



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS
SOCIALES DEPARTAMENTO
DE PSICOLOGÍA

**Efectividad del Proceso de Conceptualización Empíricamente Colaborativo en la
Terapia Cognitivo Conductual y su nivel de ajuste al cambio clínico del consultante**

Memoria para optar al Título de Psicólogas

Formato artículo

AUTORAS

Cecilia Cordero Ruz
Catalina Landa Ortega

PROFESOR PATROCINANTE

Vanetza Quezada Scholz

Santiago, 10 de Agosto del 2023

Resumen

Introducción: La relación entre el Proceso de Conceptualización de caso Empíricamente Colaborativo (*PCEC*) y el cambio clínico del consultante, ha sido escasamente estudiada. El presente estudio evalúa la contribución del *PCEC* y su nivel de ajuste percibido al cambio terapéutico del consultante. **Metodología:** Se realizó un estudio clínico con un diseño intrasujeto en el que participaron 40 consultantes adultos que ingresaron a tratamiento psicológico en la Unidad de Terapia Cognitivo Conductual (TCC) del Centro Aplicado de Psicología (CAPs) de la Universidad de Chile (UCH). Los participantes recibieron medidas repetidas desde el inicio del tratamiento y cada tres sesiones con el *CORE-OM*, cuestionario de autorreporte que evalúa el progreso terapéutico en las dimensiones de *Bienestar Subjetivo (B)*, *Problemas y Síntomas (P)*, *Funcionamiento (F)* y *Riesgo (R)*. También, fueron evaluados al final del tratamiento con el *BAI*, *BDI-I* y *CORE-OM*. Luego de la sesión de devolución de la conceptualización de caso, (sesión 4 a 6), los participantes respondieron un cuestionario sobre su percepción acerca del grado de ajuste de su conceptualización respecto del problema por el cual consultan y acerca de su cambio en psicoterapia. **Resultados:** Los resultados muestran que hay diferencias estadísticamente significativas en las tres primeras evaluaciones en todas las dimensiones del *CORE-OM*, a su vez, un 60% de los participantes muestran cambio clínicamente significativo. Se observó que el cambio experimentado por los consultantes, es decir, reducción sintomatológica en las primeras seis sesiones, correlaciona significativamente con el grado de acuerdo de los consultantes con que la conceptualización es coherente con el problema por el cual consultan, que es útil para comprender los problemas personales, que lleva a un cambio emocional que permite sentirse más aliviado, y que les permite avanzar a enfrentar sus problemas. **Discusión:** Esto permite concluir que el *PCEC*, y su óptimo grado de ajuste para el

consultante, aportan al cambio en un periodo de tiempo reducido. Se discute si el PCEC podría configurarse como una intervención clínica en sí misma.

Palabras clave: conceptualización, efectividad, terapia cognitivo conductual, tratamiento psicológico, medidas repetidas.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) se destaca como una modalidad de psicoterapia eficaz para tratar diversos trastornos (Butler et al., 2006; Cuijpers et al., 2019; Seekles et al., 2013). En la TCC, ha sido ampliamente enfatizado el uso de la conceptualización, también conocida como formulación de casos (Persons, 2008), como principal herramienta para determinar las estrategias e intervenciones más idóneas para las circunstancias específicas de cada consultante (Beck et al., 1979). Esta ha sido definida como el desarrollo de una imagen completa de un consultante a través de la recopilación de información para generar hipótesis sobre las causas, antecedentes e influencias que mantienen los problemas del individuo en un contexto particular (McLeod et al., 2013). De este modo, facilita la organización de la información relativa al problema del consultante, convirtiéndola en elementos clínicamente relevantes (cognitivos, emocionales, fisiológicos y conductuales) y establecer relaciones funcionales entre estos (Eells, 2007; Needleman, 1999).

Según Tolin (2016), para que la conceptualización de un caso sea sólida, es fundamental el análisis funcional de la conducta, esto quiere decir que se intenta entender el por qué se produce o no una conducta, tomando en cuenta los antecedentes y consecuencias de esta. De esta forma, la conceptualización permite priorizar objetivos de tratamiento a través de los cuales se definen estrategias de intervención basadas en la evidencia (Eells, 2007; Needleman, 1999; Persons, 2006). Así, según Tolin (2016), los objetivos pueden ser los síntomas que el consultante presenta, los mecanismos que los mantienen o los resultados funcionales de estos. De esta manera, el foco de trabajo podría dirigirse de forma directa a los

elementos del proceso patológico central como lo son las conductas, pensamientos o emociones desadaptativas, o a elementos que están fuera de este, como los déficits de habilidades, las contingencias poco útiles, sesgos en el procesamiento de la información, las creencias centrales o los factores ambientales. Con la información recolectada, se puede crear un diagrama que facilite la comprensión respecto de cómo los diversos factores contribuyen a la mantención del problema que el consultante presenta, a través del análisis de episodios específicos de este (Tolin, 2016). Por ello, y al ser considerada una hipótesis, la conceptualización del caso técnicamente siempre está en evaluación (Kuyken et al., 2009)

Por ende, la conceptualización de caso constituye la base del proceso empírico en el que el terapeuta proporciona su conocimiento en cuanto a los modelos y tratamientos relevantes basados en la evidencia al momento de construir con el consultante la conceptualización, con el propósito de asegurar que todos los aspectos del problema del consultante se exploren de forma completa (Kuyken et al., 2009; Padesky, 2020) pasando así a ser un “co-investigador” que pone a prueba las intervenciones de forma colaborativa con el terapeuta (Easden & Kazantzis, 2018). De esta manera, ambos sujetos trabajan juntos en pos de los objetivos utilizando el conocimiento único de cada uno, siendo este proceso lo que se denomina empirismo colaborativo (Dattilio & Hanna., 2012). Así, utilizar el empirismo colaborativo para las conceptualizaciones de caso, propicia que consultante y terapeuta, levanten en conjunto las intervenciones y de esta manera dirigirse de forma directa a aquellos factores desencadenantes y de mantenimiento de los problemas (Kuyken et al., 2009; Padesky, 2020)

Para Padesky (2020) hacer una conceptualización de caso en colaboración con el consultante, tiene como ventaja que son más fáciles de entender por el consultante y es más alta la probabilidad de que se incluya toda la información relevante acerca del problema por el cual consulta. Ofrece también, la oportunidad de que el consultante participe directamente

en las decisiones de tratamiento, diseño y la justificación de las intervenciones del terapeuta, dando pie a una mayor comprensión del consultante acerca de los factores de mantenimiento, su sensación de control y eficacia a la hora de realizar los esfuerzos de cambio. De esta forma, la formulación colaborativa, puede motivar el empoderamiento del consultante e influir en su compromiso con la psicoterapia. No obstante, como indica la autora, se siguen requiriendo estudios de carácter empírico para investigar estas asociaciones.

El enfoque del empirismo colaborativo brinda nuevas vías para comprender el impacto de la conceptualización de casos en los resultados del tratamiento, sin embargo, existe una sorprendente brecha en la base de evidencia de la TCC, pues se ha pasado por alto la forma y utilidad de compartir y discutir las conceptualizaciones de caso durante las sesiones para la respectiva adaptación de las intervenciones, de modo que se satisfagan las necesidades de tratamiento únicas de los consultantes (Easden & Kazantzis, 2018). Lo anterior, puede representar un vuelco en la idea de que la conceptualización de caso debe ser “precisa” o “correcta”, hacia una noción de conceptualización de caso que sea beneficiosa o “adecuada” según la experiencia de cada consultante particular (Easden & Kazantzis, 2018). Esto indica que, los terapeutas deberían prestar especial atención a las valoraciones que realicen los consultantes de lo que significan las conceptualizaciones para ellos mismos y, de esta manera, poder explorarlas si es necesario (Readhead et al., 2015).

En un análisis sistemático con respecto a la conceptualización de casos en la TCC realizado por Easden & Kazantzis (2018), sugiere que existe escaso conocimiento en relación a estudios que investiguen la integración de la conceptualización de caso durante las sesiones de terapia y cómo puede favorecer los procesos de adaptación de las técnicas para un consultante. Además, también los autores señalan que sigue sin estar claro si la conceptualización de caso mejora de forma directa o indirecta los mecanismos de cambio cognitivo y los resultados del tratamiento.

En otro estudio realizado por Persons & Hong (2016), se encontraron algunas pruebas que apoyan la idea de que los tratamientos guiados por una formulación de caso eran superiores a los guiados por un tratamiento estandarizado. También, se presentaron algunas pruebas que indican que los factores que suelen incluirse en la formulación del caso como los mecanismos psicológicos que causan y/o mantienen los problemas son predictores o moderadores del resultado y del proceso de cambio, lo que proporciona otro tipo de evidencia que apoya la noción del uso de la formulación para ayudar a la toma de decisiones mejorando el resultado del tratamiento.

Finalmente, se revisó un estudio cualitativo de Readhead et al. (2015), cuyo objetivo era explorar las experiencias de 10 consultantes que se sometieron a TCC para depresión y/o ansiedad en relación a sus respectivas formulaciones de caso mediante entrevistas semiestructuradas, en el cual se concluye que las TCC basadas en la formulación son percibidas por los consultantes como más eficaces que aquellas que no están basadas en la formulación y que permite a los consultantes comprender mejor sus dificultades, sentirse comprendidos y aceptados, tener una sensación de alivio y avanzar, lo que podría sugerir que esta desempeña un papel clave y específico para ayudar a los consultantes a progresar en relación a sus problemas. Sin embargo, en las investigaciones previas a este estudio, destacan por su ausencia aquellas que incorporen las perspectivas de los consultantes sobre sus respectivas formulaciones (Aston, 2009), así como sus percepciones de grado de ajuste de estas, es decir, la precisión percibida por los consultantes acerca de sus conceptualizaciones (Readhead et al., 2015), ni sus percepciones de cambio clínico (Bergin & Rogers, 1986) a partir de sus procesos de conceptualización. Además de esto, existe una reducida evidencia que sustente la eficacia de la conceptualización de caso como una intervención específica, pues resulta complejo especificar cuándo comienza y termina el proceso de formulación

(DCP, 2011), además de que podrían haber otras variables que expliquen las respuestas de los participantes.

Entonces, a pesar de que en la actualidad está ampliamente aceptada en la práctica clínica la importancia central de la conceptualización de casos en la TCC, sigue existiendo un vacío en la investigación que apoye su validez en la TCC con respecto a los resultados del tratamiento (es decir, la reducción sintomatológica/disminución del malestar), así como su rol para informar las directrices de la práctica basada en evidencia (Easden & Fletcher, 2018).

Surgen, entonces, las interrogantes acerca de si ¿el proceso de co-construcción de la conceptualización y la devolución al consultante produce un cambio clínicamente significativo en la sintomatología en la sintomatología? y si ¿el nivel de ajuste de la conceptualización como una forma de comprender el problema desde la perspectiva del consultante se relaciona con la reducción en la sintomatología? Así, el objetivo principal de este estudio fue evaluar el rol del proceso de conceptualización del problema por el cual el consultante consulta y la devolución de información que le da el terapeuta en el cambio sintomatológico y percepción de cambio clínico. Por su parte, los objetivos específicos fueron: (1) evaluar el cambio del consultante antes del inicio de la sesión y luego del proceso de conceptualización, (2) evaluar la relación entre el ajuste de la conceptualización y el cambio del consultante previo y posterior al proceso de conceptualización y (3) evaluar la relación entre el ajuste de la conceptualización y el resultado final del tratamiento. Al respecto, como hipótesis planteamos que: (1) los consultantes experimentarán una reducción sintomatológica estadística y clínicamente significativa previo y posterior al proceso de conceptualización y al final del tratamiento, (2) los consultantes que perciban un mayor ajuste de la conceptualización tendrán un mayor reducción sintomatológica previo y posterior al proceso de conceptualización y (3) los consultantes que perciban un mayor ajuste de la conceptualización, tendrán mayores resultados al final del tratamiento.

Método

Diseño

Se diseñó un estudio clínico con control intrasujeto en medidas repetidas (McGuigan, 1983) con muestreo por disponibilidad (Rubin, 2008).

Participantes

Consultantes: Para este estudio, se requería que los participantes tuvieran mayoría de edad, ingresaran a tratamiento psicológico a la Unidad TCC del CAPs de la UCH durante el año 2022 y que dieran su consentimiento para participar de la investigación. La participación fue voluntaria y a todos los participantes se les pidió un consentimiento informado, aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. En total, 52 consultantes participaron de este estudio, 29 de género femenino, 22 del género masculino y 1 participante prefirió no declarar su sexo. Los participantes tenían una edad media de 26 años, con un rango etario entre 18 y 60 años.

Terapeutas: Participaron 38 terapeutas, 19 del género femenino y 19 del género masculino, con una media de 30 años, 28 tenían el título de psicólogo y 10 estaban licenciados en psicología, y en su último año de formación profesional. Todos los terapeutas cursaron el Diplomado de Postítulo “Formación en Terapia Cognitivo Conductual” de la UCH. En este curso, los terapeutas fueron entrenados para conceptualizar previo a iniciar el tratamiento psicológico con sus consultantes, a través de instancias de supervisión clínica, clases teóricas y otras actividades de aprendizaje activo, tales como el “Proyecto de Cambio Personal” (Tolin, 2016) en el que realizaron la conceptualización de un problema personal con el propósito de desarrollar y poner en práctica la habilidad de realizar conceptualizaciones de caso. Durante el *PCEC*, que dura hasta la tercera evaluación periódica (sexta sesión aproximadamente), los terapeutas conceptualizaron el caso con su consultante y establecieron

objetivos terapéuticos bajo supervisión clínica y posterior a este proceso, aplicaron las intervenciones y técnicas específicas pertinentes a cada caso.

Instrumentos

Se utilizaron los siguientes instrumentos para medir los resultados terapéuticos en los consultantes, tanto en el nivel objetivo, es decir, aumento o disminución de los síntomas en distintas dimensiones y, en el nivel subjetivo, es decir, cómo el consultante percibe estos cambios objetivos.

Resultados Clínicos en la Evaluación Rutinaria (CORE-OM): Se utilizó la versión en español del *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure* (Feixas et al., 2012), que consiste en cuestionario de autoreporte de 34 ítems con 5 niveles de respuesta, las cuales son: “nada”, “solo ocasionalmente”, “a veces”, “a menudo” y “la mayoría o todo el tiempo”. Este instrumento evalúa el progreso terapéutico de consultantes con problemas y/o patologías diversas en las dimensiones: *Bienestar Subjetivo (B)*, *Problemas y Síntomas (P)*, *Funcionamiento (F)* y *Riesgo (R)*, *Todos los ítems (T)* y *Todos los ítems menos Riesgo (T-R)*. Trujillo et al., (2016) indican que el instrumento posee un nivel de validez y fiabilidad adecuadas, así como la sensibilidad al cambio terapéutico. En todos los dominios el valor de α estuvo entre .70 y .90, lo que significa que la confiabilidad del *CORE-OM* ha resultado satisfactoria (Feixas et al., 2012). La validación en una muestra chilena está en proceso de publicación (Errázuriz et al., 2021), no obstante muestra coeficientes de α similares a los reportados en la versión española (Trujillo et al., 2016). Se establece la puntuación 10 como punto de corte para determinar la variación entre población clínica y no clínica y la puntuación 10 como límite superior para el nivel de malestar leve, 15 para el nivel medio, 20 para el nivel moderado y 25 para un nivel moderado a severo, en el que obtener sobre 25 puntos indicaría un malestar severo. Además, este instrumento, permite calcular un índice de

cambio significativo y fiable entre cada medición, cuando hay una disminución de al menos 5 puntos entre ambas evaluaciones (Feixas et al., 2012; Barkham et al., 2006).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): Se utilizó la versión española del *Beck Anxiety Inventory (BAI)* de Sanz y Navarro (2003), el cual es un instrumento de autoinforme diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología ansiosa que consta de 21 ítems. Cada uno de sus ítems abarca un síntoma de ansiedad, para los cuales el evaluado cuenta con 4 niveles de respuesta a través de una escala Likert, para estimar y evaluar el grado en que se ha visto afectado con esta sintomatología durante la última semana, desde 0 (nada en absoluto) hasta 3 (gravemente, casi no podía soportarlo). Tras sumar la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63. A su vez, los puntajes de corte de este instrumento son: 0 a 7 puntos ansiedad mínima; 8 a 15 puntos ansiedad leve; 16 a 25 puntos ansiedad moderada y 26 a 63 puntos ansiedad grave. El cambio es clínicamente significativo cuando se produce una reducción de al menos 10 puntos. Si la puntuación disminuye a menos de 14 puntos, se puede considerar que la persona se ha recuperado de su trastorno de ansiedad. En caso de que la puntuación descienda 10 puntos, pero no alcance los 14 puntos, se podría considerar una mejora. Si la puntuación no disminuye al menos 10 puntos y tampoco llega a los 14 puntos, se considera que no ha habido cambios. Por otro lado, si la puntuación aumenta en 10 puntos o más, se considera que el consultante ha empeorado (Sanz, 2014). Este instrumento en términos de fiabilidad y consistencia interna es elevado, valor de α .90, además, se replica los coeficientes encontrados en otros estudios realizados en distintos países (Sanz et al., 2012). Asimismo, Sanz et al., (2012) indica que esta versión del *BAI* presenta propiedades psicométricas aceptables como instrumento de evaluación de sintomatología ansiosa para aplicar a consultantes con trastornos psicológicos tanto en el área clínica como de investigación.

Inventario de Depresión de Beck (BDI-I): Se utilizó la versión adaptada por el equipo MIDAP del *Beck Depression Inventory (BDI-I)*, el cual ha sido construido y modificado en función del lenguaje utilizado comúnmente en Chile. Este instrumento de autoinforme es utilizado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva que un individuo pudiera presentar durante la última semana. Posee 21 ítems que abarcan síntomas relativos a la depresión a través de una escala Likert con cuatro opciones de respuestas las cuales van desde 0 a 3 puntos, en la que mayor puntuación representa mayor sintomatología. Los puntajes de corte estándar son los siguientes: 0 - 9 Depresión mínima; 10 - 18 Depresión leve; 19 - 29 Depresión moderada y 30 - 63 Depresión severa (Beck et al., 1961). Valdés et al., (2017) recomiendan utilizar como puntaje de corte 13/14 para la población clínica y no clínica e indican que la adaptación chilena del *BDI-I*, presenta una consistencia interna adecuada, valor de α .92, siendo muy similar a la versión original con un valor de α .88, valores que muestran que este es un instrumento confiable para identificar sintomatología de carácter depresivo pudiendo ser utilizado en la población general, por lo tanto, es pertinente su uso para clasificar a sujetos deprimidos o no deprimidos, en contextos clínicos y de investigación, siendo una herramienta efectiva de detección de depresión.

Cuestionario Ad-Hoc de Grado de ajuste de Conceptualización y de Percepción de Cambio (GA-PC): Cuestionario de autorreporte que consta de 16 ítems que permiten a los consultantes mostrar su grado de acuerdo con relación al “Grado de Ajuste de la Conceptualización” (5 ítems) y su “Percepción de Cambio” (11 ítems) a partir de su conceptualización, a través de una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta que van desde 4 (“totalmente de acuerdo”) a 0 (“totalmente en desacuerdo”). Este es un instrumento *Ad-Hoc* cuyos ítems están basados en los ejes temáticos resultantes del estudio cualitativo de Redhead (2015), los cuales fueron traducidos y luego validados en su contenido por jueces expertos con el propósito de adaptarlo al lenguaje común de la población chilena.

Procedimiento

Línea Base. La Unidad TCC del CAPs, monitorea el progreso de sus consultantes a través de instrumentos psicométricos que permiten evaluar el cambio en el proceso terapéutico. La información que entregaron los consultantes es utilizada para evaluar su progreso en terapia y para mejorar la gestión clínica del equipo. Solo aquellos consultantes que consintieron que sus datos sean utilizados para la presente investigación, fueron considerados como parte de ésta. Previo a la primera sesión, los consultantes respondieron la batería de pruebas psicológicas inicial que contempla los siguientes test psicológicos: *CORE-OM*, *BDI-I* y *BAI*, todos estos con el propósito de evaluar su estado previo al proceso terapéutico.

Proceso de conceptualización. Durante el tratamiento, se realizaron evaluaciones periódicas a los consultantes para el monitoreo de su evolución en el proceso psicoterapéutico, las cuales fueron cada tres sesiones a través del *CORE-OM*, es decir, en la tercera y sexta sesión. En las primeras tres evaluaciones periódicas que corresponden al *PCEC* (sesiones uno a seis aproximadamente), se realizó la recopilación de información de los consultantes para realizar la conceptualización de su caso. Alrededor de la cuarta o quinta sesión, recibieron la devolución de su conceptualización de caso. Luego de dicha sesión, respondieron el cuestionario *GA-PC* elaborado por nuestro equipo, respecto de su percepción acerca del grado de ajuste de su conceptualización y su percepción de cambio clínico.

Tratamiento. A partir de la conceptualización, es decir, entre la cuarta y sexta sesión, aproximadamente, se establecieron los objetivos y se elaboraron los planes de tratamientos para problemas específicos. Finalmente, luego de la última sesión del tratamiento se aplicaron las pruebas de la evaluación inicial (*CORE-OM*, *BAI*, *BDI-I*).

Análisis estadísticos

El cálculo de los resultados del *PCEC* incluyó una muestra $N=40$, la cual corresponde a la cantidad de consultantes que completaron las tres primeras evaluaciones periódicas y el cuestionario *GA-PC*. La información proveniente de la aplicación de los cuestionarios se resumió mediante estadísticos descriptivos (media y desviación estándar). Posteriormente, para analizar la significancia y evaluar el cambio en las dimensiones del *CORE-OM* a lo largo de las tres primeras evaluaciones correspondientes al *PCEC*, se realizó un MANOVA de medidas repetidas comparando los puntajes promedios de respuesta de los participantes en cada medida de las escalas del *CORE-OM* como factores intrasujeto y Post Hoc de la primera a la segunda evaluación, de la segunda a la tercera evaluación y de la primera a la tercera evaluación (Hipótesis 1). Estos análisis se realizaron en el programa *SPSS* en su versión 27. Para analizar los resultados al final de tratamiento, se utilizó el programa *Statistica* en su versión 12.5 con una muestra $N=13$, correspondientes a la cantidad de consultantes que completaron el formulario de la evaluación final. Se realizó la prueba de normalidad de Lilliefors para las escalas *BAI*, *BDI-I* y las dimensiones del *CORE-OM* en sus medidas pre y post tratamiento. Las escalas *BAI*, *BDI-I* y las dimensiones *Funcionamiento*, *Problemas* y *Síntomas*, *Todos los Ítems* y *Todos menos Riesgo*, se distribuyeron normalmente, mientras que las dimensiones *Bienestar Subjetivo* y *Riesgo* no cumplieron el supuesto de normalidad. Posteriormente, se realizó la prueba T de Student para dos variables dependientes, para comparar los puntajes promedios de respuesta en las evaluaciones pre y post tratamiento de las escalas que cumplieron el supuesto de normalidad y el estadístico no paramétrico de rangos de Wilcoxon para dos muestras relacionadas para las escalas que no se distribuyeron normalmente. Por otra parte, se realizó la prueba no paramétrica de correlación de rangos Tau de Kendall para establecer la relación entre las escalas de los ítems evaluados en el cuestionario *GA-PC* y la diferencia de puntajes en el *CORE-OM*, *BAI* y *BDI-I* previo y posterior al proceso de conceptualización (Hipótesis 2), y al final del tratamiento (Hipótesis

3). Se estableció la significancia estadística en un intervalo de confianza del 95% ($p < .05$). Para el cálculo del tamaño del efecto η^2 o eta cuadrado se utilizó la Calculadora del tamaño del efecto de Uanhoro (2017). Las medidas del tamaño del efecto d de Cohen se calcularon con la conversión de Cohen, J (1988). Para el cálculo del tamaño del efecto r se utilizó la conversión de Rosenthal, R. (1991). Finalmente, se realizó un análisis de poder post hoc con G*Power 3 (Faul et al., 2007).

Resultados

Descriptivos de la muestra: En cuanto a la composición de la muestra, un 56% de los participantes eran mujeres, y un 42% hombres, 1 participante prefirió no declarar su sexo. En cuanto al nivel educativo un 75% de los participantes tenía estudios superiores, un 21% eran profesionales, un 2% que tenía un oficio y solo 1 respondió "sin ocupación". Por último, en cuanto a la región de residencia dentro de Chile, el 90% de los encuestados procedían principalmente de la Región Metropolitana de Santiago, solo 2 participantes indicaron que procedían de la Región de Valparaíso, 2 la Región de O'Higgins y solo 1 de la Región del Biobío.

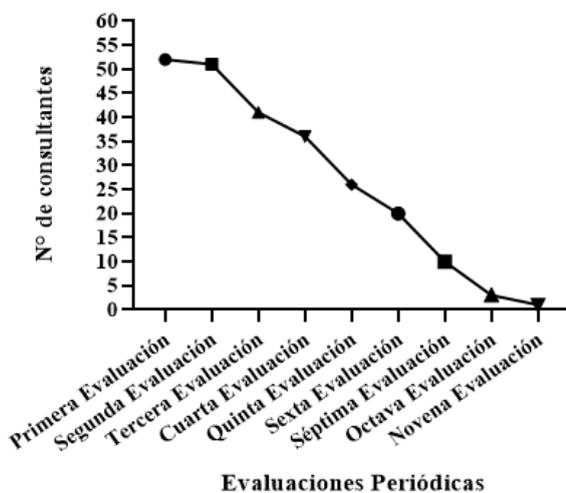
Los datos obtenidos muestran que de los 52 consultantes que consintieron participar en este estudio, un 36.54% finalizaron sus tratamientos con alta clínica en un promedio de 12 sesiones ($Mdn=12$; $MO=15$), un 32.69% continúan su proceso psicoterapéutico a junio de 2023, 19.23% fueron dados de alta administrativa antes del PCEC y el 9.62% fueron dados de alta administrativa después del PCEC, de los cuales el 60% experimentaron cambio clínicamente significativo al momento de desertar, pasando de la población clínica a no clínica antes de abandonar el tratamiento. Además de lo anterior, 76.92% de los consultantes culminaron sus PCECs y el 60% de ellos presentaron cambio clínicamente significativo a lo largo de las primeras 6 sesiones. Respecto a la adherencia a la psicoterapia, un 79% de los

participantes continuó en tratamiento la sexta sesión, a la novena sesión un 69.23% y un 50% en la doceava sesión (ver figura 1).

En cuanto a los puntajes de la línea base de los participantes en el *CORE-OM*, el 95% de estos pertenecían a la categoría de población clínica al inicio del tratamiento en las dimensiones de *Funcionamiento y Problemas y Síntomas*; un 98% en la dimensión *Bienestar Subjetivo* y un 15% en la dimensión *Riesgo*. En el caso del *BAI*, el 70% de los participantes pertenecieron a la categoría de población clínica al inicio del tratamiento, y un 83% en el *BDI*.

Figura 1:

Frecuencias de adherencia al tratamiento



Nota: En la figura 1, se puede observar las frecuencias de adherencia al tratamiento. De la primera a la segunda evaluación, es decir, hasta la sexta sesión, hubo mayor adherencia a este.

Prueba MANOVA multivariante

Resultados del PCEC: Los resultados de la prueba MANOVA multivariante, señalan que existen diferencias estadísticamente significativas entre la primera, segunda y tercera

evaluación en todas las dimensiones del *CORE-OM* (*Funcionamiento, Problemas y Síntomas, Bienestar Subjetivo, Riesgo, Todos los ítems y Todos menos Riesgo*), $F(12, 28) = 6.8$, $p < .001$, Traza de Pillai = .74 [0.38, 0.77], poder observado = 1, lo que sugiere que el 74% de la varianza es atribuida a la intervención (ver figura 2).

En la dimensión *Funcionamiento* se encontraron cambios estadísticamente significativos de la primera a la tercera evaluación, con un tamaño del efecto grande, $F(1.57, 61.23) = 13.02$, $p < .001$, $MSE = 16.54$, $\eta^2p = .25$ [0.08 - 0.4], poder observado = 0.99. El Post Hoc indica que se encontraron diferencias estadísticamente significativas, $p < .001$, entre la primera evaluación ($M = 16.98$; $DS = 4.93$) y segunda evaluación ($M = 13.88$; $DS = 4.47$). Cabe señalar que de los 40 participantes que fueron evaluados, el 37.5% además presenta cambio clínicamente significativo en la segunda evaluación (es decir, una disminución de al menos 5 puntos de una evaluación a la otra). No se encontraron diferencias significativas, con $p > .05$, entre la segunda evaluación ($M = 13.88$, $DS = 4.47$) y la tercera evaluación ($M = 13.08$; $DS = 5.9$), y el 25% de los participantes experimentó cambio clínicamente significativo entre la segunda y tercera evaluación. Se encontraron diferencias significativas ($p < .01$) entre la primera evaluación ($M = 16.98$; $DS = 4.93$) y la tercera ($M = 13.08$; $DS = 5.9$), además el 55% de los participantes presentó cambio clínicamente significativo a la tercera evaluación.

En la dimensión *Problemas y Síntomas* hay cambios estadísticamente significativos de la primera a la tercera evaluación, con un tamaño del efecto grande, $F(2, 78) = 20.04$, $p < .001$, $MSE = 21.33$, $\eta^2p = .34$ [0.17 - 0.47], poder observado = 1. El Post Hoc señala que se encontraron diferencias estadísticamente significativas, $p < .001$, entre la primera evaluación ($M = 21.54$; $DS = 7.06$) y segunda evaluación ($M = 17.46$; $DS = 6.47$), y de los 40 participantes, el 42.5% presentó cambio clínicamente significativo entre ambas evaluaciones. También, se encontraron diferencias significativas, con $p < .05$, entre la segunda ($M = 17.46$;

$DS=6.47$) y la tercera evaluación ($M = 15.08$; $DS = 6.43$) y el 32.5% de la muestra experimentó cambio clínicamente significativo. Se encontraron diferencias significativas $p < .001$, entre la primera ($M = 21.54$; $DS = 7.06$) y tercera evaluación ($M = 15.08$; $DS = 6.43$). Cabe señalar que de los 40 sujetos que fueron evaluados, el 60% presentó también cambio clínicamente significativo de la primera a la tercera evaluación.

En la dimensión *Bienestar Subjetivo* se encontraron cambios estadísticamente significativos entre las tres primeras evaluaciones, con un tamaño del efecto grande, $F(2, 78) = 22.38$, $p < .001$, $MSE = 26.35$, $\eta^2p = .36 [0.19 - 0.49]$, poder observado = 1. El Post Hoc señala que se encontraron diferencias estadísticamente significativas, $p < .05$, entre la primera ($M = 22$; $DS = 6.39$) y segunda evaluación ($M = 18.38$; $DS = 6.97$), y el 45% de la muestra además experimentó cambio clínicamente significativo entre ambas evaluaciones. Se encontraron diferencias significativas, con $p < .001$, entre la segunda ($M = 18.38$; $DS = 6.97$) y la tercera evaluación ($M = 14.33$; $DS = 6.58$), además el 55% también presentó cambio clínicamente significativo entre estas evaluaciones. De igual manera, se encontraron diferencias significativas $p < .001$ entre la primera ($M = 22$; $DS = 6.39$) y la tercera evaluación ($M = 14.33$; $DS = 6.58$). Cabe señalar que, de los 40 participantes evaluados, el 72.5% además presentó cambio clínicamente significativo de la primera a la tercera evaluación.

En la dimensión *Riesgo* se encontraron cambios estadísticamente significativos de la primera a la tercera evaluación con un tamaño del efecto medio a grande, $F(1.55, 60.49) = 11$, $p < .001$, $MSE = 7.95$, $\eta^2p = .22 [0.06 - 0.38]$, poder observado = 0.97. El Post Hoc señala que se encontraron diferencias estadísticamente significativas con $p < .05$, entre la primera ($M = 3.78$; $DS = 4.74$) y segunda evaluación ($M = 1.79$; $DS = 2.68$), además el 22.5% de los participantes presenta también cambio clínicamente significativo entre estas evaluaciones. No se encontraron diferencias significativas, con $p > .05$, entre la segunda ($M = 1.79$; $DS = 2.68$) y la tercera evaluación ($M = 1.33$; $DS = 2.93$), y el 5% de la muestra presentó cambio

clínicamente significativo entre ambas evaluaciones. Por su parte, se encontraron diferencias significativas $p < .001$ entre la primera ($M = 3.78$; $DS = 4.74$) y la tercera evaluación ($M = 1.33$; $DS = 2.93$). Cabe señalar que de los 40 sujetos que fueron evaluados, el 25% además presentó cambio clínicamente significativo de la primera a la tercera evaluación.

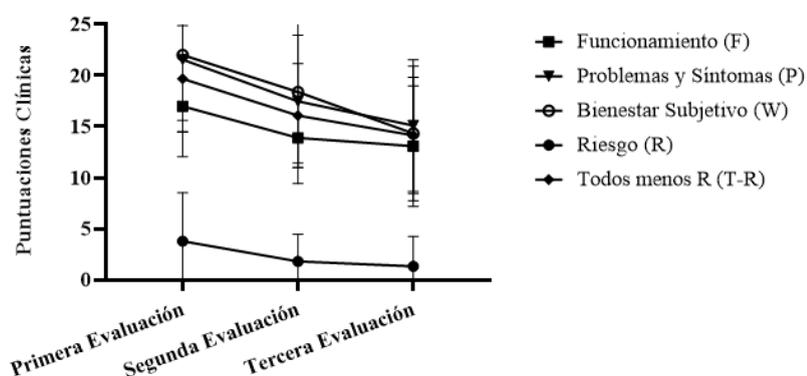
En la dimensión *Todos los Ítems* se encontraron cambios estadísticamente significativos de la primera a la tercera evaluación con un tamaño el efecto grande, $F(2, 78) = 21.89$, $p < .001$, $MSE = 11.9$, $\eta^2p = .36 [0.18 - 0.49]$, poder observado = 1. El Post Hoc señala que se encontraron diferencias estadísticamente significativas, $p < .001$, entre la primera ($M = 16.87$; $DS = 4.94$) y segunda evaluación ($M = 13.56$; $DS = 4.44$), además el 30% de los sujetos evaluados presentó cambio clínicamente significativo entre estas evaluaciones. De igual manera, se encontraron diferencias significativas, con $p < .05$, entre la segunda ($M = 13.56$; $DS = 4.44$) y la tercera evaluación ($M = 11.85$; $DS = 4.98$), y el 20% de la muestra también mostró cambio clínicamente significativo entre ambas evaluaciones. Asimismo, se encontraron diferencias significativas con $p < .001$, entre la primera ($M = 16.87$; $DS = 4.94$) y tercera evaluación ($M = 11.85$; $DS = 4.98$). Cabe señalar que de los 40 participantes, el 60% además presenta cambio clínicamente significativo a la tercera evaluación.

En la dimensión *Todos los ítems menos Riesgo* se encontraron cambios estadísticamente significativos de la primera a la tercera evaluación, con un tamaño del efecto grande, $F(2, 78) = 20.91$ $p < .001$, $MSE = 15.04$, $\eta^2p = .35 [0.17 - 0.48]$, poder observado = 1. El Post Hoc señala que se encontraron diferencias estadísticamente significativas con $p < .001$, entre la primera ($M = 19.66$; $DS = 5.2$) y la segunda evaluación ($M = 16.06$; $DS = 5.08$), además el 32.5% de los participantes muestra cambio clínicamente significativo entre ambas evaluaciones. De igual manera, se encontraron diferencias significativas, con $p < .05$ entre la segunda ($M = 16.06$; $DS = 5.08$) y la tercera evaluación ($M = 14.13$; $DS = 5.69$) y el

22.5% de la muestra presenta también cambio clínicamente significativo entre estas evaluaciones. Por su parte, se encontraron diferencias significativas $p < .001$ entre la primera evaluación ($M = 19.66$; $DS = 5.2$) y la segunda ($M = 14.13$; $DS = 5.69$). Cabe señalar que de los 40 participantes, el 60% además presenta cambio clínicamente significativo a la tercera evaluación.

Figura 2

Promedios de respuesta al CORE-OM durante el PCEC



Nota: Se observan las medias de las puntuaciones clínicas de los participantes en las tres medidas iniciales de las dimensiones *CORE-OM*.

Resultados T Student y Wilcoxon para dos variables dependientes

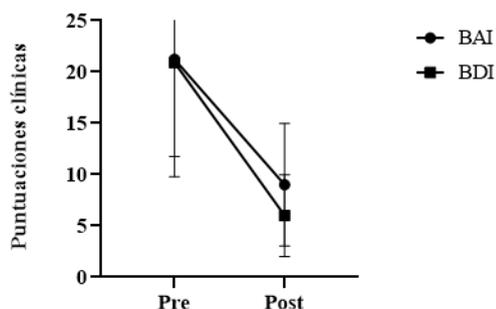
Resultados del tratamiento

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en *BAI*, con un tamaño del efecto alto ($t(12) = 4.19$, $p < .01$, $\text{Diff.} = 12.23$ [5.86 -18.6], $d=1.16$, poder observado = 0.97), donde las puntuaciones del pre tratamiento ($M = 21.23$; $DS = 9.46$), fueron mayores a las puntuaciones post tratamiento ($M = 9$; $DS = 5.97$), con lo cual se puede señalar que los consultantes en promedio pasaron a la categoría de población no clínica (Sanz, 2014). Cabe destacar que de los 13 participantes que respondieron la evaluación final, el 54% experimentó cambio clínicamente significativo al final del tratamiento.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en *BDI-I*, con un tamaño del efecto alto ($t(12) = 4.34, p < .001, \text{Diff.} = 14.93 [7.43 - 22.42], d = 1.2$, poder observado = 0.98), donde las puntuaciones del pre tratamiento ($M = 20.92; DS = 11.11$), fueron mayores a las puntuaciones post tratamiento ($M = 6; DS = 3.98$), donde los consultantes pasaron en promedio a la categoría de población no clínica (Valdés et al., 2017). Además de lo anterior, el 62% de la muestra presentó cambio clínicamente significativo al final del tratamiento (ver figura 3).

Figura 3

Promedio de respuesta Pre-Post intervención en BAI y BDI



Nota: se observan los promedios de las puntuaciones clínicas de los participantes en las mediciones pre y post tratamiento del *BAI* y *BDI*.

Los resultados del CORE-OM muestran que en la dimensión de *Funcionamiento* se encontraron diferencias estadísticamente significativas con un tamaño del efecto alto ($t(12) = 4.99, p < .001, \text{Diff.} = 8.52 [4.8 - 12.24], d = 1.38$, poder observado = 1), donde las puntuaciones del pre-tratamiento ($M = 16.21; DS = 5.22$), fueron mayores a las puntuaciones post tratamiento ($M = 7.69; DS = 3.67$) (ver figura 4), en el que el promedio de los consultantes pasaron con ello de la población clínica a no clínica (Feixas et al., 2012). Además, el 69.2% de los participantes también presentó cambio clínicamente significativo al final del tratamiento.

En la dimensión de *Problemas y Síntomas* se encontraron diferencias estadísticamente significativas con un tamaño del efecto alto ($t(12) = 5.08$, $p < .001$, Diff. = 11.14 [6.36, 15.92], $d=1.41$, poder observado = 1), donde las puntuaciones del pre-tratamiento ($M = 20.44$; $DS = 7.2$) fueron mayores que la medición post tratamiento ($M = 9.31$; $DS = 3.5$), pasando con ello de la población clínica a no clínica. Igualmente, cabe señalar que el 84.6% de los sujetos evaluados experimentó además cambio clínicamente significativo al final del tratamiento.

En la dimensión *Bienestar Subjetivo* se encontraron diferencias estadísticamente significativas, donde las puntuaciones pre tratamiento ($Mdn = 22.5$; $Rango = 20$) fueron mayores que la medición post tratamiento ($Mdn = 10$; $Rango = 15$), con $Z = 3.06$, $p < .01$, un tamaño del efecto $r = 0.85$ y poder observado = 1. Además, el 84.6% de los participantes presentó también cambio clínicamente significativo al final del tratamiento.

En la dimensión *Riesgo* se encontraron diferencias estadísticamente significativas, donde las puntuaciones pre-tratamiento ($Mdn = 1.67$; $Rango = 15$) fueron mayores que la medición post tratamiento ($Mdn = 0$; $Rango=1.67$), $Z=2.37$, $p < .05$, un tamaño del efecto $r = 0.66$ y poder observado = 1. Además, el 30.8% de los participantes presentó cambio clínicamente significativo al final del tratamiento.

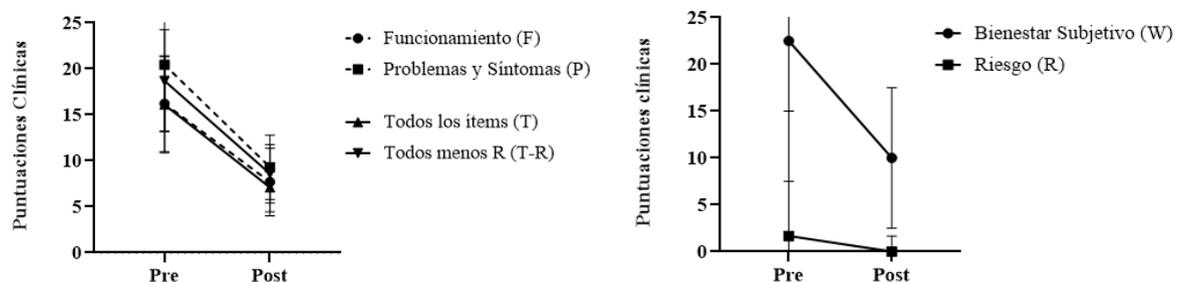
En la dimensión de *Todos los Ítems (T)* se encontraron diferencias estadísticamente significativas con un tamaño del efecto alto ($t(12) 5.5$, $p < .001$, Diff. = 9.01 [5.44 - 12.59], $d=1.53$, poder observado = 1), donde las puntuaciones del pre-tratamiento ($M = 16.10$; $DS = 5.23$) fueron mayores que la medición post tratamiento ($M = 7.09$; $DS = 2.65$). Además de lo anterior, el 69.2% experimentó además cambio clínicamente significativo al final del tratamiento y del 92% de los participantes que inicialmente pertenecían a la población clínica, solo un 15% terminó su tratamiento en la población clínica.

En la dimensión *Todos los Ítems menos Riesgo*, se encontraron diferencias estadísticamente significativas con un tamaño del efecto alto ($t(12) 5.73$, $p < .001$, Diff. = 10.11 [6.27 - 13.95],

$d=1.59$, poder observado = 1), donde las puntuaciones del pre-tratamiento ($M=18.7$; $DS=5.55$) fueron mayores que la medición post tratamiento ($M = 8.59$; $DS = 3.18$). Además de lo anterior el 76.9% de los participantes también presentó cambio clínicamente significativo al final del tratamiento del 92% de los participantes que inicialmente pertenecían a la población clínica, solo un 31% terminó su tratamiento en la población clínica (Ver figura 4).

Figura 4

CORE-OM Inicial y Final



Nota. Se observan los promedios de las puntuaciones clínicas de los participantes en las dimensiones *CORE-OM* en las mediciones pre y post tratamiento.

Cambio clínico: En la tabla 1 se presentan las medias del cambio clínico de los participantes, es decir, la disminución en el puntaje promedio de los participantes en las dimensiones de *Funcionamiento*, *Problemas y Síntomas* y *Bienestar Subjetivo*, entre las primeras tres evaluaciones y la evaluación inicial y final del *CORE-OM*. También, se muestra la disminución de puntaje entre la evaluación inicial y final del *BAI* y *BDI-I*.

Tabla 1*Cambio clínico*

<i>Instrumento</i>	<i>Dimensión</i>	<i>Ev1 - Ev2</i>	<i>Ev2 - Ev3</i>	<i>Ev1 - Ev3</i>	<i>Ev1 - final</i>
	<i>Funcionamiento</i>	-3.1	-0.8	-3.9	-8.52*
	<i>Problemas y Síntomas</i>	-4.08	-2.38	-6.46*	-11.13*
<i>CORE-OM</i>	<i>Bienestar Subjetivo</i>	-3.62	-4.05	-7.67*	-11.54*
	<i>Riesgo</i>	-1.99	-0.46	-2.45	-3.56
	<i>Todos los Ítems</i>	-3.31	-1.71	-5.02*	-9.01*
	<i>Todos menos Riesgo</i>	-3.6	-1.93	-5.53*	-10.11*
<i>BAI</i>					-12.23*
<i>BDI</i>					-14.92*

Nota: Se presentan las frecuencias de los participantes que experimentaron cambio clínicamente significativo entre las primeras tres evaluaciones y la evaluación final del CORE-OM, BAI y BDI. En el CORE-OM se establece como índice de cambio significativo y fiable cuando hay una disminución de al menos 5 puntos cada medición (Feixas et al., 2012). En el BDI y BAI el cambio es clínicamente significativo cuando se produce una reducción de al menos 10 puntos. *= Cambio clínicamente significativo.

Frecuencias Cuestionario de Cuestionario de Grado de Ajuste de Conceptualización y Percepción de Cambio (GA-PC)

En la tabla 2 se presentan las frecuencias de las escalas del cuestionario *GA-PC*. Con respecto a la percepción de los consultantes acerca del grado de ajuste de sus conceptualizaciones, los resultados obtenidos del *GA-PC*, indican que el 95% de los consultantes muestran estar al menos de acuerdo en que “La conceptualización me hace sentido o es coherente con el problema por el cual consulto” y el 97.5% muestra estar al menos de acuerdo en que “La conceptualización me ayuda a comprender mis problemas”.

Respecto al cambio percibido por los consultantes a partir de sus conceptualizaciones, el 95% indica estar al menos de acuerdo en que “La conceptualización facilita el sentirme más comprendido y aceptado”; el 75% muestra estar al menos de acuerdo en que “La conceptualización me lleva a un cambio emocional”; el 82.5% indica que está al menos de acuerdo “4. A sentirme más aliviado”; el 12.5% reporta estar al menos de acuerdo en que la conceptualización les lleva a “A sentirme más angustiado” y el 87.5% reporta estar al menos de acuerdo en que “La conceptualización me permite avanzar”.

Cabe señalar que sólo 5 de los 40 consultantes que respondieron el cuestionario *GA-PC* luego del *PCEC*, puntuaron al menos 5 ítems como neutro o en desacuerdo. Tres de estos consultantes tuvieron cambio clínicamente significativo, uno de ellos desertó a la séptima evaluación, en la sesión 21 aproximadamente, y los dos restantes terminaron su proceso con alta clínica, en las sesiones 9 y 12 respectivamente, pasando uno de ellos a la población no clínica. Por otra parte, 2 de los 5 consultantes que respondieron más ítems del cuestionario *GA-PC* con neutro o en desacuerdo, no tuvieron cambio clínicamente significativo, sin embargo, ambos se mantienen en tratamiento en la actualidad.

Tabla 2

Cuestionario de Grado de Ajuste de Conceptualización y Percepción de Cambio

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. La conceptualización me hace sentido o es coherente con el problema por el cual consulto	55%	40%	5%	0%	0%
2. La conceptualización me ayuda a comprender mis problemas	47.50%	50%	0%	2.5%	0%
2.1. El diagrama facilita mi comprensión acerca del problema por el cual consulto	50%	42.5%	7.5%	0%	0%
2.2. La guía del terapeuta facilita mi comprensión del problema por el cual consulto	60%	32.5%	7.5%	0%	0%
2.3 La exactitud de la conceptualización facilita mi comprensión del problema por el cual consulto	55%	4%	5%	0%	0%
3. La conceptualización facilita el sentirme más comprendido y aceptado	37.5%	52.5%	7.5%	2.5%	0%
3.1. La exactitud de la conceptualización facilita el sentirme comprendido y aceptado	30%	60%	10%	0%	0%

3.2. La disposición del terapeuta facilita el sentirme comprendido y aceptado	67.5%	30%	2.5%	0%	0%
4. La conceptualización me lleva a un cambio emocional	25%	50%	22.5%	2.5%	0%
4.1. A sentirme más aliviado/a	15%	67.5%	12.5%	5.00%	0%
4.2 A sentirme más angustiado/a	2.5%	10%	25%	42.5%	20%
5. La conceptualización me permite avanzar	30%	57.5%	10%	2.5%	0%
5.1. A sentirme más empoderado/a	15%	47.5%	27.5%	10%	0%
5.2. A enfrentar mis problemas	27.5%	57.5%	12.5%	2.5%	0%
5.3 A hablar más abiertamente	20%	65%	12.5%	2.5%	0%
5.4 En comparación con mi terapia anterior	30%	37.5%	30%	0%	2.5%

Relación entre GA-PC y el cambio clínico en el PCEC: Entre GA-PC y el cambio clínico en el PCEC: En la tabla 3 se presentan los coeficientes de correlación de Kendall Tau encontradas entre las escalas del cuestionario *GA-PC* y el cambio clínico de los participantes durante el *PCEC*, ($n=40$). Como se muestra, se encontraron correlaciones pequeñas pero significativas (valores $p < .05$) en los ítems: “1. La conceptualización me hace sentido o es coherente con el problema por el cual consulto” con el cambio clínico de la dimensión de *Problemas y Síntomas (P)* ($\tau = -.23$), *Bienestar Subjetivo (B)* ($\tau = -.27$) y *Todos menos Riesgo*

(*T-R*) ($\tau = -.22$); “2. La conceptualización me ayuda a comprender mis problemas” con las dimensiones de *Funcionamiento (F)* ($\tau = -.29$), *Problemas y Síntomas (P)* ($\tau = -.39$), *Bienestar Subjetivo (B)* ($\tau = -.3$), *Riesgo (R)* ($\tau = -.31$), *Todos los ítems (T)* ($\tau = -.37$) y *Todos menos Riesgo (T-R)* ($\tau = -.36$); “2.1 El diagrama facilita mi comprensión acerca del problema por el cual consulto” con *Problemas y Síntomas (P)* ($\tau = -.25$), *Bienestar Subjetivo (B)* ($\tau = -.23$), *Todos los ítems (T)* ($\tau = -.23$) y *Todos menos Riesgo (T-R)* ($\tau = -.24$); “2.3. La exactitud de la conceptualización facilita mi comprensión del problema por el cual consulto.” con *Funcionamiento (F)* ($\tau = -.22$); “4.1 La conceptualización me lleva a un cambio emocional: A sentirme más aliviado” con la dimensión de *Funcionamiento (F)* ($\tau = -.27$), *Problemas y Síntomas (P)* ($\tau = -.34$), *Bienestar Subjetivo (B)* ($\tau = -.24$), *Todos los ítems (T)* ($\tau = -.33$) y con *Todos menos Riesgo (T-R)* ($\tau = -.33$); “4.2. A sentirme más angustiado/a” con *Funcionamiento (F)* ($\tau = .22$), *Problemas y Síntomas (P)* ($\tau = .23$), *Bienestar Subjetivo (B)*, ($\tau = -.33$) con *Todos los ítems (T)* ($\tau = .25$) y con *Todos menos Riesgo (T-R)* ($\tau = .29$); “5.2. La conceptualización me permite avanzar: A enfrentar mis problemas” con *Funcionamiento (F)* ($\tau = -.24$) y con *Todos menos Riesgo (T-R)* ($\tau = -.22$); y “5.4. En comparación con mi terapia anterior” con la dimensión *Riesgo (R)* ($\tau = -.25$).

Tabla 3
Correlaciones PCEC

	F	P	B	R	T	T-R
1. La conceptualización me hace sentido o es coherente con el problema por el cual consulto	-.19	-.23*	-.27*	-.17	-.19	-.22*

2. La conceptualización me ayuda a comprender mis problemas	-.29*	-.39*	-.3*	-.31*	-.37*	-.36*
2.1 El diagrama facilita mi comprensión acerca del problema por el cual consulto	-.19	-.25*	-.23*	-.19	-.23*	-.24*
2.2. La guía del terapeuta facilita mi comprensión del problema	-.06	-.20	-.13	-.15	-.13	-.14
2.3. La exactitud de la conceptualización facilita mi comprensión del problema por el cual consulto.	-.22*	-.14	-.18	-.21	-.17	-.19
3. La conceptualización facilita el sentirme más comprendido y aceptado	-.12	-.01	-.08	.13	-.04	-.07
3.1. La exactitud de la conceptualización facilita el sentirme comprendido y aceptado	-.05	-.02	-.10	.01	-.03	-.04
3.2. La disposición del terapeuta facilita el sentirme comprendido y aceptado	-.19	-.12	-.03	-.12	-.15	-.16
4. La conceptualización me lleva a un cambio emocional:	-.22*	-.23*	-.12	-.12	-.21	-.23*

4.1. A sentirme más aliviado	-.27*	-.34*	-.24*	-.15	-.33*	-.33*
4.2. A sentirme más angustiado/a	.22*	.23*	.33*	.06	.25*	.29*
5. La conceptualización me permite avanzar	-.01	-.07	-.05	-.13	-.02	-.04
5.1. A sentirme más empoderado/a	-.18	-.10	.05	.06	-.11	-.14
5.2 A enfrentar mis problemas	-.24*	-.16	-.11	-.07	-.20	-.22*
5.3. A hablar más abiertamente	.00	.00	-.11	.12	.01	-.02
5.4. En comparación con mi terapia anterior	-.13	-.18	-.11	-.25*	-.16	-.16

Nota: Se observan los coeficientes de correlación entre los ítems del cuestionario *GA-PC* y los índices de cambio clínico de los participantes en las dimensiones del *CORE-OM* durante el PCEC. * = $p < .05$

Relación entre GA-PC y los resultados al final del tratamiento

Los coeficientes de correlación entre los ítems del cuestionario *GA-PC* y el cambio clínico de los participantes al final del tratamiento (N=13), se presentan en la tabla 4. Los resultados muestran correlaciones significativas moderadas (valores $p < .05$) en los siguientes ítems: “2. La conceptualización me ayuda a comprender mis problemas” con la dimensión *Bienestar Subjetivo (B)* ($\tau = -.49$) y con *Riesgo (R)* ($\tau = -.43$); el ítem “2.1 El diagrama facilita mi comprensión acerca del problema por el cual consulto” correlacionó con la dimensión

Riesgo (R) ($\tau = -.44$); el ítem “3. La conceptualización facilita el sentirme más comprendido y aceptado” correlacionó con *Funcionamiento (F)* ($\tau = -.45$); el ítem “3.2. La disposición del terapeuta facilita el sentirme comprendido y aceptado” correlacionó con *Funcionamiento (F)* ($\tau = -.63$), con *Todos los Ítems (T)* ($\tau = -.45$) y con *Todos menos Riesgo (T-R)* ($\tau = -.47$); y, finalmente, el ítem “5.4. En comparación con mi terapia anterior” correlacionó con la dimensión *Riesgo (R)* ($\tau = -.55$).

Tabla 4
Correlaciones Resultados finales

	BAI	BDI	F	P	B	R	T	TR
1. La conceptualización me hace sentido o es coherente con el problema por el cual consulto	.02	-.07	-.31	-.31	-.34	-.33	-.29	-.27
2. La conceptualización me ayuda a comprender mis problemas	.02	-.07	-.25	-.21	-.49*	-.43*	-.23	-.21
2.1 El diagrama facilita mi comprensión acerca del problema por el cual consulto	.07	.02	-.22	-.12	-.41	-.44*	-.17	-.15
2.2. La guía del terapeuta facilita mi comprensión del problema	.02	-.07	-.31	-.31	-.34	-.33	-.29	-.27

2.3. La exactitud de la conceptualización facilita mi comprensión del problema por el cual consulto.	.02	-.07	-.31	-.31	-.34	-.33	-.29	-.27
3. La conceptualización facilita el sentirme más comprendido y aceptado	.00	.00	-.45*	-.14	-.16	-.07	-.24	-.25
3.1. La exactitud de la conceptualización facilita el sentirme comprendido y aceptado	-.03	-.03	-.032	-.17	-.11	-.18	-.17	-.16
3.2. La disposición del terapeuta facilita el sentirme comprendido y aceptado	-.09	-.11	-.63*	-.40	-.41	-.30	-.45*	-.47*
4. La conceptualización me lleva a un cambio emocional:	-.08	.03	-.12	.02	-.12	.04	-.07	-.03
4.1. A sentirme más aliviado	.00	-.07	-.22	-.08	-.24	-.07	-.15	-.10
4.2. A sentirme más angustiado/a	.14	.10	.18	.06	.33	-.02	.23	.22

5. La conceptualización me permite avanzar	-.21	-.03	-.14	.03	-.18	-.15	-.05	.00
5.1. A sentirme más empoderado/a	-.21	-.10	-.17	.00	-.09	-.08	-.09	-.04
5.2 A enfrentar mis problemas	-.10	-.05	-.10	.03	-.27	-.07	-.07	-.02
5.3. A hablar más abiertamente	-.02	.05	-.08	.11	.11	.11	.03	.08
5.4. En comparación con mi terapia anterior	.00	-.28	.05	-.13	.02	-.55*	-.02	.03

Nota. Se observan los coeficientes de correlación entre los ítems del cuestionario *GA-PC* y los índices de cambio clínico de los participantes en el *BAI*, *BDI* y las dimensiones *CORE-OM* al final del tratamiento. * = $p < .05$.

Discusión

Los hallazgos de esta investigación apoyan la hipótesis de que los consultantes experimentarán un cambio clínicamente significativo previo y posterior al *PCEC*. De 52 consultantes que participaron en este estudio, 24 (60%) lograron cambio clínicamente significativo (Feixas et al., 2012) en un periodo de tiempo breve de 6 sesiones aproximadamente. Además, los resultados indican que durante las primeras 6 sesiones de psicoterapia, hay cambio estadísticamente significativo en todas las dimensiones del *CORE-OM*. Estos resultados muestran que la mayoría de los consultantes que participaron en esta investigación se vieron beneficiados del tratamiento psicológico durante las primeras tres

evaluaciones periódicas, lo cual proporciona algo de evidencia acerca de la eficacia de la TCC basada en el *PCEC*.

Cabe destacar que la dimensión *Riesgo*, también muestra cambio estadísticamente significativo durante el *PCEC*, sin embargo, hubo una menor frecuencia de cambio clínicamente significativo, con un 25%, entre los participantes con respecto a las otras dimensiones del *CORE-OM*. Esto se podría explicar al considerar que no todos los participantes presentaron riesgo a lo largo del tratamiento psicológico. Por lo tanto y considerando que Chile reporta el suicidio entre las primeras 5 causas de muerte, alcanzando el 61% de prevalencia a nivel mundial (MINSAL, 2022), es importante desarrollar tratamientos con intervenciones eficaces y breves, que reduzcan los índices de riesgo y sean un aporte para la detección temprana y tratamiento oportuno para prevención de discapacidad originada por los trastornos mentales (MINSAL, 2022).

Los hallazgos de esta investigación también apoyan la hipótesis de que los consultantes experimentarán un cambio clínicamente significativo al final del tratamiento. Los resultados indican que al final del tratamiento psicológico, hay cambio estadísticamente significativo en el *BAI*, *BDI-I* y en todas las dimensiones del *CORE-OM*. Así mismo, más del 69% de los consultantes lograron cambio clínicamente significativo en el *BAI*, *BDI-I* y todas las dimensiones *CORE-OM*, salvo la dimensión *Riesgo* con un 30.8%. Esto sugiere que la mayoría de los consultantes que participaron en este estudio se vieron beneficiados del tratamiento psicológico completo.

Con respecto a la hipótesis de que los consultantes que perciban un mayor ajuste de la conceptualización, tendrán un mayor cambio previo y posterior al proceso de conceptualización, los resultados proporcionan algo de evidencia que sugiere que la percepción de los consultantes acerca de que la conceptualización (1) les hace sentido o es coherente con el problema por el cual consultan, (2) les ayuda a comprender sus problemas,

(4.1) los lleva a sentirse más aliviados, les permite avanzar (5.2) a enfrentar sus problemas y (5.4) en comparación con su terapia anterior, tiene un impacto positivo en los resultados del tratamiento después del *PCEC*, es decir, hasta la sexta sesión aproximadamente. Es importante señalar que, los resultados a su vez muestran que el ítem del cuestionario *GA-PC* respecto a que la conceptualización conduciría (4.2) a sentirse más angustiados, tuvo un coeficiente de correlación positivo y significativo con el cambio de la dimensión *Riesgo*, lo cual sugiere que aquellos consultantes que reportaron una mayor percepción de sentirse angustiados a partir de la conceptualización presentaron un menor cambio después del *PCEC*, lo que se condice con lo planteado por Readhead et al., (2015) acerca de que el significado que el consultante tiene con respecto a su propia conceptualización puede influir en su reacción a la misma, por lo que es esencial poder llevarla a cabo de forma sensible y colaborativa, minimizando así posibles efectos negativos.

Por otra parte, la percepción de los consultantes acerca de que (2) la conceptualización les ayuda a comprender sus problemas, (2.1) el diagrama facilita su comprensión acerca del problema por el cual consultan, (3) la conceptualización facilita el sentirse más comprendidos y aceptados, (3.2) la disposición del terapeuta facilita el sentirse comprendidos y aceptados y (5.4) les permite avanzar en comparación con su terapia anterior, tuvo un mayor impacto en los resultados al final del tratamiento psicológico.

De esta manera, los hallazgos del presente estudio podrían sugerir que cuando el proceso conceptualización se realiza en colaboración con el consultante, beneficia los resultados del tratamiento a corto y largo plazo, lo cual es consistente con los resultados encontrados en la literatura científica previa acerca de esta área. Por ejemplo, estudios con respecto a la conceptualización de casos en la TCC han encontrado evidencia que sugiere que esta podría desempeñar un papel clave y específico para ayudarlos a progresar en relación con sus problemas y que las perspectivas de los consultantes sobre sus conceptualizaciones

puede impactar en los resultados del tratamiento (Readhead et al., 2015). Además que cuando el tratamiento se basa en la conceptualización de casos, se observan mayores beneficios de la TCC (Easden & Kazantzis, 2018; Persons & Hong 2016; Readhead et al., 2015) y que ayuda en la toma de decisiones durante el tratamiento mejorando sus resultados (Persons & Hong, 2016).

Limitaciones e investigación futura

Sin embargo, debido a que esta investigación se configura como un estudio de efectividad, pues se marcan un contexto naturalista en el que evaluamos a los consultantes respecto a sus propios procesos, todavía sigue sin estar claro si la conceptualización de casos puede posicionarse o no como una intervención clínica en sí misma, pues los resultados del presente estudio no logran establecer la causalidad de su rol en los resultados del tratamiento, pues podría haber otras variables adicionales que potencialmente expliquen los resultados de los participantes a lo largo de sus tratamientos. En este sentido, sería interesante desarrollar un estudio psicométrico del cuestionario *GA-PC*, con el propósito de medir sus variables y justificar aún más su validez. También sería pertinente el desarrollo de estudios que nos ayuden a entender la eficacia de la conceptualización de casos en los resultados del tratamiento, por ejemplo un RCT, con un tamaño muestral más grande y heterogéneo. Además, se hace relevante investigar los mecanismos subyacentes a la eficacia de la conceptualización de casos.

Implicaciones para la práctica

Durante el transcurso de esta investigación, una parte importante de los participantes adhirieron al tratamiento, pues a la sexta sesión un 79% de los participantes continuó en tratamiento, un 69.23% continuó en la novena sesión, bajando al 50% en la doceava sesión. Además, los índices de deserción antes del *PCEC* fue de un 19%, mientras que aquellos que optaron por desertar después del *PCEC* fueron sólo el 9.6%, de los cuales el 60% tuvo un

cambio clínicamente significativo antes de finalizar. Esto indica que la intervención es mayormente efectiva y genera adherencia, en contraste con la deserción temprana comúnmente observada pues la literatura indica que entre un 30% y 60% de los consultantes terminan de forma anticipada sus procesos terapéuticos, en un promedio aproximado de seis sesiones (Lambert, 2004).

El modelo de intervención de este estudio se puede comprender desde la perspectiva transdiagnóstica, que se centra en las dimensiones psicopatológicas que contribuyen a las problemáticas individuales de los consultantes, para la definición de objetivos priorizados en base a su relación funcional (Grill & Castañeiras, 2013). En este contexto, el proceso de conceptualización permite adaptar los tratamientos a las características y necesidades específicas de los consultantes, lo que podría explicar potencialmente su efectividad. De esta manera, el diseño naturalista de este estudio nos acerca a la implementación de tratamientos efectivos y personalizados en situaciones reales.

Teniendo en consideración que la prevalencia de los trastornos mentales continúa creciendo en Chile y el mundo (MINSAL, 2017), siendo, a su vez, la mayor causa de discapacidad a nivel mundial (OMS, 2022), y que representa una problemática que conlleva un elevado costo personal y social (Torres, 2018), es que los sistemas públicos de salud han reportado un aumento alarmante de la demanda por servicios de salud mental en los últimos años (Christon et al., 2015). En este escenario, es importante diseñar y evaluar los tratamientos que sean más beneficiosos en relación con su costo-efectividad, teniendo en consideración la posibilidad de acceso a la salud mental de las personas de nuestro país, lo cual es un desafío importante para la psicología clínica y psiquiatría (Mira et al., 2016). Por lo tanto, los hallazgos de la presente investigación se sumarán a la evidencia existente para el desarrollo, rediseño o mejoramiento de psicoterapias breves que sean efectivas y basadas en la evidencia científica, lo que es promovido por el Plan nacional de Salud Mental 2017–2025

(MINSAL, 2017), con políticas públicas para la financiación de salud mental, considerándolos indicadores de impacto relevantes para la sociedad y su costo-efectividad al momento de priorizar determinadas estrategias en la población, en el contexto del aumento de la demanda de servicios de salud mental en Chile y el mundo.

Referencias

- Aston, R., (2009). A literature review exploring the efficacy of case formulations in clinical practice. What are the themes and pertinent issues? *The Cognitive Behaviour Therapist*, 2(2), 63–74. <https://doi.org/10.1017/S1754470X09000178>
- Barkham, M., Mellor-Clark, J., Connell, J., & Cahill, J. (2006). A core approach to practice-based evidence: A brief history of the origins and applications of the CORE-OM and CORE System. *Counselling & Psychotherapy Research*, 6(1), 3–15. <https://doi.org/10.1080/14733140600581218>
- Beck, A. T., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Bergin, A. & Rogers, C. (1986). The process equation of psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 15, 27-45.
- Butler, A. J., Chapman, J. W., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17–31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>

Caballo, V., Guillén J., Salazar I. C., Irurtia M. J. (2011) Estilos y trastornos de personalidad:

Características psicométricas del “Cuestionario Exploratorio de Personalidad - III”

(CEPER III). *Behavioral Psychology*, 16(2), 277-302.

Caballo, V. E., Salazar, I. C. e Irurtia, M. J. (2011). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.

Christon, L. M., McLeod, B. D., & Jensen-Doss, A. (2015). Evidence-based assessment meets evidence-based treatment: An approach to science-informed case conceptualization. *Cognitive and behavioral practice*, 22(1), 36–48.

<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.12.004>

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (2^a ed). Lawrence Erlbaum Associates.

Cuijpers, P., Quero, S., Dowrick, C., & Arroll, B. (2019). Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. *Current Psychiatry Reports*, 21(12). <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1117-x>

Dattilio, F. M., & Hanna, M. A. (2012). Collaboration in cognitive-behavioral therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 68(2), 146–158. <https://doi.org/10.1002/jclp.21831>

Division of Clinical Psychology (2011). *Good Practice Guidelines on the use of psychological formulation*. British Psychological Society.

<https://doi.org/10.53841/bpsrep.2011.rep100>

Easden, M. H., & Fletcher, B. R., (2018): Therapist competence in case conceptualization and outcome in CBT for depression. *Psychotherapy Research*,

<https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1540895>

Easden, M. H., & Kazantzis, N. (2018). Case conceptualization research in cognitive behavior therapy: A state of the science review. *Journal of Clinical Psychology*, 74(3), 356–384. <https://doi.org/10.1002/jclp.22516>

Eells, T. D. (2007). *Handbook of psychotherapy case formulation*. (2ª ed.). The Guilford Press.

Errázuriz A., Gómez-Barris E., Immel, N., Ramírez, S., Pino, R. y De la Parra G. (June, 2021). Change and outcome in routine evaluation: international validations. *Society for Psychotherapy Research 52nd Annual International Meeting June 23-26*. Online.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., y Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>

Feixas, G., Evans, C. H., Trujillo, A. S., Gutiérrez, L. J. C., Botella, L., Corbella, S., González, E. R., López, A. B., Grau, E. G., & López-González, M. J. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure. *Revista De Psicoterapia*, 23(89), 109–135.

<https://doi.org/10.33898/rdp.v23i89.641>

- Grill, S., & Castañeiras, C. (2013). Principios clínicos de los abordajes transdiagnósticos para perturbaciones emocionales: El Protocolo Unificado. *Anuario de Proyectos e Informes de Becarios de Investigación*. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, 10, 896-902.
- Kuyken, W., Padesky, C. A., & Dudley, R. (2009). *Collaborative case conceptualization: Working effectively with clients in cognitive-behavioral therapy*. The Guilford Press.
- Lambert, M. (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. (5a ed.). John Wiley & Sons.
- McGuigan, F. (1983). *Psicología experimental*. Enfoque metodológico. México DF: Trillas, 3ª ed.
- McLeod, B. D., Jensen-Doss, A., & Ollendick, T. H. (Eds.). (2013). Case conceptualization, treatment planning, and outcome monitoring. In B. D. McLeod, A. Jensen-Doss, & T. H. Ollendick (Eds.), *Diagnostic and behavioral assessment in children and adolescents: A clinical guide* (pp. 77–100). The Guilford Press.
- Ministerio de Salud de Chile (2022). *Estrategia nacional de salud para los objetivos sanitarios al 2030*. <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/903>
- Ministerio de Salud de Chile (2017). *Encuesta Nacional de Salud 2016 - 2017 Primeros Resultados*. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf

Ministerio de Salud de Chile (2017). *Plan Nacional de Salud Mental 2017 - 2025*.

<http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/889>

Mira, A., Farfallini, L., Baños, R. M., Bretón-López, J., & Botella, C. (2016). Sonreír es Divertido, una intervención online para la prevención y el tratamiento de los trastornos emocionales. *Psicodebate*, 16(2), 51. <https://doi.org/10.18682/pd.v16i2.597>

Needleman, L. D. (1999). *Cognitive Case Conceptualization: A Guidebook for Practitioners*. Routledge.

Organización Mundial de la Salud: OMS (2022, 17 de junio). *La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos*.

<https://www.who.int/es/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>

Padesky, C. A. (2020). Collaborative Case Conceptualization: Client Knows Best. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(4). <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.06.003>

Persons, J. B. (2006). Case formulation-driven psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2), 167–170.

<https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1468-2850.2006.00019.x>

Persons, J. B. (2008). *The Case Formulation Approach to Cognitive-Behavior Therapy*. Guilford Press.

Persons, J. B., & Hong, J. J. (2016). Case formulation and the outcome of cognitive behavior therapy. *Case Formulation in Cognitive Behaviour Therapy* (2nd ed., pp. 14-37).

London: Routledge.

https://www.researchgate.net/publication/311681378_Case_formulation_and_the_outcome_of_cognitive_behavior_therapy

Redhead, S., Johnstone, L., & Nightingale, J. (2015). Clients' experiences of formulation in cognitive behaviour therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(4), 453–467. <https://doi.org/10.1111/papt.12054>

Rosenthal, R. (1991). *Metaanalytic procedures for social research* (2nd ed.). Newbury Park, CA: Sage.

Rubin, D. B. (2008). For objective causal inference, design trumps analysis. *The Annals of Applied Statistics*, 2(3), 808–840. <https://doi.org/10.1214/08-AOAS187>

Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica Y Salud*, 25(1), 39–48.

[https://doi.org/10.1016/s1130-5274\(14\)70025-8](https://doi.org/10.1016/s1130-5274(14)70025-8)

Sanz, J. y Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9(1), 59-84.

- Sanz J., Vera, García-Vera, M., y Fortún, M. (2012). El Inventario de ansiedad, de Beck (BAI): propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Psicología Conductual = Behavioral Psychology: Revista Internacional De Psicología Clínica Y De La Salud*, 20(3), 563–583.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4131901>
- Seekles, W., Cuijpers, P., Kok, R. N., Beekman, A. T., Van Marwijk, H., & Van Straten, A. (2013). Psychological treatment of anxiety in primary care: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 43(2), 351–361.
<https://doi.org/10.1017/s0033291712000670>
- Tolin, D. (2016). *Doing CBT: A comprehensive guide to working behaviors, thoughts, and emotions*. New York: The Guilford Press.
- Torres, Y. (2018). Costos asociados con la salud mental. *Revista Ciencias de la Salud*, 16(2), 182-187.
- Trujillo, A. S., Feixas, G., Bados, A., García-Grau, E., Salla, M., Medina, J. H., Montesano, A., Soriano, J. V., Medeiros-Ferreira, L., Cañete, J., Corbella, S., Grau, A., Lana, F. R., & Evans, C. H. (2016). Psychometric properties of the Spanish version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 1457. <https://doi.org/10.2147/ndt.s103079>
- Uanhoro, J. O. (2017). Effect size calculators. *Available online at:*
<https://effect-size-calculator.herokuapp.com/>.

Valdés, C., Morales-Reyes, I., Pérez, J. M., Medellín, A. M., Rojas, G., & Krause, M. (2017).

Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck IA para la población chilena. *Revista Médica De Chile*, 145(8), 1005–1012.

<https://doi.org/10.4067/s0034-98872017000801005>