos relevantes en cada una de las categorías.

Primera categoría: apreciación global de la psicoterapia

En términos generales se hizo poca referencia a la evaluación de la globalidad de la psicoterapia, puede ser porque los episodios de cambio se identifican sesión a sesión y es común que su contenido esté relacionado con la sesión presente y no con la terapia como una totalidad.

Es por esto que apareció poco contenido relacionado con la evaluación de la terapia como una totalidad, en comparación con otras categorías (logros y facilitadores del cambio) que revisaremos más adelante. Sin embargo, se pudo encontrar que normalmente se resaltan los aspectos positivos de la terapia y esto es consecuente con los episodios analizados, debido a que está por fuera de los alcances de esta investigación la revisión de otro tipo de episodios donde podrían aparecer los aspectos difíciles de la psicoterapia como son los episodios de estancamiento (Fernández et al, 2012; Herrera, 2009) y ruptura (Safran y Muran, 1996). Se proseguirá con la exposición en detalle de lo analizado en los episodios de cambio que los observadores externos encontraron, con respecto a cada una de las áreas que componen la evaluación global del proceso terapéutico: la efectividad, que se refiere a qué tanto la terapia ayudó o no a la resolución del motivo de consulta y al bienestar del paciente; y la calidad de la experiencia y del espacio terapéutico, que ilustra qué significado especial tuvo la psicoterapia para cada participante.

Evaluación de la efectividad de la psicoterapia

En algunos episodios de cambio se identificó que la psicoterapia fue evaluada por el adolescente como de ayuda, ya que hay mejoría con respecto a la presentación de los síntomas e igualmente esta ayuda se podría extender en el futuro.

Terapia D, episodio de cambio 9, sesión 4 (T: terapeuta, P: paciente):

“P: lo bueno de esto es que igual lo voy a poder aplicar como después cuando ya no venga a la psicóloga y ya sé lo importante

T: exacto, sí, eso es lo bueno

P: y no volver a caer en lo mismo (no disfrutar las cosas porque piensa que algo malo va a pasar después”.

Los observadores también seleccionaron episodios de cambio en los cuales se pudo identificar que la terapia resultó suficiente para solucionar las dificultades con las que llegaron los adolescentes al inicio del proceso, expresándose que al momento de las últimas sesiones estos problemas ya estaban superados.

Por otro lado, se pudo identificar la evaluación global de la psicoterapia en relación a la temporalidad en la vida y desarrollo de los adolescentes. Para algunos de ellos la terapia marcó un antes y un después, siendo muy notorios los cambios y los aportes del proceso a su existencia.

Terapia D, episodio de cambio 12, sesión 5:

“T: ya. ¿Alguna pregunta? O algún comentario sobre la sesión de hoy día?

P: ah, ¡todo súper bueno!

T: ¿y qué es súper bueno?

P: de que igual esto me ha hecho súper bien

T: te ha hecho bien

P: porque comparado de cómo me sentía antes es totalmente distinto

T: ya, ¿te ha ayudado?

P: sí

T: ya, qué bueno! Esa es la idea, ¿no cierto?

P: como que ya no me deprimó tanto, o sea, a veces me deprimó, pero son cosas tan únicas, que pasa una vez en la vida y que no pasan más”.

Evaluación de la calidad de la experiencia y del espacio terapéutico

Los observadores encontraron episodios de cambio en los que en algunas terapias se realizó una caracterización de la experiencia terapéutica como positiva, esto se debe a que los participantes la

apreciaron como una buena vivencia y que podría ser recomendable para otros; además, los adolescentes reportaron que se entretenían o les parecía agradable lo que se hacía en terapia y la pasaban bien cuando asistían a las sesiones.

Se debe agregar que en los episodios determinados por los observadores fue importante la connotación que los adolescentes dieron a su asistencia a terapia, ya que ésta fue considerada como un espacio especial en el que se posibilitaba desahogarse emocionalmente y descargarse de temáticas que posiblemente con sus pares y familiares resultaba difícil hablar. En la siguiente viñeta la adolescente estaba describiendo el efecto de la asistencia a sesiones, cómo el espacio de la terapia es propicio para aliviar tensiones emocionales y usa la metáfora de sí misma como una piscina.

Terapia C, episodio de cambio 3, sesión 7:

“T: pero que produce eso (desahogarse) en ti?”

P: como que siento así como que si fuera una piscina, entonces si uno le saca agua no va a explotar, algo así

T: ya, ok y si no te desahogabas ¿ibas a explotar?

P: quizás”.

Segunda categoría: logros y cambios de la psicoterapia

Debido a que el contenido de cambio fue analizado en episodios de cambio identificados por observadores externos, es entendible que se pudieron señalar los logros de la psicoterapia con mayor facilidad, es por esto que este apartado está muy enriquecido y fueron cuantiosos los cambios de los adolescentes que se precisaron en las diferentes áreas.

Donde más logros se evidenciaron fue en la categoría cambios intrapsíquicos (cambios afectivos, actitudinales y resignificación), entre ellos resaltaron: tener conciencia de las propias dificultades y/o conductas inadecuadas; el reconocimiento de la necesidad de cambio y también el poder lograr mayor bienestar y tranquilidad.

Se pasará ahora a revisar en detalle cada una de las categorías y subcategorías.

Cambios en las relaciones interpersonales

Los observadores puntualizaron episodios en los que fue posible detectar algunos cambios en la manera como los adolescentes se relacionaban, especialmente desde la mejoría en la relación con sus padres. Los participantes se mostraron más abiertos y fueron capaces de ponerse en lugar de su progenitor, empatizando más, ignorando situaciones que les molestaban y generando menos conflictos en el hogar.

Baste como muestra un tratamiento en el que la relación con la madre se estrechó y creció la confianza gracias a la psicoterapia, por esto la hija logró en vez de mentirle, contarle cosas que antes no le compartía:

Terapia C, episodio de cambio 3, sesión 10: *“Yo ahora prefiero en vez de irme al o'higginazo le digo a mi mamá no quiero ir al colegio, me voy pa la casa a dormir, chao”*.

Cambios intrapsíquicos

Como ya se mencionó con anterioridad en esta categoría es donde más logros se pudieron registrar en los episodios de cambio. Debe recordarse que dada la gran cantidad de episodios identificados en la terapia D, muchos de los logros relatados a continuación pertenecerán a dicha terapia, cabe señalar que esta adolescente presentaba un desarrollo evolutivo de la adolescencia tardía, a diferencia de los otros adolescentes, y asimismo presentaba una amplia capacidad para dar cuenta verbalmente de sus pensamientos, emociones y conductas.

Se revisará a continuación los tres tipos de cambios intrapsíquicos (afectivos, actitudinales y resignificación) con sus respectivas ejemplificaciones.

Cambios intrapsíquicos afectivos

El cambio que se presentó en la mayoría de las terapias fue el aumento del bienestar y tranquilidad, este sumado a la mejora en el estado de ánimo resultó importante en los casos abordados debido a los síntomas depresivos con los que iniciaron el tratamiento los adolescentes. A través de este código, asignado a varios episodios de cambio, se describió que los adolescentes se sentían más relajados, contentos, habían dejado de estar “bajoneados” y en general cuando se les pidió que calificaran cómo había estado su ánimo reportaron que mucho mejor a como estaba al inicio del proceso terapéutico.

Terapia C, episodio de cambio 1, sesión 6:

“P: Ehh, sí, porque como igual estoy más happy”.

A esto se suma que los adolescentes usaron las herramientas aprendidas en la terapia, con esto enfrentaron mejor los problemas y mantuvieron un mejor estado de ánimo y lograron no deprimirse. Los pacientes se dieron auto instrucciones para sentirse mejor y usaron formas para distraerse y no sentirse tristes, en algunos casos esta fue una estrategia aprendida en sesión.

Terapia D, episodio de cambio 8, sesión 4:

“P: me ponía deprimida ya, me ponía a ver tele o una película, y se pasó

T: ya, o sea aplicas las estrategias, qué bien! Te resultan?

P: sí, sí, si me resultan”.

Simultáneamente, en otros episodios de cambio se encontró que los adolescentes tuvieron mayor conciencia de sus propios estados emocionales. Reconocer sus emociones, poder nombrarlas e identificar las características y consecuencias asociadas a ellas, sumado a reconocer aquello del contexto que les causaba malestar, les permitió ir adquiriendo un manejo adecuado de las emociones.

Terapia C, episodio de cambio 2, sesión 6:

“P: que el M. tenga depre igual me afecta

T: ya

P: o me afecta que por ejemplo la C. me tenga tanta mala y que se haga pasar por mí en su Ask”.

Así mismo, se evidenció mayor tolerancia a la frustración, por ejemplo, en el caso de la espera para recibir atención por parte de sus padres y su comportamiento ante situaciones adversas.

Terapia D, episodio de cambio 13, sesión 6:

“P: eh, no, es que estoy súper bien en el sentido de que ahora todos los problemas que se me vienen los trato de mirar de otra forma y eso me hace sentirme mucho más tranquila conmigo misma. Por ejemplo, hoy día me confundí de micro y quedé en V., y me bajé de la micro y estaba como a punto como de “estraviazgo”, que rabia, después dije “no saco nada con ponerme así”, nada porque...

T: o sea, en otro momento te habrías “enrabiado” mucho

P: sí, no, sí

T: te habrías desesperado

P: sí, por supuesto que sí, yo, cuando a mí algo me sale muy mal me “enrabeó” mucho, cuando me iba al colegio me iba mal, por X motivo o me equivocaba alguna...no! Horrible, horrible! Yo hasta podía llorar de la impotencia

T: ya

P: así a ese extremo, pero ahora, eh, no, trato de tranquilizarme, de tranquilizarme, decir de que en realidad eso, que no saco nada con enojarme, si con enojarme no, no, no va a ir un avión y me va a venir a dejarme acá”.

Aunque en menor medida, también fue reportado el aumento del deseo de realizar actividades y de disfrutar la vida.

Terapia D, episodio de cambio 14, sesión 7:

“P: y bueno ahora tengo, vivo como mucho más el positivismo, como las ganas, es que yo de verdad quiero terminar mi carrera, como que ando muy con ganas de hacer cosas”.

Cambios intrapsíquicos actitudinales

En general, en cuanto a los logros actitudinales, los observadores puntualizaron episodios de cambio en los que se identificó abundantemente el reconocimiento de la necesidad de cambio, el cual acorde con la literatura existente es uno de los cambios iniciales en un proceso terapéutico ya que permite la consolidación de la estructura de la relación terapéutica. Igualmente se señalaron en repetidas ocasiones los logros del aumento en la iniciativa y la toma de decisiones, y la aparición de aquellas actitudes avocadas a un pensamiento positivo sobre el futuro. Se examinará ahora en detenimiento los códigos de esta subcategoría y las viñetas asociadas.

El reconocimiento de la necesidad de cambio apareció ampliamente en las terapias, los participantes admitieron que debían esforzarse por lograr lo que querían y que debían haber modificaciones en sus comportamientos, emociones y formas de pensar con el fin de sentirse más a gusto consigo mismos e interactuar de una manera más armónica con su familia, amigos y entorno en general.

Terapia C, episodio de cambio 4, sesión 7:

“T: y ¿qué necesitas para que se te muestre algo así?

P: madurar

T: madurar y ¿cómo harías eso? ¿Cuál sería una señal para ti que signifique madurar?

P: dejar de, hacer todas las amistades de lado

T: ¿tú crees que eso es madurar?

P: porque a veces a una le preocupa estar más afuera con sus amigos que estar prestando atención en clases”.

Terapia F, episodio de cambio 3, sesión 5:

Adolescente F: “en eso, de que tengo que mejorar, debo cambiar, (ser) cada vez mejor”

Se agregó a esto el logro de la transformación de algunas actitudes con las que llegaron los adolescentes, se tornaron más activos en su propio proceso de desarrollo, asumiendo retos activamente y con mayor motivación para alcanzar los desafíos de su etapa evolutiva. En los episodios de cambio de algunas terapias se encontró el aumento de la iniciativa y la toma de decisiones de los pacientes.

Terapia D, episodio de cambio 14, sesión 7:

“P: como que no pienso “oh, que lata esto” porque en realidad es como para mí, como que yo estoy asumiendo como más mis responsabilidades, porque si me metí en eso (la universidad), mi mamá ya no puede hacer nada por mí, capaz que me cambie de carrera, solo va a depender de mí, entonces como que yo, o sea, que antes no pensaba en esa frase que dice “que uno es dueño de su propio futuro”, pero ahora, así como en el momento en el que estoy sí soy dueña de mi futuro porque si me echo o no hago nada obviamente no voy a poder”.

Se sumó a esto la mayor confianza que sintieron los adolescentes en que las cosas podían cambiar y esto a su vez les permitió hacer proyecciones para el futuro. Con frecuencia, en dos de las terapias, apareció en la narrativa de los participantes la referencia a sus planes después de terminar el tratamiento, el seguir estudiando, mejorar sus calificaciones y cambiarse de carrera, finalizar un programa universitario, entre otros.

Por otra parte, en los episodios de cambio delimitados por los observadores se vio en los adolescentes el aumento de la motivación por estudiar y asistir al colegio, así como el aumento en la

conciencia de sus responsabilidades, especialmente aquellas relacionadas con el estudio.

Terapia F, episodio de cambio 4, sesión 7:

“P: No me gustaría parar de estudiar”.

Cambios intrapsíquicos: resignificación

En lo que sigue se describirá lo encontrado con respecto a la resignificación en los episodios de cambio delimitados por los observadores. Existe predominantemente la presencia del logro de la conciencia de las propias dificultades y conductas inadecuadas, así como la modificación de la visión de las cosas, que cuando finalizó el proceso se vieron de una manera diferente a cómo se veían antes de iniciar la terapia; también apareció una interpretación diferente del problema, sus causas y las emociones que suscitaban en los adolescentes; además, el aumento del reconocimiento de las características de sí mismo. Se verán uno a uno los componentes de esta subcategoría y sus ilustraciones:

En muchos de los episodios se vio reflejado que la mayoría de los adolescentes adquirió conciencia sobre sus propias dificultades, se hicieron conscientes de cómo sus actitudes los perjudican a sí mismos y a su entorno, entendiendo con más profundidad las características de la dificultad por la que llegaron a la consulta.

Terapia B, episodio de cambio 2, sesión 7:

“P: el tema del estudio que es lo que más me complica (...) que yo siento que no tengo las mismas capacidades en ese aspecto que los otros (...) pero a la vez no tengo, como yo, no sé, no me siento la hora a estudiar, es como que el ejemplo más claro que, como que no me doy el tiempo de estar todo el rato estudiando”.

Los observadores igualmente identificaron episodios de cambio donde se evidenció la variación en la forma como los adolescentes significan diferentes aspectos: el problema por el que llegaron inicialmente al psicólogo, cuál era su participación en el problema y las emociones que les generaba esta situación.

Terapia A, episodio de cambio 1, sesión 2:

T: También trabajar tus bloqueos, ¿no es cierto? Y eso sería un punto que podríamos trabajar y

también hay otra cosa que a ti te gustaría?

P: ¿Cómo qué?

T: trabajar contigo? Aparte de esta impulsividad o...

P: no sé porque, me di cuenta que cuando me doy cuenta de las cosas ni siquiera pienso

T: tú piensas... pero de repente te conviene más bloquearlas, porque es más fácil

P: si yo no hubiera hablado con usted, no me hubiera dado cuenta que soy súper impulsiva”.

Asimismo, es sustancial la resignificación que pudieron hacer de la percepción acerca de sus padres y las características de su interacción con ellos.

Terapia E, episodio de cambio 2, sesión 4:

“P: Situación: mi mamá me castiga mucho. Cómo me siento con lo que sucedió? Enojada y triste. Qué ideas se me vienen a la cabeza? Mi mamá me odia y siempre es todo mi culpa. Me sentiré así por lo que estoy pensando? Sí. Ah, los errores de pensamiento es: estás pensando lo mismo que yo, porque estoy asumiendo que mi mamá me odia y tomárselo a la personal porque a lo mejor no siempre es todo mi culpa (...) y en realidad ella no me castiga siempre, y reconoce cuando es injusto su juicio. Sí, hay error del pensamiento, y se puede reemplazar porque “hoy me porte mal pero no por eso...”

T: ya, ya, o sea, el hecho que tu mamá te castigue más frecuentemente tiene que ver en realidad con que a veces te portas mal parece, pero el que te castigue porque te portas mal no significa que te odie

P: hmm, y a veces cuando me castiga por algo injusto me quita el castigo o...

T: ya, si logran conversar después con ella, una vez después pase la tensión, no cierto? Y que llegue la calma, ella después logra reconocer los errores

P: sí”.

De igual manera, cabe agregar que uno de los logros identificados en los episodios de cambio fue la mayor conciencia sobre los orígenes o causas del problema que llevó a los adolescentes al tratamiento psicológico.

Terapia F, episodio de cambio 1, sesión 1:

T: hmm, y que crees que habrá pasado hace cuatro o cinco años que a lo mejor te...

P: no me gusta el profe, los problemas de la casa, o sea, nadie me aceptaba así

T: cuales problemas de la casa por ejemplo?

P: como cuando nos fuimos de donde vivíamos y cuando mis papás se habían separado también, no sé, puede ser

T: mira, acá en la terapia no es como que te diga “no sabes que, a ti te afecto esto! No esta otra cosa!” (...). Pero ahí lo tienes que plantear tú, yo no te puedo obligar a hacerlo. Porque si tú me permites opinar, esto empezó a pasar hace cinco años, que fue justo la situación en la cual se dio la separación de tus papás

P: m-hm

T: hmm, no sé, porque si tú me dices “no aplica”, tú sabes que no, no. Estás de acuerdo?

P: no, sí, sí. Creo que a raíz de eso empezó todo”.

En varios episodios de cambio, de la mayoría de las terapias, apareció el logro de la reafirmación y el reconocimiento de características de sí mismo. Los adolescentes encontraron en las sesiones el espacio para reconocerse, tomar consciencia de sus rasgos de personalidad, gustos, intereses y proyectos a futuro.

Terapia B, Episodio de cambio 1, sesión 3:

“P: entonces que al fin y al cabo es como me sienta yo, porque si bien yo ya tengo como unas cosas que como me gustaría hacer como mi vida de adulto...me gustaría ser como mi papá”.

Cambios comportamentales y sintomáticos

Si bien en comparación con las otras subcategorías de los cambios y logros, los cambios comportamentales y sintomáticos aparecieron minoritariamente, se describirán con algunas viñetas aquellos que hicieron presencia en los episodios de cambio identificados por los observadores externos.

En los episodios de cambio se señaló un cambio comportamental principal que es la transferencia de los nuevos aprendizajes, de la sesión a otros contextos y a otras relaciones. Los adolescentes intentan introducir los nuevos conocimientos adquiridos y la teoría psicológica de su terapeuta a su

vida diaria. De acuerdo a lo propuesto por Krause (2005, p. 193) una de la primeras tareas de la psicoterapia es construir un ámbito de significados compartidos, y es así como algunos pacientes a través del contacto con su psicólogo empiezan a desarrollar sus teorías subjetivas de tipo psicológico (Krause, 2005, p.252).

Terapia D, episodio de cambio 11, sesión 5:

“T: y has aplicado algo de lo que estuvimos viendo? O no?”

P: sí

T: sí? Qué has aplicado?

P: esos son los errores del pensamiento, como a identificarlos

T: a seguir identificando más errores?

P: si

T: en más situaciones?

P: sí.

T: ya”.

Otro logro fue la mayor expresión y verbalización de emociones, que posibilitó que una de las adolescentes no se cargara tanto emocionalmente, y esto cobró importancia ya que en otro momento de su vida el no compartir con nadie lo que sentía la llevó a estar en crisis por el agobio de tener sus dificultades más la carga de los problemas que le contaban sus amigos y amigas.

Terapia C, episodio de cambio 1, sesión 6:

“T: ¿Estás más happy? Y ¿a qué le atribuyes ese estar más happy?”

P: No sé, a que me desahogo”.

Dentro de los cambios comportamentales que aparecieron en los episodios de cambio, aunque escasamente, está el retomar las actividades de interés.

Terapia E, episodio de cambio 1, sesión 1: *“vi películas, ah, hoy día voy a ir al cine, fui con las chiquillas a la playa y ahí está”*

Si bien solo se presentó en una paciente, es pertinente resaltarlo dado que uno de los criterios de la depresión es la pérdida de interés en actividades que antes resultaban placenteras. Hay que mencionar en adición la disminución de conductas disruptivas, por ejemplo, en una de las adolescentes que ya no presentaba fugas del colegio para irse a un parque con las amigas. Y

apareció también el logro de las metas que se han propuesto, específicamente el ingreso a la universidad.

Para finalizar, específicamente en la terapia D, en varios episodios de cambio apareció como logro en cuanto a lo sintomatológico la disminución de los síntomas depresivos y hacia el final de la terapia esto se reflejó como el logro de un funcionamiento muy cercano a lo esperado, normal o adecuado, en otras palabras, la adolescente pudo retomar sus actividades diarias y continuar desenvolviéndose en su proyecto de vida.

Terapia D, episodio de cambio 8, sesión 4:

“T: nosotros estábamos en la sesión número: tres, no es cierto? Esa fue la última que hicimos y lograste detectar otras intrusiones del pensamiento, o no?”

P: sí, es que como que la semana que tuve fue como una semana súper, buena, como que trato de no pensar mal, he tratado de distraerme harto, y no sé, por ejemplo ayer estuve como todo el día... súper bien, como que ya, cualquier cosa, si me ponía deprimida ya, me ponía a ver tele o una película y se pasó (...) como que he tratado de no quedarme tirada en la cama y cosas así”.

Cambios en los padres y a nivel familiar

Es particularmente llamativo que los episodios de cambio delimitados por los observadores externos en los cuales se identificaron logros en los padres y a nivel familiar pertenecieron todos a la terapia D. Al parecer, en esta terapia los cambios en la madre fueron de especial importancia, sobretodo porque ayudaron al cambio de su hija. En cuanto a la forma de presentación de los cambios se puede afirmar que la aparición de cambios entre la madre y la hija se dio conjuntamente, así en la medida en que la adolescente iba presentando cambios estimulaba los cambios en su madre y viceversa, fue un proceso en la diada que se retroalimentaba y potenciaba.

Terapia D, episodio de cambio 5, sesión 2:

“T: has estado mucho mejor? Si?”

P: es que mi mamá no ha estado tan enojona y no estuve mal esta semana”.

De la misma manera, la madre necesitaba iniciar una psicoterapia individual y gracias a la sugerencia de la terapeuta, como al empeño que su hija puso en su propio proceso y a que la madre evidenció cambios en la adolescente, ella también accedió a asistir e iniciar su tratamiento:

Terapia D, episodio de cambio 1, sesión 1: *“pero ayer hablé con ella porque ahora está más relajada, y ahora ve que como estoy trabajando y estoy haciendo algo por la vida, me dijo: ‘no, sí voy a ir (al psiquiatra)’”*.

La madre pudo abrirse a cambiar su perspectiva sobre las dificultades de su hija, de esta manera comprendió su conexión y participación en estas dificultades y al iniciar su proceso terapéutico pudo estar más tranquila y en esta medida favorecer la terapia de la adolescente.

Tercera categoría: condiciones facilitadoras del cambio terapéutico

De manera general, las condiciones facilitadoras del cambio que se pudieron observar en los episodios de cambio estaban relacionadas con elementos del paciente y del terapeuta, siendo dentro de los del paciente los más destacados: la motivación por el cambio, la capacidad de tomar nuevas perspectivas y aplicarlas en otros contextos distintos al terapéutico, el esfuerzo por lograr la conducta deseada y su empeño por cumplir con las actividades planteadas en el tratamiento. Por su lado, los facilitadores más relevantes del terapeuta estaban relacionados con su actitud y disposición a la ayuda del adolescente y su postura de respeto por la individualidad del consultante. Si bien en algunos casos el paciente o el terapeuta señalaron puntualmente que dichos elementos ayudaban al cambio, en la mayoría de citaciones esta clasificación como elemento facilitador fue dada por los investigadores que hicieron el análisis. Se pasará a revisar los pormenores de esta categoría:

Elementos del paciente

Uno de los componentes que facilitó el logro de las metas terapéuticas es la capacidad de los adolescentes para flexibilizarse y mirar las cosas de otra manera, adquiriendo una nueva perspectiva. Esto muchas veces se dio tras un aporte del terapeuta.

Terapia A, episodio de cambio 3, sesión 4:

“T: o sea no sabes decir que no porque el otro se puede sentir mal?

P: puede ser

T: de nuevo

P: sí

T: entonces vamos con el resto pero si a ti te hacen+

P: +es que nunca lo había visto de esa forma”.

Otro aspecto favorecedor de los cambios fue la motivación de los adolescentes por alcanzar los logros y el esforzarse por conseguir la conducta deseada o ideal, es decir, asumieron aquellas acciones que les ayudarían a sentir mayor bienestar y a superar su dificultad inicial. En los episodios de cambio que identificaron los observadores, la disposición a colaborar con el tratamiento, la participación activa en el proceso y este esfuerzo por la conducta ideal se evidenció en la terapia D, cuando la adolescente buscó cambiar su actitud y pensar positivamente frente al reto de cambiarse de carrera en la universidad; también cuando se equivocó de bus y perdió el rumbo hacia la oficina de la psicóloga pero logró mantener la calma y además lo vemos en su comportamiento consciente para controlarse y no explotar cuando algo en la relación con la madre no le salía bien, entre otros ejemplos que ya han sido ilustrados con viñetas anteriores.

Cabe agregar que estos aprendizajes fueron llevados de la sesión al contexto extra terapéutico y así resultaron ser un facilitador para alcanzar los objetivos del tratamiento. En varios episodios de cambio se puntualizó como una de las adolescentes realizó con entusiasmo las actividades propuestas y lo que estaba conociendo con su terapeuta intentaba ponerlo en práctica fuera de la consulta.

Terapia D, episodio de cambio 17, sesión 11:

“T: la doctora me comentó que te había encontrado mucho mejor ayer

P: sí

T: ah, estaba muy contenta con los avances que habías tenido, si? Bien

P: he aplicado todo

T: qué bueno!

P: desde la U, que ahora me está yendo mejor, estudio más, pero obviamente igual tengo mi recreo, veo una película, acostarme, duermo bien, todo súper bien en ese sentido

T: qué bueno! Ya, o sea, todas las cosas que hemos ido como conversando

P: sí”.

Elementos del terapeuta

Entre las condiciones facilitadoras del cambio relacionadas con el terapeuta se distinguieron en general dos grandes grupos: el primero, en el que estaban las actitudes de ayuda al paciente. Y el segundo, donde se encontraron las acciones en las cuales el terapeuta demostraba que conocía el mundo del adolescente y le respetaba en su individualidad.

Es oportuno mencionar que muchas de las condiciones facilitadoras fueron identificadas en los episodios delimitados por los observadores externos en la terapia F, de ahí que muchos de los ejemplos se remitan a dicho terapeuta.

Del primer grupo se encontraron: la intención del profesional por ayudar a su paciente a solucionar sus problemáticas y que para esto especialmente se enfocaba en el motivo de consulta del adolescente. Y que el terapeuta escuchaba con atención cuáles eran las necesidades del paciente en el espacio terapéutico.

Terapia F, episodio de cambio 5, sesión 8:

T: ¿Si? ¿En qué sentido te ha gustado como yo te he tratado? Así, por ejemplo, no sé, te gusta como que yo tiro la talla o porque me pongo en tu lugar, porque te sientes respetado, escuchado

P: Me siento escuchado”.

Así mismo, se observó en los episodios de cambio el compromiso del terapeuta con la entrega de ayuda al paciente y su interés personal en la problemática del caso:

Terapia F, episodio de cambio 3, sesión 5:

“T: un “adolescente F” 2.0 siendo que, según yo creo que tienes muchas potencialidades pero hay que sacarlas a flor, no sé si torturarla

P: sí

T:

puede que lo haga también (tono de broma), pero creo que es algo donde nos podemos ir ahondando como una forma de salir adelante, (...) mejor ahora que estamos juntos, y yo te voy a seguir apoyando lo más que pueda, ese ha sido mi compromiso, no sé tú qué opinas?”.

En un segundo grupo se pudieron clasificar las condiciones facilitadoras del terapeuta que tenían vínculo con el conocimiento del mundo del adolescente y el respeto por su individualidad. En algunas terapias se manifestó el conocimiento del terapeuta sobre el entorno juvenil, su cultura y las

características de esta etapa evolutiva y los conflictos relacionales asociados, de esta manera se hizo un mejor manejo de las situaciones y encausaron sus intervenciones para alcanzar las metas trazadas.

Terapia D, episodio de cambio 15, sesión 8:

T: si? Ya, y cuál es el mini problema que tienes?

P: lo que pasa es que siento que mi mamá, es que no es que me sienta más grande, pero sí a veces como que me pasa que mi mamá me trata mucho como “guagua” (bebé)

T: no te trata como universitaria mayor de edad, ya, que tú eres

P: (...) yo sé que se preocupa pero yo, igual tiene que “cachar” de que yo voy a estudiar como bastante responsable y como que piensa que hago las cosas sin pensarlas y obviamente sé que si faltó a una clase me tengo que poner al día, que tengo que...

T: pero esa clase no tiene asistencia 100% obligatoria?

P: no, 70%

T: 70%, ya.

P: pero es como la primera vez que faltó

T: bueno, a los papás y me incluyo yo, nos cuesta ver que nuestros hijos han crecido, ya? Y nos cuesta como ponernos a tono, entonces tal vez tienes que darle un poquito más de tiempo para que ella se vaya acostumbrando a que ya estás en otra etapa, que en realidad puedes decidir cosas por ti misma, no cierto? Que eres responsable, que no te vas a farrear las cosas. Y eso se lo tienes que ir demostrando con hechos, verdad? En la medida en que ella vaya viendo que en realidad tú sí te vas haciendo cargo de ciertas cosas, también se va a sentir más tranquila, pero cuesta pasar de curso, a las mamás nos cuesta pasar de curso con todos los hijos (risas)

P: (risas)

T: ya? Así que, tienes que tener más paciencia, ya? ”.

Otros terapeutas demostraron su interés por el mundo adolescente a través de tratar de tener temas de conversación comunes a los intereses de su paciente, por ejemplo, en la terapia F, al indagar

sobre el tocar la guitarra y el diseño de juegos que es lo que le gustaba al adolescente. Y en diversas intervenciones, este mismo terapeuta hizo explícita su confianza en las capacidades y recursos del paciente, y en su intención de potencializarlos.

Terapia F, episodio de cambio 4, sesión 7:

“T: ya, ok, entonces parece ser como en el fondo que lo que te gustaría hacer tiene que ver con las cosas que tú más quieres, y en este caso es la guitarra, pero también el tema de del diseño de juegos, digamos, como el objetivo; y qué cosas no te gustaría hacer?”.

Elementos del contexto extra-terapéutico: de la familia

Para terminar con las condiciones facilitadoras del cambio terapéutico, al revisar los episodios de cambio se pudieron identificar como condiciones facilitadoras que dependen de la familia la disposición de los padres al cambio y la asistencia de la madre a terapia propia. Estos facilitadores aparecieron solo en el caso D. Por ejemplo, en la siguiente viñeta queda claro que además de la disposición de la madre a su propio cambio, ella se encontraba dispuesta al cambio de su hija, y en esta situación la apoyó y accedió a darle permiso para salir ya que esto le permitiría sentirse mejor.

Terapia D, episodio de cambio 6, sesión 3:

“T: ah! Verdad que rendiste la PSU! Se me había olvidado eso! Ya

P: entonces fue como una semana un poco tensa como muy, no, no son como todas, no es como una semana cualquiera, sí, fue la semana de las postulaciones, así que...

T: pero ahí pudiste aplicar alguna estrategia entonces? Para disminuir un poquito la tensión?

P: sí

T: para calmarte?

P: sí, sí, yo le dije a mi mamá de hecho, porque en un momento estaba un poco mal y le dije a mi mamá “puedo salir?” porque me iba a hacer bien

T: ya

P: y me dijo “ya” y de ahí como que se me pasó todo, de verdad funcionó”.

4.6 ANÁLISIS DE LAS CONVERGENCIAS Y DIVERGENCIAS ENTRE LAS DIFERENTES PERSPECTIVAS

Con el fin de tener una síntesis de la importancia que dan a las categorías y subcategorías los diversos participantes, en la Tabla 7 además de incluir las categorías se explica a grandes rasgos las frecuencias de presentación en cada uno de los grupos (adolescentes, terapeutas y observadores externos), haciéndose énfasis en la importancia y representatividad que dan los participantes: con un color más recargado estarán las categorías en las que coinciden las perspectivas y a las que se hace más referencia en las entrevistas o que más aparecieron en los episodios de cambio y con un color suave aparecen aquellas en las que coinciden las perspectivas pero que no aparecen tan abundantemente en las entrevistas o episodios de cambio. Cabe aclarar que esta clasificación de “muy poco o nada”, “poco”, entre otras, es una apreciación cualitativa de la investigadora, teniendo en cuenta las terapias en las que aparecía la categoría y cuánta importancia le era dada por los participantes.

Si el lector desea ampliar la comprensión de las similitudes y diferencias que se presentaron al interior de cada caso puede revisar el anexo 7.9 *Convergencias y divergencias caso por caso*, en el que se explica con detenimiento el cruce de miradas de cada terapia, con el fin de contrastar desde el adolescente, el terapeuta y los observadores externos cuáles son las convergencias y divergencias en cuanto a la caracterización de los cambios en cada proceso terapéutico.

En general, en las entrevistas de terapeutas y adolescentes se observó que, al preguntar por la evaluación global de la psicoterapia, ambos coincidieron en mencionar aspectos sobre la efectividad y la calidad de la experiencia. Dentro de la efectividad se resaltan apreciaciones como que la terapia ayuda (a cambiar, al paciente y a la familia, a pesar de que el tratamiento quede inconcluso, etc.). Y para algunos terapeutas quienes dudan de los efectos de la terapia y piensan que no fueron muchos los cambios, es también importante señalarlo dentro de la evaluación global. Si bien, puede que cuando se mire la especificidad de los códigos de esta categoría no coincidan exactamente entre paciente y terapeutas, es un hecho que la globalidad de la terapia se evalúa a través de qué tan útil o no fue para el paciente, los dos grupos de participantes dieron importancia a dichos elementos en la evaluación.

Tabla 7

Convergencias y divergencias entre las diferentes perspectivas

Importancia dada por los participantes a cada categoría	
Muy poco o nada	✓
Poco	✓✓
Media	✓✓✓
Notoria	✓✓✓✓

Apreciación Global de la Psicoterapia	Adolescentes	Terapeutas	Observadores externos
Evaluación de efectividad de la psicoterapia	✓✓	✓✓	✓✓
Evaluación de la calidad de la experiencia y del espacio terapéutico	✓✓	✓✓	✓✓
Evaluación de la extensión de la terapia	✓	✓✓	✓
Logros/Cambios de la psicoterapia	Adolescentes	Terapeutas	Observadores externos
Cambios en las relaciones interpersonales	✓✓	✓✓	✓✓
Cambios intrapsíquicos			
Afectivos	✓✓	✓✓	✓✓✓
Actitudinales	✓✓	✓✓	✓✓✓
Resignificación	✓✓	✓	✓✓✓
Cambios comportamentales y sintomáticos	✓✓	✓✓	✓✓
Cambios en los padres/a nivel familiar	✓✓	✓✓	✓✓
Percepción de cambio desde un tercero	✓✓	✓✓	✓
Condiciones facilitadoras del cambio terapéutico	Adolescentes	Terapeutas	Observadores externos
Elementos de la relación terapéutica	✓	✓	✓
Elementos del paciente	✓✓	✓✓	✓✓✓
Elementos de la terapia	✓✓	✓	✓
Elementos del terapeuta	✓✓	✓✓	✓✓
Elementos del contexto extra-terapéutico	✓	✓✓	✓✓

En cuanto a la calidad de la experiencia como calificador global del proceso psicoterapéutico, dos grupos de participantes opinaron dando valoraciones, por un lado, entre los adolescentes prevaleció

el espacio como agradable, entretenido, un lugar de desahogo y descarga, la experiencia como positiva, mientras para los terapeutas la característica más mencionada fue que el proceso fue difícil.

En la evaluación de la extensión de la terapia coinciden los adolescentes y observadores externos en no darle mayor énfasis a este ítem, mientras en contraste los terapeutas se refieren a este aspecto, especialmente cuando sienten que haber terminado antes de tiempo la terapia impidió alcanzar más logros o desarrollar el plan completo de tratamiento.

En los logros, al dar una mirada panorámica no se encontraron coincidencias en cuanto a los adolescentes y los terapeutas que más y menos cambios vieron en los procesos. Esto fue llamativo, porque la terapeuta de la terapia D fue quien más logros reportó en su paciente, con un total de doce códigos diferentes describiendo los cambios, por ejemplo: asumir nuevas perspectivas; la realización de nuevas actividades; el logro de metas como el ingreso a la universidad; el logro del funcionamiento normal o adecuado, entre otros; esto coincidió con lo visto por los observadores externos, sin embargo, la paciente no observó tantos cambios en sí misma.

Algo similar ocurrió con la adolescente E quien reportó muchos cambios en su proceso, representados en quince códigos diferentes, como el aumento de las interacciones familiares, la elaboración de una teoría sobre sus relaciones familiares, mayor tolerancia a la frustración, mejora en el ánimo, etc. Pero en contraste su terapeuta no visualizó tantos logros.

De igual forma sucedió con la terapeuta B y la adolescente A quienes fueron las que menos cambios vieron en el proceso terapéutico y esto no coincidió con la mirada de su dupla. Esto podría indicar que la apreciación sobre qué tantos cambios se produjeron a raíz de la terapia depende de la perspectiva subjetiva de los participantes.

Ahora bien, entre las convergencias en los logros aparece que en las tres perspectivas se resaltaron algunos cambios en las relaciones interpersonales: el acercamiento en la relación con los padres y la familia, y la mejora en las relaciones con sus pares. Aunque no es la categoría de cambios a la que más importancia dieron, es la única que aparece conjuntamente desde los observadores, los terapeutas y los adolescentes.

Los adolescentes y los observadores externos coincidieron en señalar abundantemente los diversos cambios intrapsíquicos. Dentro de los afectivos aparecieron la mayor sensación de bienestar y tranquilidad; la adquisición o mejoramiento de herramientas para el enfrentamiento de problemas; la mejora en el manejo de emociones y en el ánimo. En los logros intrapsíquicos actitudinales

sobresalieron el reconocimiento de la necesidad de cambio (que coincide con uno de los IGC de la fase inicial: expresión de la necesidad de cambio) y el aumento de la motivación por estudiar.

Y, por último, entre los cambios intrapsíquicos, los de resignificación que aparecieron en adolescentes, pero sobre todo desde el punto de vista de los episodios de cambio identificados por observadores, fueron: conciencia de las propias dificultades y conductas inadecuadas y adquirir una nueva visión acerca del problema y las emociones suscitadas.

Por su parte, los cambios comportamentales y sintomáticos fueron más vistos por observadores externos y terapeutas, especialmente la mayor expresión-verbalización de emociones y opiniones, y cumplir metas (ingreso a la universidad).

Haciendo una revisión de los facilitadores, en general fue más fácil puntualizar los facilitadores que dependen del adolescente y el terapeuta, desde las tres perspectivas son identificados dichos facilitadores. Dentro de los elementos de los adolescentes que ayudaron a alcanzar los logros se encuentran: la disposición a colaborar en la terapia; su apertura para hablar, mostrarse y responder; y su interés por asumir y permitirse explorar nuevas perspectivas. Y en los facilitadores de los terapeutas están: la disposición y escucha, su capacidad para generar confianza en el paciente y su disposición a ayudar al paciente a solucionar sus problemáticas.

Si se evalúan los facilitadores del contexto, los adolescentes no percibieron como el entorno o sus familias influyeron en el proceso terapéutico. En contraste, para los terapeutas fue más fácil señalar qué del medio afectó la terapia, por ejemplo, la asistencia de la madre a terapia propia y su disposición al cambio, y de la institución de atención, su red de contactos con el sistema público.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Al finalizar la presente investigación los hallazgos permitieron dar respuesta a la pregunta que orientó el estudio y a los objetivos planteados. Es así como se caracterizó el contenido del cambio identificado por adolescentes, terapeutas y observadores externos en seis terapias de adolescentes con síntomas depresivos. De esta manera se encontraron tanto divergencias como convergencias en el contenido de cambio, que serán discutidas a continuación y se pondrán en diálogo con los referentes teóricos señalados al inicio de este trabajo.

Luego, se propondrán algunas implicaciones clínicas de esta investigación con el fin de que quienes trabajan en la consulta con adolescentes puedan favorecerse de los resultados de este estudio, por supuesto, teniendo en cuenta sus limitaciones y proyecciones.

Con el fin de ser consecuentes con las categorías halladas a través del análisis de contenido y favorecer la comprensión del lector, la discusión se propone en torno a los tres ejes: apreciación global de la psicoterapia, logros y cambios de la psicoterapia, condiciones facilitadoras del cambio.

Apreciación global de la psicoterapia

La apreciación global de la psicoterapia corresponde a una visión general de evaluación que los participantes hicieron sobre el proceso. En conjunto, las entrevistas de adolescentes y terapeutas se caracterizaron por rescatar tanto los logros, aspectos favorecedores y aportes de las terapias, como por señalar también dificultades, aspectos por mejorar y temas que quedaron pendientes por trabajar. Se le dio poco énfasis a la duración de la terapia, solo para algunos terapeutas esto fue importante y estaba relacionado con que la interrupción de los tratamientos impidió la consecución de todos los objetivos.

Con respecto a la información analizada a través de los episodios de cambio identificados por observadores externos, fue escasa la referencia a la evaluación global de la terapia, apareció aisladamente que la terapia ayudó al paciente y fue una experiencia positiva, entre otros. Esta escasez podría explicarse debido a que los episodios de cambio fueron delimitados sesión a sesión, en el momento presente y usualmente en ellos el terapeuta y el adolescente no están hablando de la totalidad de la terapia, y tal vez la evaluación global podría aparecer, pero en

sesiones finales de procesos más largos o inducidas por preguntas del terapeuta en alguna sesión de cierre, lo cual no sucedió con las terapias de este estudio.

En relación a la evaluación que los adolescentes hicieron del proceso, se resalta su capacidad crítica y sinceridad para expresar aquello que sintieron que no aportó a su proceso o que dificultó la terapia. Los pacientes expresaron, por ejemplo, que las temáticas y viñetas analizadas en sesión no estaban acordes con su edad o que su decisión de desertar impidió mayores avances. Esto parece importante en la medida en que el contexto investigativo garantizó que los adolescentes pudieran decir lo que realmente pensaban y no se expresaran solo por deseabilidad social.

También sobresalió en las entrevistas de los adolescentes la importancia y valoración que dieron al terapeuta y su rol, el que los escucharan, sentirse acogidos en un espacio, que los recordaran, y que se interesaran por ellos, fue mencionado como valioso por la mayoría de los participantes. Esto coincide con lo encontrado por Fernández et al. (2016) donde los adolescentes describieron la relación con su terapeuta como una “amistad diferente-especial”, debido a la importancia que dieron al sentirse en un clima de confianza, aceptación y protección en el cuál podían expresarse libremente y ser ellos mismos.

Otro punto a rescatar en la apreciación global de la psicoterapia es que ningún terapeuta ni adolescente calificó su proceso como “fracaso” o “poco exitoso”. Incluso los pacientes y terapeutas de los casos de deserción reportaron logros y pensaron que la terapia les había ayudado. Surgen entonces las preguntas: ¿la evaluación global de la terapia es independiente de si el termino es por finalización debido al logro de objetivos o deserción? ¿Por qué ninguna perspectiva, en ningún caso, califica la terapia como fracaso? ¿Se valora positivamente porque independientemente de la duración todas las terapias tuvieron cambios? ¿Es debido a que hay logros que se podrían atribuir al solo hecho de que asisten a terapia? ¿Estará esto relacionado con el efecto placebo? O al hacer la evaluación global ¿hubo falta de asertividad o temor en asumir que fue un fracaso?

Se podría pensar que, aunque las psicoterapias fueron breves (entre 6 y 11 sesiones) existieron alcances, aunque fueran mínimos, que se dieron por el hecho de asistir a un espacio propicio para la reflexión y el autoconocimiento. Por otro lado, también podría pensarse que algunos de los logros reportados están relacionados con el efecto placebo, que según Asay y Lambert (Asay y

Lambert, 1999; citado en Aragon, 2013) está asociado a un 15% de los resultados de una psicoterapia. Así mismo, no se debe descartar lo que Budge y Wampold (2015, p.223) llaman “los saludables efectos de estar conectado con otro ser humano”. Para los autores una “relación real” en la terapia es una conexión basada en percepciones realistas, honestidad y autenticidad, y uno de los principales beneficios de estar en ella es que el bienestar general del paciente es el foco de la terapia y no solo la reducción de síntomas.

Adicionalmente, es importante mencionar que, en el análisis general de las entrevistas de terapeutas y adolescentes, se observó que hubo escasa coincidencia entre los terapeutas y sus pacientes con respecto a la valoración del proceso como “éxito” o “medianamente exitoso”. Algunos de los participantes fueron más minuciosos y tuvieron en cuenta las dificultades y límites del proceso, por esto hablaron ampliamente de los inconvenientes existentes a pesar de los logros, mientras otros se detuvieron solo en los aspectos positivos y favorecedores del proceso psicoterapéutico.

En la valoración global de la psicoterapia que realizaron los terapeutas, resultó relevante que los casos no fueron calificados como difíciles por elementos propios del terapeuta o la terapia (técnicos), sino por el vínculo que fue complejo de establecer con el adolescente o por los elementos de la familia o el ambiente, que jugaron un papel en contra de la terapia, por ejemplo, la negligencia para llevar al hijo a evaluación psiquiátrica o entornos familiares agresivos.

Para los adolescentes resultó importante la psicoterapia en la medida en que se constituyó en un espacio de desahogo y descarga emocional, esto fue altamente mencionado en sus entrevistas mientras solo fue señalado por un terapeuta. Esto conversa con el estudio de Calderón Gómez y colaboradores (2012) quienes encontraron como muy valorada por los pacientes con depresión la accesibilidad física y humana y la cercanía en el trato que tenían los médicos de familia, aunque la falta de tiempo era una insuficiencia en dicha relación. Los autores también mencionaron la ausencia de psicoterapia en el nivel de salud mental y que la práctica de los psiquiatras se limitaba a la prescripción de medicación, lo cual con frecuencia fue considerado insuficiente.

Finalmente, fueron preponderantes para la terapeuta A los aprendizajes a nivel personal y profesional que le dejó este proceso, y esto puede estar relacionado con que es una terapeuta novel y con poca experiencia en atención clínica. Este aprendizaje puntualizado por la terapeuta

puede estar relacionado con lo que Corbella y Botella (2004) plantean como un posicionamiento experiencial analítico del terapeuta con respecto a la experiencia profesional, donde hay una conciencia reflexiva que facilita poner en orden los componentes de los acontecimientos vividos en el espacio terapéutico (emociones, pensamientos y acciones), y esto lleva a que la experiencia pueda convertirse en aprendizaje. Dicha actitud se contrasta con la de terapeutas que asumen un posicionamiento experiencial neutro, en el que solamente acumulan experiencias sin darles sentido a través de la conciencia reflexiva.

Logros y cambios de la psicoterapia

En este ítem los participantes dieron respuesta a los aspectos que específicamente pensaron que se habían logrado con la psicoterapia, a las cosas que habían mejorado tanto en el paciente como en su familia y entorno. Desde esta visión el cambio fue abordado como nuevas formas de pensar, sentir y actuar que hicieron que el adolescente tuviera una mejor calidad de vida.

Al revisar las convergencias y divergencias entre las tres perspectivas sobre los logros y cambios que sucedieron como consecuencia de la psicoterapia, coincidió desde los pacientes, los terapeutas y los observadores externos, que todos identificaron cambios en las relaciones interpersonales, por ejemplo, la mejora en la relación con los padres y con los compañeros y amigos de su edad.

Dadas las características evolutivas de los participantes, que hacen que las relaciones con sus padres y familia sean conflictivas en el paso por la adolescencia, hicieron que estas relaciones se posicionaran en un primer plano y fue rescatado por ellos como importante el acercamiento a sus padres y la mejora en las relaciones familiares. En este sentido, Dundon (2006) menciona que los conflictos familiares son los más difíciles, de esta manera, los cambios familiares, por ejemplo, el divorcio de los padres, fallecimientos, la pérdida de un hermano, o incluso el ingreso a la universidad, podrían ser desencadenantes de la depresión.

En cuanto a los niveles y profundidad de los cambios en las relaciones familiares, una de las participantes llegó a elaborar un constructo subjetivo sobre sus relaciones interpersonales, es decir, pudo entender cuál era la dinámica en su vivienda y en especial elaborar una hipótesis

sobre la relación agresiva que existía con una familiar con la que convivía, y en esa medida cambiar su posición y permitir una modificación en el conflicto en su hogar.

Por otro lado, los cambios intrapsíquicos, que incluían los logros en lo afectivo, lo actitudinal y la resignificación, tuvieron importancia en las entrevistas de los adolescentes y en lo identificado en los episodios de cambio.

A su vez, dentro de los logros afectivos es importante señalar la relevancia del logro de mayor bienestar y tranquilidad, debido a que estos pacientes asistieron a terapia inicialmente con síntomas depresivos, este es un logro que posiblemente responde a las metas terapéuticas y al plan de trabajo de los psicólogos, sin embargo es escasamente mencionado por los terapeutas, tal vez porque al detenerse en la explicación de los logros más específicos el bienestar general del paciente es pasado por alto o fue considerado como algo obvio.

Así mismo, aparecieron de manera importante para los terapeutas y en los episodios de cambio delimitados por los observadores externos, los cambios comportamentales, por ejemplo, la mayor verbalización y expresión de emociones y opiniones; el ingreso a la universidad y la transferencia de lo aprendido en sesión a otros espacios o relaciones. Esto podría explicarse porque son cambios que se observan con mayor facilidad, ya que se manifiesta en acciones y actitudes concretas. En contraste, en las entrevistas de los adolescentes los cambios comportamentales fueron mínimamente mencionados. Estos hallazgos fueron similares a los de Timulak (2010), quien encontró que las perspectivas sobre lo que es significativo en terapia podrían diferir dramáticamente entre los terapeutas y los pacientes. Específicamente el autor estaba investigando los momentos significativos y encontró que los aspectos relacionales y emocionales pueden ser más importante para los pacientes que los aspectos cognitivos de la terapia, que son subrayados con frecuencia por los terapeutas.

Retomando el asunto del ingreso a la universidad y la presentación de la PSU, en el estudio de Veytia, González, Andrade y Oudhof (2012) sobre el papel de los sucesos vitales estresantes en la depresión adolescente, los aspectos escolares fueron los sucesos que se presentaron con mayor frecuencia. Es así que los sucesos del contexto escolar aparecen predominantemente durante la adolescencia y la depresión se asocia reiteradamente al deterioro del rendimiento escolar, de ahí que puedan estar como preocupación para los padres y adolescentes y ser uno de los objetivos en

el tratamiento terapéutico. De igual manera, en el trabajo de Gunnar Götestam, Svebak y Naper Jensen (2008) sobre los recursos positivos en los adolescentes, el cumplimiento de metas apareció como fuertemente asociado a la falta de depresión.

Al revisar las similitudes entre lo que dijeron los terapeutas y apareció en los episodios de cambio, y a su vez lo que dijeron los adolescentes y aparecía en los episodios de cambio, se pudo observar que coincidían en repetidas ocasiones. Esto puede explicarse, porque si bien los episodios de cambio son delimitados por observadores externos, a lo que finalmente se le realizó un análisis de contenido fue a lo que tanto pacientes como terapeutas habían expresado en terapia. A partir de estas similitudes, se puede concluir que la metodología de estudiar el cambio desde la perspectiva de los observadores externos es útil porque es posible identificar los otros dos puntos de vista, y en esta medida es posible considerar la subjetividad de los participantes.

Ahora bien, adentrándonos más en lo que los adolescentes reportaron en sus entrevistas, es notoria la preponderancia que ellos dieron a los cambios intrapsíquicos, especialmente al aumento en el bienestar y la tranquilidad, a la mejora en el ánimo y a la adquisición de herramientas para enfrentar problemas. En cambio, se refieren escasamente a los logros en lo sintomático o comportamental. Esto es llamativo pues si bien llegaron por síntomas depresivos, pocos hacen alusión a eso (excepto la paciente D), pareciera ser que sus ganancias con el tratamiento van más allá de un posible diagnóstico y valoraron la intervención para su vida en general y para su relación con las personas importantes para ellos. Esto coincide con el estudio realizado por Castañeiras, Míguez, García, Fernández-Álvarez y Belloch (2009) en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo, donde los autores reportaron que la mayoría de pacientes mostraban una evaluación favorable de sus procesos, independientemente de los resultados cuantitativos; es decir, hubo una experiencia subjetiva de cambio relacionada con la mejoría que no necesariamente estaba relacionada con el término de “recuperación”, en esta medida los investigadores sugieren que es importante también explorar y analizar los significados y no quedarse solo en las pruebas objetivas.

A su vez, Connolly y Strupp (1996) soportaron esta idea, al encontrar en la psicoterapia con adultos, que la mayoría de gente no ve el alivio de los síntomas como el aspecto más importante al estar en terapia, sino que valora otros aspectos -tal vez menos cuantificables- tales como el

desarrollo de un mejor manejo en las relaciones interpersonales. Desde la presente investigación se puede aportar a esta discusión del alivio de los síntomas versus el bienestar subjetivo, si se retoman los resultados del OQ y el YOQ (Wells, Burlingame y Rose, 2003) de estos pacientes: se puede observar una gran diferencia entre el cambio en estos auto reportes en comparación con las entrevistas. Es necesario recordar que sólo un paciente pasó de estar en la población disfuncional a la funcional, en contraste con lo manifestado por los participantes en las entrevistas y los episodios de cambio identificados donde en todas las terapias se vio mejoría. En este orden de ideas, para los terapeutas y los adolescentes en la psicoterapia se alcanzaron logros que van más allá de la disminución de síntomas.

Por otro lado, en los episodios de cambio se observó que los IGC (Indicadores Genéricos de Cambio) asociados, pertenecen en su mayoría a la fase I: consolidación inicial de la estructura de la relación terapéutica y fase II: aumento de la permeabilidad hacia nuevos entendimientos (ver anexo 7.1). Esto podría explicarse porque son terapias breves y los cambios de la fase III requieren mayor desarrollo y avance del proceso psicoterapéutico. Esta hipótesis fue estudiada por Echávarri y colaboradores (Echávarri et al., 2009) quienes encontraron en terapias de adultos que a medida que avanzaba la psicoterapia aumentaba el nivel jerárquico de los IGC, apoyando así la noción de evolución sucesiva del cambio de Krause (Krause et al., 2006; Krause & Dagnino, 2006). Sin embargo, también cabe otra explicación y está de la mano de que la elaboración e investigación de los IGC se ha dado mayoritariamente en adultos, y es necesario comprender que el proceso de cambio subjetivo puede darse de una manera diferente en las distintas etapas evolutivas, es por esto que se hace urgente que se puedan establecer más estudios de los IGC en niños y adolescentes y a futuro pensar en la posibilidad de establecer una lista de indicadores de acuerdo a las necesidades y características de la psicoterapia con ellos.

En lo observado en los episodios de cambio aparecieron como logros predominantes la conciencia de las propias dificultades, las conductas inadecuadas y la necesidad de cambio, estos logros se asocian a algunos de los IGC iniciales que son, acordes con la literatura existente, cambios que permitieron la consolidación de la estructura de la relación terapéutica.

Otro logro que apareció en varios episodios de cambio fue el ver las cosas de una manera diferente, se podría pensar que, independiente de la orientación teórica, la psicoterapia tendría

esto como una de sus metas o dentro de su dispositivo ésta es una de las características, ya que precisamente lo que hace el terapeuta es ofrecer una visión alternativa a la problemática del paciente. Esta idea es similar a lo que trabaja la terapia constructivista, en la que el terapeuta ayuda al paciente a interrogar sus propios supuestos tácitos acerca de la vida y poder encontrar nuevos marcos de sentido de acuerdo a las experiencias que va vivenciando (Neimeyer, 1999). Así mismo, existe el modelo de re-autoría de White y Epton (1990; citados en Matos et al., 2009), el cual propone que la terapia permite la construcción de nuevas narrativas de vida, como una alternativa a la historia dominante o saturada del problema, que es una narrativa reducida a un solo tema.

Por otro lado, al revisar detenidamente los logros encontrados desde la perspectiva del observador externo, a través de los episodios de cambio, fueron evidentes los cambios hallados en la terapia D, esto puede estar asociado tanto a lo fecundo del trabajo de la díada terapéutica, como al desarrollo evolutivo de la paciente, quien además de tener facilidad para expresar su estados emocionales y pensamientos, pareciera ubicarse en una adolescencia tardía. De acuerdo a Pineda y Aliño (2002) esta fase se caracteriza porque ha terminado el crecimiento del adolescente y aparece la toma de decisiones importantes en cuando a lo académico y profesional, además se ha alcanzado control de los impulsos y maduración de la identidad; sumando a esto los avances en la vida sexual, se podría decir que en la adolescencia tardía el adolescente está cerca de ser un adulto joven. En adición, tal vez los episodios e IGC se identificaron con más facilidad en esta paciente porque se encuentra más cercana a la adultez, y reaparece la importancia de revisar la aplicabilidad de los IGC de adultos en los procesos de adolescentes.

También para la terapia D, fue notoria la cantidad de episodios de cambio en los cuales había logros en los padres y a nivel familiar, y es posible imaginar cómo este cambio de la madre parece haber ayudado o influido en los cambios de la adolescente. Se podría pensar que esta fue otra de las razones por las cuáles se encontraron tantos cambios en esta paciente, en contraste con otros adolescentes que contaron con mínimo apoyo familiar y cuyos padres no se involucraron en un proceso de cambio conjunto. Otros autores han encontrado relación entre el soporte familiar y la sintomatología depresiva, confirmando que la percepción de menor soporte por parte de la familia es un factor que contribuye a la presencia de la depresión en adolescentes mujeres (Cova, Rincon, Inostroza y Melipillán, 2012)

Condiciones facilitadoras del cambio terapéutico

Las condiciones facilitadoras del cambio terapéutico fueron aquellos elementos del paciente, el terapeuta, la terapia como herramienta misma, la familia y los diferentes contextos, que posibilitaron que los logros se alcanzaran con mayor facilidad. Con respecto a ellos, desde las tres perspectivas aparecieron señalados algunos, sobre todo aquellos que se relacionaron con la forma de ser de adolescentes y terapeutas y el cómo asumieron el proceso psicoterapéutico.

Desde lo expresado por los terapeutas en la entrevista, se observó que la familia y el entorno influyeron algunas veces en el desarrollo de la terapia, por ejemplo, con la negligencia para llevar al adolescente a la evaluación psiquiátrica. Esta influencia del contexto no fue puntualizada ni por los adolescentes, ni se identificó en los episodios de cambio que encontraron los observadores externos.

Entrando un poco más en detalle en lo que expresaron los adolescentes, éstos se centraron más en facilitadores que dependen de ellos mismos o en los que les resultan más fáciles de visualizar: elementos facilitadores de ellos (por ejemplo, disposición a colaborar en terapia) y sus terapeutas (por ejemplo, capacidad de generar confianza en el paciente). Esto podría explicarse porque para ellos es más fácil centrarse en los elementos más inmediatos y cercanos a sí mismos. Y en general resultó marcado lo que para ellos era importante (como los facilitadores del terapeuta), y en contraste no apareció mencionado ningún facilitador ni de la familia ni del contexto extra terapéutico.

Es así como sobresalió principalmente que en la identificación de las condiciones facilitadoras en la mayoría de las terapias existe gran divergencia y se tienden a puntualizar más los aportes del terapeuta y del adolescente, siendo poco mencionados los aportes de la familia, el contexto educativo, entre otros contextos. Una posible explicación a esto es que, para los actores de la psicoterapia -terapeuta y paciente- resulta más fácil de observar lo que ocurre al interior de la sesión y logran conectar poco los cambios a otros actores o espacios en que se desenvuelve el adolescente. Anteriormente se había planteado el interrogante por cuánto de los cambios es propiciado directamente por la terapia, si bien es una pregunta difícil de responder, ya que depende de las perspectivas subjetivas de los involucrados, al referirnos a los facilitadores parece

que se responde en parte: por lo menos en los casos analizados en esta investigación, los adolescentes y terapeutas ponen más énfasis en el cambio favorecido y atribuible a la terapia que a otras causas del cambio.

Finalmente, de acuerdo a lo revisado durante este trabajo, se evidenció que existen tanto convergencias como divergencias en las percepciones sobre la apreciación global de la psicoterapia, los logros que se alcanzaron y las condiciones facilitadoras de dichos cambios. Aparecieron como convergencias entre las tres perspectivas el reconocimiento de algunos logros en las relaciones interpersonales; algunos cambios en los padres o familia; y la importancia dada a los facilitadores de los cambios, especialmente aquellos relacionados con los terapeutas y los adolescentes. Como convergencias entre el adolescente y lo evaluado por el terapeuta están la mención de la eficacia de la terapia y su calificación como un espacio especial, al pedirles su opinión global sobre la psicoterapia. Como convergencias entre los observadores externos y los adolescentes aparecieron los logros a nivel intrapsíquicos. Entre las divergencias se cuenta con la poca relevancia de la extensión de la terapia, que apareció poco en los episodios de cambio que delimitaron los observadores externos y en las entrevistas de los adolescentes, mientras sí fue puntualizado por los terapeutas. Otra divergencia estuvo en que los terapeutas y observadores externos vieron más los cambios comportamentales, que fueron menos mencionados por los adolescentes. Y dentro de los facilitadores, los adolescentes dieron poca relevancia a los facilitadores del contexto, en cuanto observadores y terapeutas pudieron señalar algunos elementos de éste que ayudaron a la terapia.

Se puede concluir a raíz de estas convergencias y divergencias, que la visión sobre la efectividad y valoración de la psicoterapia, qué cambia y qué ayuda a cambiar en ella, varía según la perspectiva de quien la esté evaluando. En esta medida, dichas miradas deben indagarse para complementarse, no debe asumirse que un solo actor del proceso psicoterapéutico puede dar cuenta de todo lo que pasa al interior de este, o no debe pensarse que si un observador externo es quien revisa los videos de las sesiones podrá dar cuenta del cambio en su totalidad. Desde lo hallado en esta investigación, aparece como una opción viable incorporar varias perspectivas con el fin de tener un mapa más completo sobre el cambio y además podría ser necesario incorporar dichas visiones al momento de decidir el término de la terapia

En general en las terapias analizadas aparecen tanto convergencias como divergencias entre la mirada de los terapeutas y sus pacientes, esto se contradice con parte de la literatura existente debido a que Timulak (2010) afirma que en las terapias exitosas los terapeutas deberían estar más sintonizados con la experiencia de terapia de sus clientes, esto lo dice basado en diversos hallazgos que sugieren que la compatibilidad entre la perspectiva de terapeutas y clientes incrementa con un buen resultado. En el caso de la presente investigación, independientemente de los resultados, fueran estos evaluados a través de las entrevistas a terapeutas y adolescentes o conocidos por auto reportes (BDI y YOQ), en las terapias exitosas y medianamente exitosas se pudieron encontrar tanto convergencias como divergencias entre lo que pensaban pacientes y terapeutas sobre la terapia.

A pesar de lo anterior, llaman especialmente la atención dos terapias, una de ellas es la terapia F, porque se hallaron más similitudes que en otras terapias, entre lo reportado desde la perspectiva del adolescente, el terapeuta y lo identificado en los episodios de cambio.

Y otra terapia que llamó la atención es la E, debido a la gran dispersión de las respuestas desde las tres perspectivas. A primera vista, resultó muy llamativo que la valoración global fuera tan disímil: la terapeuta no se sintió conforme con los resultados y pensó que la finalización fue una deserción de la paciente; a su vez, recordó poco a la adolescente y lo que sucedió en el proceso en general. En contraste, la paciente pensó que el proceso psicoterapéutico le sirvió, que finalmente logró establecer una buena relación con la terapeuta, aunque al inicio haya sido difícil, y recordó detalles de la terapeuta y el proceso.

Estos dos casos fueron distintos en cuanto a las similitudes y diferencias desde las dos perspectivas (paciente y terapeuta), pero a su vez fueron muy diversos en cuanto a sus características: la terapia F: con paciente y terapeuta varones; orientación teórica integrativa; nueve sesiones; finalizada porque el adolescente se trasladó de ciudad. Y por su lado la terapia E: con paciente y terapeuta mujeres; orientación cognitiva y terapia apoyada con computador; 6 sesiones y finalizada por deserción de la paciente (según la percepción de la terapeuta). Después de este análisis es preciso plantear la pregunta sobre qué elementos o características pueden influir en que al indagar sobre el cambio y la efectividad de la psicoterapia las opiniones entre paciente y terapeuta en contraste con lo observado en las videograbaciones no coincidan en cuanto a lo que es relevante desde cada perspectiva.

Una hipótesis al respecto puede estar relacionada con la diferencia en cuanto a la relación que estableció cada terapeuta con su paciente y el interés del terapeuta por el adolescente. Es notorio que el terapeuta que tenía más convergencias fue un terapeuta que, por lo menos en la entrevista, mostró que estaba muy preocupado por el caso e intentó por todos los medios hacer lo mejor que pudo en su intervención. En contraste, la otra terapeuta, afirmó que no recordaba a la paciente, resaltó en general más aspectos negativos de la personalidad de la adolescente y valoró como negativos varios aspectos del proceso. No obstante esta hipótesis, esto es algo que podría ser abordado en mayor profundidad en otros estudios, con mayor número de casos, indagando en qué variables estarían asociadas a una mayor convergencia o divergencia entre las perspectivas, y sus efectos en los resultados del tratamiento.

Aportes, limitaciones y proyecciones.

Con el fin de que esta investigación pueda ser usada para mejorar las intervenciones con adolescentes con síntomas depresivos, es importante precisar algunas implicaciones clínicas de los hallazgos. En primer lugar, en la muestra analizada, fue notoria la disparidad entre lo que vieron los pacientes y los terapeutas en la evaluación global de la psicoterapia.

En trabajos similares, por ejemplo, el de Calderón Gómez et al. (2012) en pacientes diagnosticados con depresión, se encontró también que sus perspectivas son distintas a las de los médicos y psiquiatras y, por lo tanto, han de ser tenidas en cuenta para mejorar el tratamiento.

Es por esto pertinente que, en el proceso de cierre de un proceso psicoterapéutico, se pueda incluir una puesta en común de los aspectos que cada una de las partes de la diada consideró relevantes durante este. Se podrían incluir tanto las fortalezas y logros de la terapia, así como las dificultades en la forma de trabajo, las temáticas que quedaron pendientes por trabajar o que podrían ser exploradas posteriormente con mayor profundidad y las limitaciones encontradas tanto en el espacio terapéutico como en elementos de lo extra terapéutico. Por ejemplo, en esta investigación los terapeutas no prestaron casi atención a los cambios intrapsíquicos, cambios que fueron relevantes para los adolescentes; esto podría indagarse en dicho proceso de cierre o en sesiones intermedias en las que se pongan en común estos aspectos. De acuerdo a la presente investigación, los cambios intrapsíquicos son cambios a los que debe estar atento el terapeuta

tanto en la intervención como en la evaluación de resultados, ya que son indicadores de avance en el proceso que podrían tenerse en cuenta al momento de decidir el alta terapéutica.

Así mismo, tal como lo han venido señalando varios autores (Snyder, 2016) se deben recordar los beneficios de la retroalimentación permanente en el proceso y de la inclusión de algunos auto reportes, por ejemplo, el OQ, el WAIS y el PEAR⁷, como actividades cotidianas de la atención clínica que pueden orientar las intervenciones y suplementar la intuición clínica. Es posible que el estar evaluando constantemente la alianza, las metas y alcances de la terapia en armonía con las necesidades del paciente, pueda llevar a que el terapeuta y el adolescente estén trabajando de una manera más sintonizada y efectiva.

Asimismo, de acuerdo a lo encontrado en este trabajo, sería de importancia para los psicoterapeutas, recordar que el aspecto relacional retoma un papel primordial en la vida de los adolescentes y por esto los logros en esta área fueron relevados por los pacientes.

Finalmente, por la importancia que los adolescentes les dieron a las características del espacio terapéutico como un lugar de desahogo y descarga emocional, así como a la habilidad de escucha del terapeuta y su capacidad para generar confianza, estos son aspectos a los que todo clínico debería estar atento. Fue valorado por los adolescentes que la terapia ocurriera un lugar en el que se pudiera hablar con tranquilidad, sin temor a ser juzgado. Esto coincide con la investigación de Krause, Altimir y Horvath (2011) quienes encontraron que tanto terapeutas como pacientes propusieron que la reciprocidad afectiva, la aceptación, la confianza y el sentirse comprendidos, hacen parte de los requisitos para tener una buena relación terapéutica.

Dentro de la relevancia metodológica de esta investigación, se puede rescatar este tipo de análisis como una primera aproximación a la integración de diversas fuentes de información, combinando los datos arrojados por los episodios de cambio con las entrevistas de adolescentes y terapeutas. Este análisis cualitativo del contenido de los episodios permite rescatar información importante de la subjetividad de los participantes y muestra nuevas áreas en las que podría darse fructífera investigación sobre el cambio en psicoterapia.

⁷ OQ: Outcome Questionnaire. WAIS: Working Alliance Inventory Short Form. PEAR: Patient's Experience of Attunement and Responsiveness Scale.

En adición a lo anteriormente expuesto, el presente estudio permitió entender un poco más la complejidad del cambio en psicoterapia, incluyendo la mirada que adolescentes, terapeutas y observadores externos tienen del cambio y sus facilitadores. Pero para tener un panorama más completo, también faltaría entender qué factores juegan en contra del proceso terapéutico; en este sentido es importante que próximas investigaciones consideren la posibilidad de realizar el cruce de miradas sobre el fenómeno terapéutico, pero incluyendo también los elementos obstaculizadores del cambio y el estudio de los momentos difíciles durante la terapia, por ejemplo, los episodios de estancamiento (Herrera et al., 2009) y ruptura (Safran y Muran, 2006). De igual manera, otra oportunidad de investigación aparece si se piensa en que los padres de los adolescentes pueden ser una fuente de información importante, en esta investigación apareció reflejada esta perspectiva en la subcategoría del cambio notado desde un tercero, sin embargo, podrían incluirse entrevistas con los padres para tener en consideración sus opiniones y saber hasta qué punto se sienten suficientemente incluidos en el proceso psicoterapéutico de sus hijos o no y si esto es importante para ellos.

Una de las limitaciones de la presente investigación está ligada a que algunas entrevistas se realizaron con más de seis meses de transcurrido el cierre de la terapia, por lo que, especialmente en el caso de los terapeutas, recordar algunos detalles del adolescente fue complejo, pues habían realizado intervenciones posteriores a eso. Futuras investigaciones deberían ser más cuidadosas con los límites de tiempo para contactar a los participantes, con el fin de garantizar la calidad de la información suministrada.

Otro aspecto a mejorar es la cantidad de casos estudiados, ya que con el aumento de la muestra se podrían analizar más factores involucrados en las convergencias y divergencias encontradas. Por ejemplo, podría verse si en terapias más largas aparecen otro tipo de Indicadores Genéricos de Cambio; si mayor riqueza en la variedad de las edades de los adolescentes arroja otros resultados; si hay relación entre los hallazgos con las terminaciones por abandono o por logro de las metas terapéuticas; si el enfoque del terapeuta tiene alguna implicación, entre otros.

Cuando se indaga por el cambio en psicoterapia, más allá de que se interroge al paciente, al terapeuta o que los observadores externos puedan dar su apreciación hay aspectos que siempre quedarán como no dichos. Este es otro aspecto que pudiera pensarse como limitante pero que

hace parte de la realidad de los seres humanos, siempre quedará algo más por dilucidar o entender. Este tipo de estudios pueden aportar a la comprensión y la complejización de lo que se sabe sobre el cambio terapéutico, pero quedará algo más que no pudo ser puesto en palabras, ni ser medido y de ahí el interés y relevancia de continuar estudiándolo.

También es importante contemplar que la identificación de momentos y episodios de cambio en procesos de adolescentes, pero usando los IGC y la metodología creada y estudiada con adultos, pudo ser una de las limitaciones de la presente investigación. Esto coincide a su vez con Espinosa (2016) quien trabajó también con adolescentes. Es por esto que parece adecuado que futuras investigaciones se centren en comprender mejor el proceso de cambio en diferentes momentos evolutivos, profundizando si el cambio en niños y adolescentes se manifiesta de otra manera y puede necesitar unos indicadores acordes con su subjetividad. En este terreno se encuentra actualmente en desarrollo la investigación de Álamo (2016) quien pretende generar un modelo de cambio procesual genérico y multidimensional para la psicoterapia infantil, y operacionalizarlo a través de indicadores de cambio.

Por último, si bien el estudio de casos no pretende generalizar sus hallazgos sino profundizar en la complejidad de un fenómeno, pueden ser útiles e interesantes, tanto para los psicólogos clínicos como para futuras investigaciones, algunas de las conclusiones de la presente investigación, aclarando que deben tomarse con cautela los resultados y en lo posible buscar confirmación con investigaciones complementarias; este estudio podría ser un primer paso (en el que se indagó desde la subjetividad de los participantes) que posteriormente puede complementar otras investigaciones.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbass, A.A., Rabung, S., Leichsenring, F., Refseth, J.S. & Midgley, N. (2013). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a meta-analysis of short-term psychodynamic models. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(8), 863-875.
- Álamo, N. (2016). *Indicadores Genéricos de Cambio en el proceso psicoterapéutico con niños/as* (Tesis doctoral, trabajo en progreso). Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.
- Altimir, C. (2015) *Entrenamiento para la identificación de episodios de cambio y estancamiento* [diapositivas de PowerPoint], presentación en capacitación para codificadores, 16 de Mayo, Santiago de Chile. Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad.
- Altimir, C., Krause, M., De la Parra, G., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N. et al. (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.
- Alves, D., Fernández-Navarro, P., Ribeiro, A.P., Ribeiro, E. y Gonçalves, M.M. (2014). Ambivalence and Innovative Moments in Grief Psychotherapy: The Cases of Emily and Rose. *Psychotherapy*, 51(2), 308–321.
- Alves, D., Mendes, I., Gonçalves, M. M., y Neimeyer, R. A. (2012). Innovative moments in grief therapy: Reconstructing meaning following perinatal death. *Death Studies*, 36(9), 795-818.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5a ed). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association. (2010). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct: 2010 Amendments*. Recuperado de <http://www.apa.org/ethics/code/>.
- Angus, L., Goldman, R., y Mergenthaler, E. (2008). Introduction. One case, multiple measures: An intensive case-analytic approach to understanding client change processes in evidence-based, emotion-focused therapy of depression. *Psychotherapy Research*, 18(6), 629-633.
- Aragón, P. O. (2013). De qué hablamos (los psiquiatras) cuando hablamos de Psicoterapia. *Psiquiatría y salud mental*, 30(1), 23-30.

- Arístegui, R., Gaete, J., Muñoz, G., Salazar, J., Krause, M., Vilches, O., et al. (2009). Diálogos y autorreferencia: procesos de cambio en psicoterapia desde la perspectiva de los actos de habla. *Revista latinoamericana de psicología*, 41(2), 277-289.
- Arístegui, R., Reyes, L., Tomicic, A., Vilches, O., Krause, M., de la Parra, G., et al. (2004). Actos de habla en la conversación terapéutica. *Terapia Psicológica*, 22(2), 131-143.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Benítez-Ortega, J. L. y Garrido-Fernández, M. (2015). Revisión de la investigación de eventos significativos en psicoterapia mediante análisis de tareas. *Revista de Psicoterapia*, 26(100), 159-184.
- Birmaher, B., Brent, D., & AACAP Work Group on Quality Issues. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1503-1526.
- Birmaher, B., Brent, D.A., Kolko, D., Baugher, M. Bridge, J., Holder, et al. (2000). Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57, 29-36.
- Birmaher, B., Villar, L., y Heydl, P. (2000). Depresión y distimia en el niño y el adolescente. En Meneghello, J. & Grau Martínez, A., *Psiquiatría y psicología de la infancia y la adolescencia* (pp. 393-417). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Braakmann, D. (2015). Historical Paths in Psychotherapy Research. In Gelo, O., Pritz, A., & Rieken, B. (Eds.), *Psychotherapy Research* (pp. 39-65). Vienna: Springer.
- Brent, D., & Weersing, V.R. (2008). Depressive Disorders in Childhood and Adolescence. En: Rutter, M., Bishop, D.V.M., Pine, D.S., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E., y Thapar, A. (ed). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (5a Ed.) (pp. 587-612). Massachusetts: Blackwell Publishing Limited.
- Brent, D.A. & Maalouf F.T. (2009). Pediatric depression: is there evidence to improve evidence-based treatments? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(1-2), 143-152.
- Budge, S.L. y Wampold, B.E. (2015). The Relationship: How it Works. In Gelo, O., Pritz, A., & Rieken, B. (Eds.), *Psychotherapy Research* (pp. 213-228). Vienna: Springer.
- Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas*, 2, 53-82.

- Calderón Gómez, C., Balsategui, A. R., Gordon, J. P., De La Hera, A. B., Atxutegi, E. Z., y Metcalfe, I. M. (2012). Perspectivas de los pacientes diagnosticados de depresión y atendidos por médicos de familia y psiquiatras. *Atención Primaria*, 44(10), 595-602.
- Carrasco, Á. E. (2016). Acceptability of an adventure video game in the treatment of female adolescents with symptoms of depression. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 19(1), 10-18.
- Carroll, F. (2009). The pitchfork princess: Transforming the torment of shame. *Interamerican Journal of Psychology*, 43(2), 260-267.
- Clarke, G.N., Rohde, P., Lewinsohn, P.M., Hops, H., Seeley, J.R. (1999). Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: efficacy of acute group treatment and booster sessions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(3), 272–279.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. C., & Mukherjee, D. (2013). Psychotherapy process-outcome research. En: Lambert, M. J. (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. (6a ed, 298-340). New York: John Wiley & Sons.
- Corbella, S. y Botella, L. (2004). Investigación de resultados y procesos: estado de la cuestión. En Corbella, S. y Botella, L, *Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes*. (pp.13-51) Madrid: Editorial Visión Net.
- Corbella, S. y Botella, L. (2004). El terapeuta: posicionamientos, actitudes y estilos personales. En Corbella, S. y Botella, L, *Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes*. (pp.73-117). Madrid: Editorial Visión Net.
- Cornejo, M., & Salas, N. (2011). Rigor y calidad metodológicos: un reto a la investigación social cualitativa. *Psicoperspectivas*, 10(2), 12-34.
- Cova, F., Rincón, P., Inostroza, C., y Melipillán, R. (2012). Factores asociados prospectivamente a sintomatología depresiva en adolescentes tempranos de sexo femenino. *Universitas Psychologica*, 11(3).
- Cunha, C., Gonçalves, M.M., Hill, C.E., Mendes, I., Ribeiro, A.P., Sousa, I. et al. (2012). Therapist Interventions and Client Innovative Moments in emotion-Focused Therapy for Depression. *Psychotherapy*, 49(4), 536–548.
- Dagnino, P., Krause, M., Pérez, C., Valdés, N., & Tomicic, A. (2012). The evolution of communicative intentions during change episodes and throughout the therapeutic process. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 15(2), 75-86.

- Danielsson, U. E., Bengs, C., Samuelsson, E., y Johansson, E. E. (2011). "My greatest dream is to be normal": The impact of gender on the depression narratives of young Swedish men and women. *Qualitative Health Research*, 21(5) 612-624.
- David-Ferdon, C y Kaslow, N.J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 62-104.
- De la Barra, M.F., Vicente, P.B., Saldivia, B.S., y Melipillán, A.R. (2012). Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(5), 521-529.
- De Leon, P. H., Kenkel, M. B., Garcia-Shelton, L., & VandenBos, G. R. (2011). Psychotherapy, 1960 to the present. En Norcross, J. C., VandenBos, G. R., & Freedheim, D. K, *History of psychotherapy: Continuity and change* (2nd ed.) (pp. 39-62). American Psychological Association.
- Delgado, J.M. y Gutiérrez, J. (1999). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis.
- Domino, M. E., Burns, B. J., Silva, S. G., Kratochvil, C. J., Vitiello, B., Reinecke, M. A., et al. (2008). Cost-effectiveness of treatments for adolescent depression: results from TADS. *The American journal of psychiatry*, 165(5), 588-596.
- Draucker, C. B. (2005). Interaction patterns of adolescents with depression and the important adults in their lives. *Qualitative Health Research*, 15(7), 942-963.
- Duncan, B. (2013). The heart and soul of change: Getting better at what we do. *The Iowa Psychologist*, Summer, 4-5.
- Duncan, B. L. (2012). The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS): The Heart and Soul of Change Project. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 53(2), 93-104.
- Dundon, E. E. (2006). Adolescent depression: A metasynthesis. *Journal of Pediatric Health Care*, 20(6), 384-392.
- Duskin, F., Papalia, D., & Wendkos Olds, S. (2012). *Desarrollo Humano*. México: Mc Graw Hill.
- Echávarri, O., González, A., Krause, M., Tomicic, A., Pérez, C., Dagnino, P. et al. (2009). Cuatro terapias psicodinámicas breves exitosas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 5-19.
- Elliott, R. (1984). A discovery-oriented approach to significant events in psychotherapy: Interpersonal process recall and comprehensive process analysis. En Rice, L., y

Greenberg, L. (Eds.), *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process* (pp. 249-286). New York: Guilford Press.

- Elliott, R. (1985). Helpful and nonhelpful events in brief counseling interviews: An empirical taxonomy. *Journal of Counseling Psychology*, 32, 307-322.
- Elliott, R. (1991). Five dimensions of therapy process. *Psychotherapy Research*, 1(2), 92-103.
- Espinosa, D. (2016). Vivencia Relacional y Proceso Terapéutico en adolescentes con sintomatología depresiva (tesis doctoral). Pontificia Universidad Católica de Chile y Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- Espinosa, H. D., Carrasco, Á., Moessner, M., Cáceres, C., Gloger, S., Rojas, G., et al. (2016). Acceptability Study of “Ascenso”: An Online Program for Monitoring and Supporting Patients with Depression in Chile. *Telemedicine and e-Health*, 22(7).
- Ewalds-Kvist, B.M. (2015). *What are the key differences between E. Eriksons', R. J. Havighursts' and D. Levinsons' theories of psychosocial development?* - ResearchGate. Recuperado de https://www.researchgate.net/post/What_are_the_key_differences_between_E_Eriksons_R_J_Havighursts_and_D_Levinsons_theories_of_psychosocial_development [Aug 17, 2015].
- Fernández, O. M., Herrera, P., & Escobar, M. J. (2016). Adolescentes en Psicoterapia: Su Representación de la Relación Terapéutica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(1), pp. 559-575.
- Fernández, O., Herrera, P., Krause, M., Pérez, J. C., Valdés, N., Vilches, O., y Tomicic, A. (2012). Episodios de cambio y estancamiento en psicoterapia: características de la comunicación verbal entre pacientes y terapeutas. *Terapia psicológica*, 30(2), 5-22.
- Fernández González, O.M. (2013). Alianza terapéutica, acciones comunicacionales e indicadores genéricos de cambio en la fase inicial de la psicoterapia con adolescentes, y su relación con resultados y adherencia al tratamiento (tesis doctoral). Pontificia Universidad Católica y Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- Fernández, O., Herrera, P., Krause, M., Pérez, J. C., Valdés, N., Vilches, O., y Tomicic, A. (2012). Episodios de cambio y estancamiento en psicoterapia: características de la comunicación verbal entre pacientes y terapeutas. *Terapia psicológica*, 30(2), 5-22.
- Fleming, T., Dixon, R., Frampton, C., & Merry, S. (2011). A pragmatic randomised controlled trial of computerised CBT (SPARX) for symptoms of depression among adolescents excluded from mainstream education. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40(05), 529-541.

- Fornos, L. B., Mika, V. S., Bayles, B., Serrano, A. C., Jimenez, R. L., & Villarreal, R. (2005). A qualitative study of Mexican American adolescents and depression. *Journal of School Health*, 75(5), 162-170.
- Fosgerau, C. F., & Davidsen, A. S. (2014). Patients' Perspectives on Antidepressant Treatment in Consultations with Physicians. *Qualitative health research*, 24(5), 641-653.
- Gale, J., Odell, M., & Nagireddy, C. (1995). Marital therapy and self-reflexive research: Research and/as intervention. *The talk of the clinic: Explorations in the analysis of medical and therapeutic discourse*, 105-129.
- Galeano Marín, M. E. (2004). Teoría fundada: arte o ciencia. EN: Galeano Marín, M. E., *Estrategias de investigación social cualitativa. El giro en la mirada* (161-185). Medellín: La Carreta.
- García, R. (2012). Trastornos del estado de ánimo. En Almonte, C. y Montt M. E. (comps.), *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia* (2ª ed., 478-493). Santiago: Ed. Mediterráneo.
- Gelo, O. C., Pritz, A., & Rieken, B. (Eds.). (2015). *Psychotherapy Research: Foundations, Process, and Outcome*. Springer.
- Goldfried, M. R., Greenberg, L. S., & Marmar, C. (1990). Individual psychotherapy: Process and outcome. *Annual Review of Psychology*, 41(1), 659-688.
- Goldmand, S. (2012). Developmental epidemiology of depressive disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinic of North America*, 21(2), 217-235.
- Gonçalves, M., Ribeiro, A.P., Mendes, I., Matos, M. & Santos, A. (2011). Tracking novelties in psychotherapy process research: The innovative moments coding system. *Psychotherapy Research*, 21(5), 497-509.
- Gonçalves, M. M., Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L. E., & Greenberg, L. S. (2010). Innovative moments and change in emotion-focused therapy: The case of Lisa. *Journal of Constructivist Psychology*, 23(4), 267-294.
- Greenberg, L. (1999). A Study of Significant Change Processes. *Journal of Clinical Psychology*, 55(12), 1467-1480.
- Greenberg, L.S. (1986). Change Process Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 4-9.
- Greenberg, L.S. (1991). Research on the process of change. *Psychotherapy Research*, 1(1), 3-16.

- Greenberg, L. S., & Foerster, F. S. (1996). Task analysis exemplified: The process of resolving unfinished business. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 439.
- Guerrero, L. (2001). La Entrevista en el método cualitativo. Universidad de Chile. Recuperado de <http://www2.facso.uchile.cl/investigacion/genetica/cg04.htm>
- Gunnar Götestam, K., Svebak, S., & Naper Jensen, E. (2008). The role of personality, mood, subjective health, and stress in depressive symptoms among high school students. *The European Journal of Psychiatry*, 22(3), 121-129.
- Helmeke, K. B., & Sprenkle, D. H. (2000). Clients' perceptions of pivotal moments in couples therapy: A qualitative study of change in therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26(4), 469-484.
- Hernández, R., Collado, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Herrera Salinas, P., Fernández González, O., Krause Jacob, M., Vilches Álvarez, O., Valdés, N., y Dagnino, P. (2009). Revisión teórica y metodológica de las dificultades en psicoterapia: propuesta de un modelo ordenador. *Terapia Psicológica*, 27(2), 169-179.
- Hesse-Biber, S. (2015). Mixed Methods Research the “Thing-ness” Problem. *Qualitative health research*, 25(6), 775–788.
- I Besora, M. V. (1990). Sincretismo, eclecticismo e integración en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 1(1), 5.
- Jackson, B. & Lurie, S. (2006). Adolescent Depression: Challenges and Opportunities A Review and Current Recommendations for Clinical Practice. *Advances in Pediatrics*, 53, 111–163.
- Jacobson, C. M., & Mufson, L. (2012). Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents adapted for self-injury (IPT-ASI): Rationale, overview, and case summary. *American Journal of Psychotherapy*, 66(4), 349-374.
- Jiménez, M.I., Bernal, G. & Rosselló, J. (2009). Clinical case study: CBT for depression in a puerto rican adolescent: challenges and variability in treatment response. *Depression and anxiety*, 26, 98–103.
- Kennard, B. D., Silva, S. G., Tonev, S., Rohde, P., Hughes, J. L., Vitiello, B. et al. (2009). Remission and recovery in the Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS): acute and long-term outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(2), 186-195.

- Krauskopf, D. *Adolescencia y Educación*. Segunda edición. Editorial EUNED. San José, 1994.
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y Cambio. Una mirada desde la subjetividad*. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Krause, M. (2011). La psicoterapia: ¿Oficio sin ciencia y ciencia sin oficio? *Revista Colombiana de Psicología*, 20(1), 89-98.
- Krause, M., Altimir, C., Pérez, J. C., & de la Parra, G. (2014). Generic change indicators in therapeutic processes with different outcomes. *Psychotherapy Research*, (ahead-of-print), 1-13.
- Krause, M. y Dagnino, P. (2006). Evolución del cambio en el proceso terapéutico. *Gaceta Universitaria*, 2(3), 287-298.
- Krause, M., de la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N. et al. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 299-325.
- Krause, M., de la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N. et al. (2007). The evolution of therapeutic change studied through generic change indicators. *Psychotherapy Research*, 17(6), 673-689.
- Kokanovic, R., Butler, E., Halilovich, H., Palmer, V., Griffiths, F., Dowrick, C., & Gunn, J. (2013). Maps, Models, and Narratives. The ways people talk about depression. *Qualitative health research*, 23(1), 114-125.
- Lachal, J., Speranza, M., Schmitt, A., Spodenkiewicz, M., Falissard, B., Moro, M. R., & Revah-Levy, A. (2012). Depression in adolescence: from qualitative research to measurement. *Adolescent Psychiatry*, 2(4), 296-308.
- Lambert, M.J. (2011). Psychotherapy research and its achievements. En Norcross, J. C., VandenBos, G. R., & Freedheim, D. K, *History of psychotherapy: Continuity and change* (2nd ed.) (pp. 297-332). American Psychological Association.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. En Lambert, M. J. (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. (6a ed, 169-218). New York: John Wiley & Sons.
- Larraguibel, M. (2006). Trastorno depresivo en el adolescente. En Valdivia, M. & Condeza, M.I., *Psiquiatría del adolescente* (pp. 145-152). Santiago: Editorial Mediterráneo.

- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: is it true that everyone has won and all must have prizes? *Archives of general psychiatry*, 32(8), 995-1008.
- Mander, J., Wittorf, A., Klingberg, S., Teufel, M., Zipfel, S., & Sammet, I. (2014). The patient perspective on therapeutic change: The investigation of associations between stages of change and general mechanisms of change in psychotherapy research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(2), 122-137.
- March, J., Silva, S., Petrycki, S., Curry, J., Wells, K., Fairbank, J. et al. (2004). Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 292(7), 807-820.
- Martínez, V., Martínez, P., Vöhringer, P. A., Araya, R., & Rojas, G. (2014). Computer-assisted cognitive-behavioral therapy for adolescent depression in primary care clinics in Santiago, Chile (YPSA-M): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15(1), 309.
- Masías, V. H., Krause, M., Valdés, N., Pérez, J. C., & Laengle, S. (2015). Using decision trees to characterize verbal communication during change and stuck episodes in the therapeutic process. *Frontiers in psychology*, 6.
- Matos, M., Santos, A., Gonçalves, M. y Martins, C. (2009). Innovative moments and change in narrative therapy. *Psychotherapy Research*, 19(1), 68-80.
- McCann, T. V., Lubman, D. I., & Clark, E. (2012). The experience of young people with depression: A qualitative study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 19(4), 334-340.
- McCarthy, J., Downes, E., y Sherman, C. (2008). Looking back at adolescent depression: A qualitative study. *Journal of Mental Health Counseling*, 30(1), 49-68.
- Medeiro, M., Ramírez, R., Martínez, V. y Rojas, G. (2012). Uso de programas de terapia cognitivo conductual computarizada para la prevención y tratamiento de depresión en adolescentes. *Revista chilena de psiquiatría y neurología de la infancia y adolescencia*, 23(1), 58-69.
- Meichenbaum, D. (2010). Child and adolescent depression and suicide: Promising hope and facilitating change. En *Proceedings of the of the Melissa Institute for Violence Prevention and Treatment Annual Conference*. Disponible en : http://www.melissainstitute.org/melissainstitute/documents/Conf2010_Adolescent_Depression.pdf. Recuperada el 5 abril 2015.

- Mendes, I. Ribeiro, A., Angus, L., Greenberg, L.S., Sousa, I. & Gonçalves, M. (2010). Narrative change in emotion-focused therapy: How is change constructed through the lens of the innovative moments coding system? *Psychotherapy Research*, 20(6): 692-701.
- Méndez, X., Moreno, P. J., Meca, J. S., Olivares, J., y Espada, J. P. (2000). Eficacia del tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente: una revisión cualitativa y cuantitativa de dos décadas de investigación. *Psicología Conductual*, 8(3), 487-510.
- Mergenthaler, E., y Stinson, C. (1992). Psychotherapy transcription standards. *Psychotherapy Research*, 2(2), 125-142.
- Midgley, N. (2004). Sailing between Scylla and Charybdis: Incorporating qualitative approaches into child psychotherapy research. *Journal of Child Psychotherapy*, 30(1), 89-111.
- Midgley, N., Ansaldo, F., & Target, M. (2013). The meaningful assessment of therapy outcomes: Incorporating a qualitative study into a randomized controlled trial evaluating the treatment of adolescent depression. *Psychotherapy*, 51(1), 128.
- Midgley, N., Parkinson, S., Holmes, J., Stapley, E., Eatough, V., & Target, M. (2015). Beyond a diagnosis: The experience of depression among clinically-referred adolescents. *Journal of adolescence*, 44, 269-279.
- Ministerio de Salud. Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Santiago, MINSAL, 2013. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>. Recuperada el 23 septiembre 2015.
- Morse, J. M., & Cheek, J. (2014). Making room for qualitatively-driven mixed-method research. *Qualitative health research*, 24(1), 3-5.
- Mufson, L., Dorta, K. P., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Olfson, M., & Weissman, M. M. (2004). A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 61(6), 577-584.
- Mufson, L., Weissman, M.M., Moreau, D., & Garfinkel, R. (1999). Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 56, 573-579.
- Muñiz, M. (2010). Estudios de caso en la investigación cualitativa. *División de Estudios de Posgrado Universidad Autónoma de Nuevo León-Facultad de Psicología*. México. Recuperado de http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/1_estudios-de-caso-en-la-investigacion-cualitativa.pdf
- Neimeyer, R. (1999). Narrative strategies in grief therapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 12, 65–85.

- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of clinical psychology*, 67(2), 143-154.
- Oliffe, J. L., Robertson, S., Kelly, M. T., Roy, P., & Ogrodniczuk, J. S. (2010). Connecting masculinity and depression among international male university students. *Qualitative Health Research*, 20(7), 987-998.
- Organización Mundial de la Salud (2000). La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS acerca de los jóvenes y la "Salud para Todos en el Año 2000". Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/36922/1/WHO_TRS_731_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2014). Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade: summary. Disponible en: http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/1612_MNCAH_HWA_Executive_Summary.pdf. Recuperado el 16 julio 2015.
- Osorio Villegas, F. (2012). Análisis cualitativo del cambio terapéutico en psicoterapia constructivista cognitiva. Una mirada desde la experiencia subjetiva de los pacientes (tesis de magister). Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- Pelto, P. J. (2015). What is so new about mixed methods? *Qualitative health research*, 25(6), 734-745.
- Pérez, S. P., y Santiago, M. A. (2002). El concepto de la adolescencia. En: Pérez, S. P., y Santiago, M. A. *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia*, 2 (15-23).
- Prochaska, J., Norcross, J., & DiClemente, C. (1994). *Changing for good: The revolutionary program that explains the stages of change and teaches you how to free yourself from bad habits*. New York: Morrow.
- Psicoterapia y Cambio, s.f. *Manual de observación, registro y codificación de episodios de cambio y estancamiento*. Psicoterapia y Cambio, programa chileno de investigación.
- Reinecke, M., Ryan, N., y Dubois, D. (1998). Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: A review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(1), 26-34.
- Ribeiro, A., Gonçalves, M., Silva, J., Brás, A. y Sousa, I. (2015). Ambivalence in narrative therapy: a comparison between recovered and unchanged cases. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. Disponible en: [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/\(ISSN\)1099-0879/earlyview](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/(ISSN)1099-0879/earlyview). Recuperado el 11 de noviembre 2015.

- Ribeiro, A.P., Bento, T., Salgado, J., Stiles, W., y Gonçalves, M. (2011). A dynamic look at narrative change in psychotherapy: A case study tracking innovative moments and protonarratives using state space grids. *Psychotherapy Research*, 21(1), 54-69.
- Richardson, L. P., Lewis, C. W., Casey-Goldstein, M., McCauley, E., & Katon, W. (2007). Pediatric primary care providers and adolescent depression: a qualitative study of barriers to treatment and the effect of the black box warning. *Journal of adolescent health*, 40(5), 433-439.
- Ridge, D., & Ziebland, S. (2006). "The old me could never have done that": how people give meaning to recovery following depression. *Qualitative Health Research*, 16(8), 1038-1053.
- Rohde, P. (2005). Cognitive-behavioral treatment for depression in adolescents. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 1(1), 6.
- Rohde P., Clarke G., & Mace, D. (2004). An efficacy/ effectiveness study of Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent with comorbid mayor Depression and conduct disorder. *Journal of American Academy of Child an Adolescent Psychiatry*, 43, 660-668.
- Rojas, G., Gaete, J., Guajardo, V., Martínez, V., Barroilhet, S., Meneses, J., et al. (2012). Consumo de sustancias y síntomas depresivos en escolares de liceos municipales de Santiago. *Revista médica de Chile*, 140(2), 184-191.
- Romero Perea, F. (s.f). *Manual para la elaboración de investigación cuantitativa y cualitativa en psicología de la salud*. Facultad de Psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de <http://www.psicol.unam.mx/Investigacion2/pdf/Metodologia.pdf>
- Roussos, A. J. (2007). El diseño de caso único en investigación en Psicología Clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16, 261-269.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(3), 447.
- Sandoval Casilimas, C. A. (1996). *Investigación cualitativa*. Icfes. Recuperado de http://www.geocities.ws/ruben_aroqa/Manual.pdf
- Santos, A., Gonçalves, M., Matos, M. & Salvatore, S. (2009). Innovative moments and change pathways: A good outcome case of narrative therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82, 449–466.

- Sburlati, E.S., Lyneham, H.J. Mufson, L.H., & Schniering, C.A. (2012). A model of therapist competencies for the empirically supported interpersonal psychotherapy for adolescent depression. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 15, 93–112.
- Shadish, W.R., Matt, G.E., Navarro, A.M, & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126(4), 512-529.
- Shneerson, C. L., & Gale, N. K. (2015). Using Mixed Methods to Identify and Answer Clinically Relevant Research Questions. *Qualitative health research*, 25(6), 845–85.
- Snyder, John. (2016). *How do effective therapists use measure-based patient feedback in therapy sessions?* [diapositivas de Power Point], Presentation in 47th Annual Meeting Society for Psychotherapy Research. 23 julio, Jerusalem, Israel. San Francisco Psychotherapy Research Group.
- Spirito, A., Abebe, K. Z., Iyengar, S., Brent, D., Vitiello, B., Clarke, G. et al. (2009). Sources of site differences in the efficacy of a multisite clinical trial: the Treatment of SSRI-Resistant Depression in Adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(3), 439-450.
- Stake, R. E. (2010). *Investigación con estudio de casos* (5ª ed.). Madrid: Ediciones Morata.
- Stern, D. N., Bruschweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P. et al. (1998). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant mental health journal*, 19(3), 300-308.
- Stiles, W. B. (2009). ¿Qué requiere un estudio de caso para ser investigación científica? *Subjetividad y procesos cognitivos*, 13(2), 215-223.
- Superintendencia de Salud (2016). Preguntas frecuentes. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/570/w3-propertyvalue-3467.html>. Recuperada el 29 mayo 2016.
- TADS Team. (2007). The Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS): long-term effectiveness and safety outcomes. *Archives of general psychiatry*, 64(10), 1132.
- Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 17(3), 305-314.

- Timulak, L. (2010). Significant events in psychotherapy: An update of research findings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(4), 421-447.
- Timulak, L. & Elliott, R. (2003). Empowerment events in process-experiential psychotherapy of depression: An exploratory qualitative analysis. *Psychotherapy Research*, 13(4), 443-460.
- Tomicic, A., Martínez, C., Pérez, J. C., Hollenstein, T., Angulo, S., Gerstmann, A., et al. (2015). Discourse-voice regulatory strategies in the psychotherapeutic interaction: a state-space dynamics analysis. *Frontiers in psychology*, 6.
- Valdés, N., Borzutzky, A., Arriagada, L. y Quevedo, Y. (2014). Adaptación y validación de la versión chilena del Cuestionario de Resultado Terapéutico para Adolescentes (Youth Outcome Questionnaire – Self Report Y-OQ-SR 2.0 Chilean). Santiago: Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad - Schilkrut (en proceso).
- Valdés, N., Krause, M., y Álamo, N. (2011). ¿Qué dicen y cómo lo dicen?: análisis de la comunicación verbal de pacientes y terapeutas en episodios de cambio. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(1), 15-28.
- Valdés, N., Krause, M., Vilches, O., Dagnino, P., Echávarri, O., Ben-Dov, P., et al. (2005). Proceso de cambio psicoterapéutico: análisis de episodios relevantes en una terapia grupal con pacientes adictos. *Psyke (Santiago)*, 14(2), 3-18.
- Valdés Sánchez, N. (2010). Análisis de los estilos lingüísticos de paciente y terapeuta durante la conversación terapéutica en episodios de cambio, utilizando el Buscador Lingüístico y Contador de Palabras (LIWC). *Subjetividad y procesos cognitivos*, 14(2), 314-332.
- Valdés Sánchez, N. (2012). Analysis of Verbal Emotional Expression in Change Episodes and Throughout the Psychotherapeutic Process: Main Communicative Patterns Used to Work on Emotional Contents. *Clínica y Salud*, 23(2), 153-179.
- Valles, M.S. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Veytia, M., González, N. I., Andrade, P., & Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud mental*, 35(1), 37-43.
- Weisz, J.R., Yi Ng M., Rutt, C., Lau N., & Masland, S. (2013). Psychotherapy for children and adolescents. En: Lambert, M. J. (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. (6a ed, 541-586). New York: John Wiley & Sons.
- Wells, M. G., Burlingame, G. M., Lambert, M.J. y Reisinger, C.W. (2015). *Youth outcome questionnaire self report*. USA: OQ Measures LLC.

- Wisdom, J. P., Clarke, G. N., & Green, C. A. (2006). What teens want: barriers to seeking care for depression. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33(2), 133-145.
- Wisdom, J. P., y Green, C. A. (2004). “Being in a funk”: Teens’ efforts to understand their depressive experiences. *Qualitative health research*, 14(9), 1227-1238.

7. ANEXOS

7.1 INDICADORES GENÉRICOS DE CAMBIO (Krause et al., 2006)

I. Consolidación inicial de la ayuda psicológica	1. Aceptación de la existencia de un problema. 2. Aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda. 3. Aceptación del terapeuta como profesional competente. 4. Expresión de esperanza. 5. Descongelamiento (o cuestionamiento) de formas habituales de entendimiento, comportamiento y/ emoción. 6. Expresión de la necesidad de cambio. 7. Reconocimiento de la propia participación en los problemas.
II. Aumento de la permeabilidad hacia nuevos entendimientos	8. Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo. 9. Manifestación de un comportamiento o emoción nuevos. 10. Aparición de sentimientos de competencia. 11. Establecimiento de nuevas conexiones. 12. Reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas. 13. Transformación de valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros.
III. Construcción y consolidación de nuevos entendimientos	14. Formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo. 15. Enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía. 16. Autonomía de manejo del contexto de significado psicológico. 17. Reconocimiento de la ayuda recibida. 18. Disminución de la asimetría entre paciente y terapeuta. 19. Construcción de una teoría subjetiva, biográficamente fundada sobre sí mismo y la relación con el entorno (indicador “global”).

7.2 GUIÓN ENTREVISTA PACIENTE

Consigna:

Mi nombre es _____ y pertenezco al equipo de investigación del proyecto _____ (Fondecyt, Milenio).

Esta entrevista es para conversar sobre la terapia psicológica que tuviste con el psicólogo/a _____ y conocer cómo fue tu experiencia y cuál es tu opinión sobre lo que te gustó y no te gustó de la terapia.

Confidencialidad:

Este estudio tiene la intención de ayudar a mejorar los tratamientos psicológicos a partir de la experiencia y opinión de quienes han ido al psicólogo.

Todo lo que hablemos aquí es confidencial, o sea, no se compartirá con tu psicólogo/a ni con tus papás. Pero si tú quieres, puedes contarles de lo que hablamos. Lo que tú nos cuentes servirá para saber cómo ayudar a otros adolescentes que vengán al psicólogo/a.

Para no tomar nota, me gustaría grabar la entrevista.

Pregunta de apertura de la entrevista

Dependiendo de las características del ADOLESCENTE, podemos realizar un “rompe hielo”, con aspectos generales, como por ejemplo: ¿En qué curso estás, en qué colegio/liceo? ¿Qué te gusta hacer/ en qué te entretienes? etc.

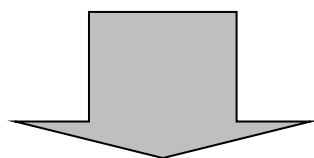
“Cuénteme sobre cómo fue para ti venir al psicólogo/a _____. Quiero conocer tu experiencia particular respecto a la terapia. Todo lo que tú quieras contarme en relación a esto, lo que se te venga a la mente”.

QUEDARSE LO MÁS POSIBLE EN ESTA FASE: Dejar que el sujeto construya la narración, con la menor cantidad de intervenciones posibles. Evitar interrumpir u orientar el curso del pensamiento del entrevistado, sólo intervenir cuando sea necesario pedir aclaraciones, profundizar (pedir ejemplos concretos) o reflejar para confirmar que se está entendiendo lo que el paciente dice. El orden del guión puede alterarse de acuerdo a lo que vaya emergiendo en el discurso del paciente, lo importante es que se aborden los diferentes tópicos.

Profundización

Una vez que el paciente haya desarrollado su narración, el entrevistador debe profundizar y abarcar las siguientes áreas relevantes, pidiendo ejemplos específicos de lo que está contando, lo más concretos posibles, incluso si recuerda en qué sesión ocurrió, o qué se estaba trabajando en esa sesión que recuerda.

A continuación se listan las áreas de exploración como guía y preguntas a modo de ejemplos que pueden ser usadas flexiblemente. No es necesario hacer todas las preguntas que aparecen en cada área, éstas son sólo una guía o referencia (con negrita se destacan las preguntas más relevantes para cada área temática).



Agregar criterio de orden de acuerdo al discurso del adolescente

Diagnóstico y noción de enfermedad	¿Por qué fuiste a terapia, qué pasaba? ¿Por qué crees que pasaba eso? (factores personales, familiares, biológicos y sociales)(ideas asociadas a las causas de su problema) ¿De quién fue la idea de consultar al psicólogo? ¿Por qué? ¿Te preguntaron o dijeron algo antes de ir? ¿Y qué pensabas tú al respecto? ¿Cómo te sentiste? ¿Qué te dijo el psicólogo/a? ¿Con quién ibas? ¿Alguien te acompañaba?
Cuéntame un ejemplo o situación de esto.	
Expectativas (Proceso)	¿Qué te imaginabas/esperabas que hicieran en terapia? ¿Tenías ganas de ir al psicólogo/a? ¿Tu actitud fue cambiando durante las sesiones? ¿Hay algo que te sorprendió? ¿Pensabas que iba a servir para algo? ¿Para qué? ¿Se cumplió lo que tú esperabas o fue distinto? ¿Habías ido antes al psicólogo/a? ¿Cómo fue?
Cuéntame un ejemplo o situación de esto.	
Aspectos de proceso (Intervenciones y momentos significativos)	¿Te gustaba ir? ¿Fue siempre así? ¿Había algo que no te gustaba tanto? ¿Qué es lo que más recuerdas de tu terapia? ¿Hay algún momento especial que recuerdes? ¿Qué hacían con tu psicólogo/a? ¿eso fue cambiando, o siempre hacían lo mismo? ¿De qué conversaban? ¿Eso fue cambiando? ¿Tu familia participó en tu terapia? ¿Quiénes? ¿Cómo participaban? ¿Y qué te parecía a ti eso? ¿Qué piensas tú que aportaste o cómo colaboraste en la terapia? ¿Hay algo que te hubiera gustado que fuera distinto? ¿Qué es lo que más te ayudó? Contexto: ¿Crees que hay algunas cosas fuera de la terapia que influyeron: de tu familia, de tus amigos, de tu colegio, del centro de atención, de los horarios, experiencia de investigación, etc.?
Cuéntame un ejemplo o situación de esto.	
Relación Terapéutica (Proceso)	¿Cómo era la relación con tu psicólogo/a? ¿Cómo se llevaban? ¿Cómo era contigo? ¿Tú cómo eras con él/ella? ¿Cómo te sentías con él/ella al principio y después (hubo cambios?) ¿Qué pensabas de tu psicóloga/o? ¿Te recordaba a alguien? (O si esta relación se parece a algún otro tipo de relación) Si tuvieras que elegir una palabra o imagen para describir la relación con tu psicólogo/a, ¿cuál sería? ¿Hubo situaciones de desencuentro o incomodidad entre tú y tu terapeuta? ¿Cómo fueron? ¿De qué manera las manejaron? ¿Cómo te sentiste tú en estas situaciones? ¿Cómo se llevaba tu mamá/papá/figura significativa con él/ella? ¿Qué pensaban en tu casa/familia de tu psicólogo/a? ¿Qué pensaban otros (amigos/polola/

	profesores) de la terapia? ¿Qué cosas de la relación con el psicólogo/a te ayudaron en la terapia? ¿El psicólogo/a conversaba a veces con tu mamá/papá/figura significativa? ¿Iba a veces a tu colegio? ¿Qué pensabas y/o sentías en relación a eso?
Cuéntame un ejemplo o situación de esto.	
Resultados	¿Crees que fue bueno ir a terapia? ¿Por qué? ¿Encuentras que te sirvió o te ayudó venir? ¿En qué o para qué? ¿En qué no te ayudo? ¿Cambió algo (en ti, en otros)? ¿Qué cambió? ¿Por qué?, ¿qué habrá influido en eso? (retomar razones o problemas que motivaron la consulta) ¿Alguien te dijo o notó que habías cambiado algo? ¿En qué? ¿Crees que alguien se dio cuenta si te sirvió venir? Si le preguntáramos a tu mamá/papá/figura significativa, ¿qué dirían ellos que cambió? ¿Hubo cambios/resultados que no esperabas o que te sorprendieron? ¿Hubo cosas que no cambiaron? ¿Hubo cambios que no te gustaron? ¿Te hubiera gustado que te ayudara para algo más? ¿Qué cosas podrían haber sido mejores? ¿Sientes que ayudó a otras personas venir? (por ejemplo, a tu mamá/papá/figura significativa/otros miembros de tu familia). ¿Cómo y en qué los ayudó? Además de la terapia, ¿había otros tratamientos? ¿Sientes que sirvieron? Contexto: ¿Qué cosas hizo tu familia/ tus papás/ tu colegio/ tu profesor/tus amigos que hayan influido en los resultados? ¿Hubo algunas otras cosas (del centro, sala, sala espera, secretaria, etc.) que te hayan ayudado/ dificultado el proceso? ¿Cómo te sentiste con la grabación/ espejo en la terapia (contexto investigación)?
Cuéntame un ejemplo o situación de esto.	
Término del proceso	¿Tú sabías cuando se iba a terminar la terapia? ¿Lo conversaron con tu terapeuta / familia? ¿Cómo te sentiste/ qué pensaste al terminar la terapia? ¿Crees que tendrías que haber venido más (o menos) tiempo? ¿Por qué? ¿Crees que haber venido te va a servir para más adelante o a futuro? Para el cierre de la entrevista, no olvidar preguntar: Desde tu experiencia, ¿qué consejo le darías a otros jóvenes que empiezan a ir al psicólogo/a? ¿Qué consejo le darías a los psicólogos de cómo ayudar a los adolescentes que vienen a terapia/ aquí? ¿Qué consejo le darías a las familias/papás/adultos que traen a sus hijos/as adolescentes al psicólogo/a? ¿Volverías a ir al psicólogo/a si lo necesitaras (a este/ otro)?

7.3 GUIÓN ENTREVISTA TERAPEUTA

Consigna:

Mi nombre es _____ y pertenezco al equipo de investigación del proyecto _____ (Fondecyt, Milenio).

La conversación que tendremos es parte de un estudio que mirará retrospectivamente la experiencia de estar en psicoterapia, desde la perspectiva de pacientes, terapeutas y familiares.

Por esta razón, nos interesa conversar sobre la psicoterapia que llevó a cabo con el paciente _____ y conocer cómo fue esta experiencia y cuál es su opinión sobre los aspectos positivos y negativos de este proceso.

Confidencialidad:

Todo lo que hablemos y quede registrado es de carácter confidencial y será utilizado para fines de investigación y publicación, resguardando siempre el anonimato tanto en la presentación como manejo de los datos.

Además, es importante que sepa que lo que Ud. mencione sobre la psicoterapia y su paciente no se comentarán con él o ella, su familia ni con ningún profesional de esta institución. Tampoco quedará registro de ello en la ficha del paciente.

Disponemos de entre una hora y una hora y media para esta entrevista.

Para no tomar nota, me gustaría grabar la entrevista.

Pregunta de apertura de la entrevista

“Me gustaría preguntarle sobre la terapia que desarrolló con el paciente _____. ¿Cómo fue esa experiencia de terapia para ti/usted?”

QUEDARSE LO MÁS POSIBLE EN ESTA FASE: Dejar que el sujeto construya la narración, con la menor cantidad de intervenciones posibles. Evitar interrumpir u orientar el curso del pensamiento del entrevistado, sólo intervenir cuando sea necesario pedir aclaraciones, profundizar (pedir ejemplos concretos) o reflejar para confirmar que se está entendiendo lo que el terapeuta dice. El orden del guión puede alterarse de acuerdo a lo que vaya emergiendo en el discurso del entrevistado, lo importante es que se aborden los diferentes tópicos.

Profundización

Una vez que el terapeuta haya desarrollado su narración, el entrevistador debe profundizar y abarcar las siguientes áreas relevantes, pidiendo ejemplos específicos de lo que está contando, lo más concretos posibles, incluso si recuerda en qué sesión ocurrió, o lo que se trabajó en esa sesión.

A continuación se listan las áreas de exploración como guía y preguntas, a modo de ejemplos que pueden ser usadas flexiblemente. No es necesario hacer todas las preguntas que aparecen en cada área, son sólo una guía o referencia.

Diagnóstico y noción de	* Indagar respecto a la experiencia del paciente y sus padres o familiares. ¿Por qué motivo llegó este paciente a terapia? (indagar motivo de consulta explícito y latente). Indagar motivo desde el paciente y sus padres o familiares.
------------------------------------	--

enfermedad	¿Qué cree que ocasionó lo que llevó al paciente a consultar? (factores personales, familiares, sociales, biológicos). Desde dónde surge la demanda. ¿Por qué cree que el paciente y/o sus padres o familiares decidieron pedir ayuda a un psicólogo/a? ¿Qué le dijo al paciente/ padres sobre su problema? ¿Qué le devolvió usted al paciente/ padres? (Devolución o reformulación del motivo de consulta/ Diagnóstico) ¿En qué momento lo hizo? ¿Cómo lo tomó él/ella/ellos? Si el terapeuta comunicó un diagnóstico: ¿Otro(s) profesional(es) le habían comunicado algún diagnóstico previo al paciente/padres? ¿Coincidían las distintas opiniones? ¿Cómo abordó usted esto?
Cuénteme una situación/acontecimiento que refleje o ejemplifique esto.	
Expectativas (Proceso)	¿Cómo pensaba que la psicoterapia podía ayudar a este paciente/padres? ¿Esas expectativas se cumplieron? ¿En qué aspectos se cumplieron? ¿En qué aspectos no se cumplieron? ¿Qué significó esto para usted? ¿Su paciente/padres tenía experiencias previas con psicólogos/ psicoterapeutas? Si es así, ¿cómo influyeron en esta terapia? ¿Sucedieron cosas en la terapia que no esperaba que pasaran y que le llamaron la atención?
Cuénteme una situación/acontecimiento que refleje o ejemplifique esto.	
Relación Terapéutica (Proceso)	*Indagar en la relación del terapeuta con el paciente ¿Cómo describiría la relación que estableció con _____ (el paciente)? (especificar calidad de la relación). ¿Cómo describiría a su paciente? ¿Qué le gustaba de su paciente? ¿Qué no le gustaba? ¿Cómo se sentía con su paciente? ¿Cómo describiría sus sentimientos hacia su paciente? ¿Variaron en algo estos sentimientos a lo largo de la terapia? ¿Cuáles cree que eran los sentimientos de su paciente hacia usted? ¿Sintió usted que éstos variaron a lo largo de la terapia? ¿Hubo situaciones de incomodidad o desencuentro en la interacción con su paciente? ¿Cómo fueron? ¿De qué manera manejaron estas situaciones? ¿Cómo se sintió? ¿De qué manera cree usted que lo que ocurría y cómo se sentían en la relación influyó en el

	proceso terapéutico de su paciente? ¿Cómo se describiría usted como terapeuta en esta terapia? ¿De qué manera cree usted que el diagnóstico del paciente influyó en su proceso terapéutico? ¿Cómo manejó el tema de la confidencialidad con el paciente? ¿Cree que esto influyó en la relación que estableció con él/ella? * Indagar también respecto a la relación con los padres o familiares del paciente. ¿Cómo fue la relación con los padres? (especificar) ¿Cómo fue su participación en la terapia? ¿Cómo influyó la relación con los padres en el proceso psicoterapéutico del niño/a o adolescente? ¿Hubo situaciones de incomodidad o desencuentro con los padres? ¿Cómo manejó el tema de la confidencialidad con los padres/familiares del paciente? ¿Cree que esto influyó en la relación que estableció con ellos?
Cuénteme una situación/acontecimiento que refleje o ejemplifique esto.	
Aspectos de proceso (Intervenciones y momentos significativos)	¿Cómo describiría la evolución de este proceso de terapia? ¿Hubo algún elemento que usted calificaría como “clave” en esta terapia? ¿Recuerda algún momento específico de la terapia en que Ud. haya sentido que algo significativo ocurrió en la relación con el paciente? (indagar por algún momento especialmente saliente del proceso) ¿Hubo interacciones entre Ud. y su paciente que hayan influido en cómo se dio su terapia? ¿Cuáles? ¿De qué manera? ¿Qué intervenciones/acciones/técnicas realizó/utilizó que recuerda como importantes para esta terapia? ¿Recuerda algún evento en particular? ¿Cree usted que estas intervenciones influyeron en los logros (o no logros) de su paciente en terapia? ¿Cómo? ¿Hubo actitudes suyas que hayan influido en cómo se dio esta terapia? ¿Cuáles? ¿De qué manera? ¿Hubo actitudes del paciente que hayan influido en cómo se dio la terapia? ¿Cuáles? ¿De qué manera? ¿Hubo actitudes o acciones de los padres que hayan influido en cómo se dio la terapia? ¿Cuáles? ¿De qué manera? ¿Qué intervenciones/acciones/técnicas que realizó con los padres recuerda como importantes? ¿Cree usted que estas intervenciones influyeron en los logros (o no logros) de su paciente en terapia? ¿Cómo? De todos estos factores mencionados, ¿cuál(es) cree usted que influyeron más en este proceso?

	¿Los que más lo facilitaron? ¿Los que más lo dificultaron? Elementos del contexto que hayan influido en el proceso y experiencia de la terapia: ¿Hubo elementos del contexto institucional/laboral/escolar que hayan influido en su experiencia de la terapia? ¿Cuáles? ¿De qué manera? ¿Contó usted con instancias de supervisión clínica? (entre pares, supervisor externo, etc.). ¿Cómo influyeron en el proceso terapéutico? ¿Hubo elementos del contexto de investigación? (grabación, espejo, observadores, cuestionarios) que hayan influido en su experiencia de la terapia? ¿Cree que hay otros aspectos involucrados que influyeron en cómo usted experimentó la terapia? (situación familiar / educacional / social / económica / situaciones de vida / otros acontecimientos). ¿Cuáles? ¿Cómo?
Cuénteme una situación/acontecimiento que refleje o ejemplifique esto.	
Resultados	¿Cómo evalúa esta psicoterapia? ¿Cree que fue exitosa? ¿Por qué? ¿Cambió algo en el paciente con la terapia? ¿Qué? ¿A qué cree que se debió? (IMPORTANTE distinguir entre cambios sintomáticos y otro tipo de cambios) ¿Cómo se fueron dando estos cambios? ¿Cómo logró darse cuenta o percibir estos cambios? ¿Cambió su percepción inicial acerca de lo que estaba padeciendo el paciente (problema/diagnóstico) durante/después de la terapia? ¿Cómo? ¿En qué? ¿Qué cosas influyeron en este cambio? ¿De qué manera cree usted que el diagnóstico del paciente influyó en los resultados de esta terapia? ¿Y la etapa del desarrollo? ¿Qué aspectos de usted cómo terapeuta cree que influyeron en los resultados de la terapia? ¿Cree que se solucionó el (los) problema(s) que llevaron al paciente/padres a consultar? ¿Cómo? ¿Cree que se solucionaron otros problemas? ¿Cómo? ¿Cómo se dio cuenta de eso? ¿Hubo cambios en los padres/familia? ¿Hubo resultados que no esperaba o le sorprendieron? ¿Hubo algunos cambios que esperaba y no se lograron? ¿Cree que en algún aspecto o área no hubo resultados (o éxito o logros)? ¿Por qué? ¿Cómo cree que se dio eso?

	¿Hubo resultados negativos en algún aspecto? ¿Cuáles? ¿Por qué? ¿Cómo se dio eso? ¿Qué cosas podrían haber sido mejores? ¿Qué aprendió usted con esta terapia? ¿Percibió cambios en usted con esta terapia? ¿Cuáles? Elementos del contexto que hayan influido en los resultados de la terapia: ¿Hubo elementos del contexto institucional/laboral que hayan influido en los resultados de la terapia? ¿Cuáles? ¿De qué manera? ¿Contó usted con instancias de supervisión clínica? (entre pares, supervisor externo, etc.). ¿Cómo influyeron en los resultados terapéuticos? ¿Hubo elementos del contexto de investigación (grabación, espejo, observadores, cuestionarios) que hayan influido en los resultados de la terapia? ¿Cree que hay otros aspectos involucrados que influyeron en los resultados de la terapia? (situación familiar / educacional / social / económica / situaciones de vida / otros acontecimientos). ¿Cuáles? ¿Cómo?
Cuénteme una situación/acontecimiento que refleje o ejemplifique esto.	
Término del Proceso	¿De qué manera se dio término a la psicoterapia? ¿Quién propuso la finalización? - Si fue de mutuo acuerdo o propuesto por el terapeuta: ¿Qué elementos tomó en consideración para planificar el término de la psicoterapia? ¿Qué cree que llevó al paciente a continuar hasta el final? ¿Cómo fue el manejo del cierre? ¿Qué temas se abordaron? - Si fue propuesto por el paciente/ padres: ¿Qué razones dieron? ¿Cómo acogió usted esta iniciativa? ¿Estaban el paciente y sus padres de acuerdo con esto? - Si el paciente/ padres abandonan de manera abrupta la psicoterapia: ¿Qué cree que los llevó a tomar esa decisión? ¿Estaban el paciente y sus padres de acuerdo con esto? ¿Cree que la terapia terminó en el momento adecuado? ¿Cree que para el paciente hubiera sido necesario más/menos tiempo? En caso que el término haya sido prematuro o unilateral: ¿Cómo cree que eso contribuyó a los resultados que me acaba de relatar? ¿Qué implicancias para la vida del paciente cree que este tratamiento pueda tener a futuro? ¿Cree que el paciente/sus padres volverían a consultar a un psicólogo/a? ¿Por qué? ¿Cómo se sintió con el modo en que terminó esta psicoterapia? ¿Con qué elementos se queda de este término?
Cuénteme una situación/acontecimiento que refleje o ejemplifique esto.	

