



**UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**“EFECTIVIDAD DE LOS PROCESOS PSICOTERAPÉUTICOS
DESDE LA PERCEPCIÓN DE CONSULTANTES Y TERAPEUTAS EN
EL CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD
DE VALPARAÍSO”**

CLAUDIA CEPEDA SILVA

PRISCILA FILIPPI MORENO

CAROLA GRANDÓN CALQUÍN

CARLA LOBOS CIAFFARONI

Profesor Guía Javier Morán Kneer

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso

para optar al grado académico de Licenciado en Psicología

**Enero, 2016
Valparaíso, Chile**

A María Ester Silva, mi madre, por ser la gran mujer de mi vida, por ser mi guía y ejemplo a seguir. Tus valores y principios se han convertido en el fundamento de quien soy, las palabras no me alcanzan para agradecer tu fortaleza y espíritu luchador que me ha enseñado que la vida no es fácil pero tampoco imposible y que cada cosa con amor y dedicación puede lograrse de la mejor manera, te amo incondicionalmente.

A Abraham Cepeda, mi padre, el hombre que ha sido mi súper héroe, mi fiel compañero. Me has enseñado que ningún sueño es demasiado grande o imposible y que todo esfuerzo y sacrificio en la vida tiene su recompensa, gracias infinitas por ser la persona que eres y por haber sido parte de mi gran aventura, todo logra tener sentido cuando estas a mi lado.

A mi angel guardian, Paulina, gracias por cuidarme cada día de mi vida, por acompañarme donde quiera que vaya, sé que sin importar las fronteras que nos separan estamos unidas para siempre.

A mis hermanos Felipe y Valeria, gracias por todas las risas y momentos de confianza, con ustedes he aprendido que sin importar las diferencias la familia es incondicional, siempre estaremos unidos y fuertes para enfrentar cualquier desafío o adversidad.

A Giorgio, mi pareja, por darme su apoyo incondicional en cada momento de dificultad a lo largo de este proceso, por cada uno de esos detalles constantes que me hacen sentir la persona más amada de este mundo. Sin ti nada sería igual.

A Macarena, mi gran amiga, juntas hemos atravesado muchísimos procesos, etapas y desafíos, siempre apoyándonos mutuamente. Decir que agradezco tu compañía es poco, es más de lo que siempre esperé, tu amistad me da la fuerza necesaria para dar pasos firmes.

A mis profesores, de ustedes aprendí que el conocimiento es el punto de partida, pero la vocación es el motor con el que la profesión cobra vida y sentido, me siento agradecida y orgullosa de la formación profesional recibida.

A cada uno de ustedes, todo mi agradecimiento.

Claudia Cepeda Silva

A Luisa Moreno, mi madre, por su apoyo y amor incondicional que ha guiado mi vida desde el primer momento. Por construir conmigo cada momento de felicidad que me ha dado el valor y la alegría incluso en los momentos más adversos. Por cuidarme y protegerme siempre.

A Jorge Filippi, mi padre, quien con su ejemplo me ha enseñado que con esfuerzo y perseverancia todo es posible, que me ha entregado su amor y apoyo de forma constante y me entregó siempre la confianza necesaria para saber que podía alcanzar mis metas.

A Karla, mi hermana, por su amor, su acompañamiento, su paciencia y por su valentía para enfrentar la vida, por su historia que me llena de orgullo y me entrega el mejor ejemplo de superación y fortaleza.

A María José, mi hermana, por su confianza y amor incondicional que me entregó la energía y la motivación para seguir adelante en este proceso y jamás rendirme.

A Roberto Chiang, mi maestro en la vida profesional por compartirme los más grandes aprendizajes de esta profesión desde la autenticidad y el compromiso, por guiarme y entregarme la confianza que necesitaba y por mostrarme la importancia de confiar en uno mismo y el trabajo que realizamos.

A mis amigas, por estar conmigo y entregarme siempre las palabras justas y necesarias en los momentos que lo necesite, por compartir momentos de alegría y reír junto a mí, por confiar en mí como amiga y profesional.

Finalmente, agradezco a la vida por darme la fortuna de estar rodeada de tanto amor, por haber tenido la oportunidad de vivir experiencias y compartir con personas maravillosas que han dejado una huella en mí y me permiten ser quien soy hoy en día.

Priscila Filippi Moreno

*A Miriam Calquín Torrejón, mi madre, porque tú convicción de lucha rompe barreras,
porque gracias a ello estás aquí, ahora, leyendo este agradecimiento
y siendo en mí, el mayor referente de perseverancia y fortaleza.
Gracias por estar, gracias por vivir.*

*A Luis Grandón Garrido, mi padre, por el apoyo y el respaldo de siempre, por tú
incondicionalidad, por regalarme lo mejor de ti, por ser quien eres.
Gracias por tanto.*

*Ustedes son el origen de todos los hermosos proyectos concretados,
incluyendo este y los que vendrán.*

Carola Grandón Calquín

A mi madre, por amarme incondicionalmente, por apoyarme y cuidarme en cada momento de mi vida, por impulsarme a ser perseverante y fuerte en cada dificultad que se ha presentado, por incentivar me a estudiar algo que me apasionara, intentando ser mejor cada día, eres la mujer más fuerte que conozco, gracias por todo.

A mi hermana Andrea, por acompañarme en cada paso que doy, por impulsarme a dar pasos nuevos y pensar más allá, por ayudarme a dejar inseguridades, gracias por compartir la infancia juntas y cada momento especial de nuestras vidas y gracias por brindarme siempre un espacio donde pude refugiarme tantas veces.

A mi madre, por todo el esfuerzo que has dado por nuestra familia, por estar presente en nuestras vidas aun de lejos, por el amor que nos das y por cada uno de los consejos que han intentado guiarme en los pasos que doy.

A mí nonna, por ser la mejor abuela, aquella que me regaloneo en cada momento con los más ricos platos de comida y las mejores bufandas de lana, por vibrar con cada uno de mis logros y acompañarme siempre.

A mis familiares, por estar siempre presente y alegrarse de cada cosa buena que me ha sucedido.

A mis amigos, por llenar mi vida de risas, confidencias, aprendizajes e historias que me acompañaran siempre, por sus inagotables palabras de aliento, por cada té y cigarro compartido y cada sueño de joven, nunca abandonemos las ganas de cambiar el mundo, aunque sea con una sonrisa.

A mis Profesores, por transmitirme su sabiduría, por enseñarme que la vocación y el querer ayudar a otros es el motor más importante de la profesión.

Finalmente a todas aquellas personas que transitaron y transitan por mi vida, por cada palabra, gesto y vivencia compartida, cada momento vivido hasta ahora me ha llevado a ser lo que soy, gracias de corazón.

Carla Lobos Ciaffaroni

A nuestro profesor guía Javier Morán, por habernos acompañado o a lo largo de este proceso, sus conocimientos en investigación nos ayudaron a darle forma a cada una de nuestras ideas, gracias por sus consejos y apoyo constante.

A profesores y voluntarios por su colaboración en la construcción de nuestro instrumento de investigación, su ayuda fue de vital importancia para alcanzar nuestra meta.

A todas aquellas personas que participaron voluntariamente en este estudio de investigación aportando valiosa información. Agradecemos la gran disposición que tuvieron para contestar cada una de las preguntas, sin ustedes este trabajo no habría sido posible de realizar.

Carla, Carola, Priscila y Claudia

ÍNDICE

RESUMEN	11
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.1. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	17
1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	18
1.2.1. Objetivo general:	18
1.2.2. Objetivos específicos:	18
1.3. HIPOTESIS DE LA INVESTIGACION.....	19
2. MARCO TEÓRICO	20
2.1. Investigación de efectividad en psicoterapia: historia, autores y conceptos.....	20
2.2. Efectividad centrada en la percepción del consultante	23
2.2.1. Distinción eficacia, efectividad y eficiencia	23
2.2.2. Ética en el estudio de efectividad.....	24
2.2.3. Desde la percepción de los Consultantes	26
2.3. Teorías de Cambio en Psicoterapia.....	27
2.3.1. Psicoterapia y Cambio: Historia y evolución.....	27
2.3.2. Modelos Teóricos sobre el Cambio en Psicoterapia	29
2.3.3. ¿Qué es lo que cambia?.....	33
2.4. Factores de cambio comunes y relación terapéutica.....	36
3. MARCO METODOLÓGICO	40
3.1. Diseño de la Investigación.....	40
3.2. Criterios y procedimientos de selección de muestra.....	40
3.2.1. Muestra.....	40
3.3. Procedimientos de selección	41
3.4. Estrategias de recolección de datos.....	41

3.5. Instrumentos de recolección	42
3.6. Procedimientos éticos	45
3.7. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos.....	46
4. RESULTADOS	47
4.1. Análisis descriptivo de variables sociodemográficas del consultante	47
4.1.1. Caracterización de los consultantes adultos del Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso.....	47
4.1.2. Análisis descriptivo de variables Clínicas.....	48
4.2. Análisis descriptivo de variables sociodemográficas del terapeuta.....	50
4.2.1. Caracterización del terapeuta del Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso	50
4.3. Análisis descriptivo sobre la percepción de los consultantes	52
4.3.1. Identificación y comparación del nivel de efectividad percibida por consultantes y terapeutas.....	52
4.3.2. Identificación de áreas con mayor y menor percepción de efectividad según los consultantes	52
4.3.3. Identificación de diferencias en la percepción de efectividad según sexo y edad de los consultantes.....	54
4.3.4. Identificación de las diferencias en la percepción de efectividad entre población de consultantes clínica y subclínica.	55
4.4. Análisis descriptivo de la comparación de la percepción del terapeuta respecto de la percepción del consultante.	56
4.4.1. Identificación de las diferencias en la percepción de efectividad en áreas entre consultantes y terapeutas.....	56
4.4.2. Identificación de la concordancia entre consultante y terapeuta respecto de por qué es efectiva la terapia.	57

4.4.3. Identificación de la correspondencia en el motivo de la efectividad entre consultantes y terapeutas.....	58
5. DISCUSIÓN.....	60
6. CONCLUSIÓN	66
7. REFERENCIAS	71
8. ANEXOS	78
ANEXO 1. Cuestionario de resultados OQ-45.2.....	79
ANEXO 2. Cuestionario percepción de efectividad en psicoterapia desde la perspectiva del consultante	81
ANEXO 3. Cuestionario percepción de efectividad en psicoterapia desde la perspectiva del terapeuta.....	86
ANEXO 4. Consentimiento informado para usuarios participantes.....	91
ANEXO 5. Ficha de consentimiento informado para participantes	93
ANEXO 6. Consentimiento informado para terapeutas participantes	95
ANEXO 7. Ficha de consentimiento informado para participantes	97
ANEXO 8. Protocolo de aplicación para el cuestionario del consultante	99

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de los consultantes según sexo.	47
Gráfico 2. Distribución de los consultantes según rango etario.	48
Gráfico 3. Distribución de los consultantes según gravedad autorreportada.	49
Gráfico 4. Distribución de los consultantes según resultados del OQ.45.2 de ingreso.	50
Gráfico 5. Distribución de los terapeutas de acuerdo al sexo.....	51
Gráfico 6. Distribución de los terapeutas según rango etario.....	51

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Frecuencia y porcentajes de la percepción de los consultantes con respecto a las dimensiones de bienestar general, síntomas, relaciones interpersonales, auto concepto y ocupación.	53
Tabla 2. Comparación de medias de efectividad percibida por el consultante según rango etario.....	54
Tabla 3. Comparación de medias de efectividad percibida por el consultante según sexo..	55
Tabla 4. Comparación de la percepción de efectividad de consultantes entre población clínica y subclínica según área.	56
Tabla 5. Comparación de medias en la efectividad percibida en áreas entre consultantes y terapeutas.....	57
Tabla 6. Frecuencias y porcentajes del motivo de efectividad de la terapia en áreas según consultantes y terapeutas.....	58
Tabla 7. Frecuencia y porcentajes de los acuerdos entre consultantes y terapeutas respecto al motivo de efectividad.	59
Tabla 8. Frecuencia y porcentaje de acuerdos según área de efectividad.	59

RESUMEN

En esta investigación se tiene por objetivo describir la percepción que tanto consultantes como terapeutas del Centro de Atención Psicológica de Universidad de Valparaíso (CAPSI) realizan del proceso psicoterapéutico del cual han sido parte. El estudio es de carácter cuantitativo, con una metodología naturalista en psicoterapia, exploratorio y transversal. Los participantes fueron 35 diadas de terapeutas y sus respectivos consultantes adultos del CAPSI, cuya atención estuvo a cargo de un único terapeuta con modalidad de terapia individual y un mínimo de 10 sesiones realizadas. Los instrumentos utilizados fueron la versión adaptada para Chile del *Outcome Questionnaire (OQ-45.2)* de De la Parra y Von Bergen (2002) cuya escala de evaluación global da cuenta de la severidad de la muestra participante. Además de este instrumento, se utilizó el “Cuestionario de percepción de efectividad del proceso psicoterapéutico”, elaborado por el equipo a cargo de esta investigación y la ficha clínica de ingreso del CAPSI. Los principales hallazgos que arrojó este estudio reportan que no existe una diferencia estadísticamente significativa en la percepción de efectividad entre consultantes y terapeutas. La efectividad percibida refiere al alto nivel de satisfacción con el servicio que actualmente brinda el CAPSI de la Universidad de Valparaíso, cuya característica distintiva es la gran cantidad de terapeutas en formación que cursan el último año de la carrera de Psicología y realizan allí el primer acercamiento práctico-profesional a la psicoterapia. Este y otros resultados de esta investigación son discutidos considerando la investigación actual en esta materia. La investigación cumplió un propósito fundamental de comunicación entre investigación y práctica clínica, promoviendo el interés de los terapeutas en los resultados de una investigación que aporta al conocimiento local. Finalmente, dentro de las proyecciones de este estudio se puede mencionar su replicación con población infanto juvenil con los ajustes pertinentes para su adecuada evaluación. Además, se recomienda realizar este estudio con un acercamiento metodológico cualitativo y un estudio con la inclusión de más consultantes cuyos procesos psicoterapéuticos no solo hayan sido con modalidad de terapia individual, para así obtener resultados mucho más representativos de la efectividad en psicoterapia en el CAPSI.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Investigación en psicoterapia

Tanto en la investigación como en el ejercicio de la práctica de la psicología, la evaluación de resultados terapéuticos ha pasado a ser un tema central de estudio y su importancia radica en que sus conclusiones permiten tanto un avance en la comprensión del cambio psicológico, como una optimización de la práctica clínica (Santibáñez, 2001, en Santibáñez, Román y Vinet, 2009). En la misma línea, Echeburúa y Corral (2001) señalan que la evaluación de la efectividad de la intervención psicoterapéutica es un tema de relevancia social, considerando que es necesario delimitar los componentes de las intervenciones apoyadas en la evidencia, con el propósito de ajustar el desarrollo de la psicología al progreso científico, y con ello responder a las características cada vez más complejas de la sociedad, ajustándose a las necesidades propias de la población.

Sin embargo, bajo la óptica del presente estudio, además de enfatizar la importancia respecto a la validación científica de la disciplina, los avances en la comprensión del cambio psicológico y la optimización de la psicología aplicada, la motivación principal de la siguiente investigación -al pretender aproximarse al estudio de la efectividad del proceso psicoterapéutico- se fundamentará en el compromiso ético.

Corbella y Botella (2004) enfatizan el compromiso ético de los psicoterapeutas con la optimización de sus servicios y la mejora de la salud mental de sus pacientes, donde es preciso disponer de evidencias contrastadas sobre los efectos terapéuticos de los tratamientos psicológicos. De la Parra, Von Bergen y Del Río (2002) refieren que en psicoterapia se somete a los pacientes a diferentes procedimientos psicológicos, que si bien, están avalados por sus respectivas teorías, no siempre lo están por pruebas empíricas que demuestren su efectividad. En ese sentido los autores establecen que investigar en psicoterapia representa un imperativo ético que debe responder a la interrogante: ¿es realmente eficaz lo que estamos proponiendo en el momento que hacemos la indicación de psicoterapia?"

El presente estudio surge del interés de contribuir a la optimización de la práctica clínica y el compromiso ético con los usuarios en psicoterapia. La investigación pretende aportar a la discusión de la efectividad de la psicoterapia en dos niveles: A nivel de una problemática general, de falta de evaluaciones de efectividad por parte del paciente en los procesos psicoterapéuticos (Echeburúa y Corral, 2001) y a nivel local o particular, respecto a la ausencia de investigaciones que evalúen la efectividad de los procesos psicoterapéuticos realizados en el CAPSI, particularmente desde la perspectiva del usuario.

Investigar para evaluar la efectividad del proceso psicoterapéutico, contribuye directamente a la práctica clínica en psicología, aportando al déficit del escenario actual en investigación, sin embargo, Sales (2009) refiere que, infortunadamente poca investigación se ha dedicado a responder preguntas útiles para los terapeutas, es por ello la urgente necesidad de restablecer el puente entre éstos y los investigadores. Es preciso crear condiciones para que la práctica clínica guíe la investigación, donde el flujo de información e influencia sea bidireccional. Esto implica nuevos formatos de investigación en los cuales los terapeutas tengan mayor participación, a la vez que los investigadores se orienten hacia el diálogo permanente con la realidad que estudian.

Si bien existen numerosas revistas científicas que publican resultados de investigación en el ámbito clínico y psicoterapéutico, estos resultados son poco leídos por los clínicos (Gunderson & Gabbard, 1999; Jiménez, 2007; Morrow-Bradley & Elliott, 1986, en Krause 2011). Krause (2011) propone que de nada sirve la investigación si no es capaz de nutrir la práctica clínica en forma sistemática. Es por ello que esta investigación, se desarrollará en el contexto del quehacer local de los terapeutas, siendo los resultados, aportativos a su práctica.

Sales (2009) enfatiza también la necesidad de desarrollar métodos de evaluación de psicoterapia en contextos reales. Propone la relevancia de desarrollar metodologías alternativas o complementarias a los ensayos clínicos, siendo el desafío investigar sobre efectividad mediante diseños no-experimentales, es decir, estudios naturalistas. El contexto

de investigación naturalista se caracteriza en corresponder a la situación natural o real de tratamiento, donde no existe un control de variables. Coolican (1994) propone que a fin de captar la vida tal como es y estudiar a los participantes en su desempeño normal, es necesario llevar a cabo la investigación en entornos naturalistas.

Según Valdés (2014) la realización de estudios de procesos terapéuticos que son diseñados e implementados rigurosamente en contextos clínicos naturalistas, es una estrategia que ha permitido reduciendo cada vez más el abismo que suele separar a investigadores y clínicos a través del trabajo colaborativo. En primer lugar porque los investigadores generan evidencia empírica a partir de preguntas clínicamente significativas de los propios clínicos y en segundo lugar porque también se propicia la participación de estos últimos a lo largo de las distintas etapas relacionadas con la planificación e implementación de las investigaciones. De esta manera la investigación en contextos clínicos naturalistas aprovechan la experiencia y experticia de cada una de las partes involucradas, la cual es definitivamente complementaria.

Los desafíos en investigación clínica mencionados, se vuelven aún más relevantes, si consideramos la alta cantidad de problemáticas psicosociales y por ende, mayor demanda de los servicios de atención psicológica. Actualmente en Chile las tasas de prevalencia de trastornos mentales son altas en comparación con otros países (Scharager y Aguayo, 2007), sin embargo, los planes de salud mental implementados en la última década todavía no han logrado bajar las tasas de enfermedad mental (Valdés y Errázuriz, 2012). Estudios realizados por consultantes en APS informan que es posible encontrar trastornos emocionales hasta en un 50% de las personas que se atienden en el nivel primario de salud (Scharager y Aguayo, 2007).

El escenario actual en salud mental nacional, sugiere la relevancia de optimizar la calidad formativa de los centros universitarios con los estudiantes de psicología, nos invita a reflexionar sobre la importancia del desarrollo investigativo en psicología clínica y en consecuencia, la optimización de los servicios psicoterapéuticos que en la actualidad ofrecen diversas instituciones.

Desde el año 2006 a la actualidad, la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso ha contado con un Centro de Atención Psicológica (CAPSI) dirigido a la comunidad. En el CAPSI los procesos psicoterapéuticos están a cargo principalmente de los estudiantes de quinto y último año de la carrera, quienes realizan allí sus prácticas de perfeccionamiento de pregrado con la supervisión de docentes. Además de estudiantes también encabezan procesos psicoterapéuticos profesionales ya titulados.

En el sentido de la interrogante que presentan De la Parra, Von Bergen y Del Río (2002) respecto a ¿es realmente eficaz lo que estamos proponiendo en el momento que hacemos la indicación de psicoterapia?, la presente investigación se propone ser el primer acercamiento empírico que reconozca los efectos de los procesos psicoterapéuticos del CAPSI en sus usuarios, centrando la atención, fundamentalmente, en la evaluación que realizan los propios consultantes.

Autores como Echeburúa y Corral (2001) reportan una falta de evaluaciones de efectividad por parte del paciente en los procesos psicoterapéuticos, escenario que conflictúa la retroalimentación de los procesos terapéuticos si consideramos que autores como Marmar (1990) en Krause (2006) proponen que la percepción humana es el mejor instrumento de recolección de los patrones y episodios del proceso terapéutico. En palabras de Winkler (1993), desde la visión de los pacientes se puede obtener un mayor cúmulo de información sobre cómo es vivido y representado el cambio psicológico, por lo tanto, en el contexto psicoterapéutico el usuario es el mejor indicador de la efectividad del trabajo que se realiza.

Pese a la gran acumulación de investigación y conocimiento en psicoterapia, García y Fantin (2010) plantean que en las investigaciones realizadas con diversas orientaciones respecto a efectividad, queda mucho más clara la perspectiva que tienen los psicólogos sobre su propia práctica, en comparación a la evaluación que realizan los propios usuarios del proceso terapéutico.

Desde la perspectiva del presente estudio el escenario anterior, ignora la valiosa cantidad de información que puede aportar el usuario respecto los efectos de su proceso de psicoterapia,

situación que al naturalizarse obstaculiza la posibilidad de orientar los procesos psicoterapéuticos a las verdaderas necesidades del consultante.

Es por lo anterior que la investigación pretende referirse a la histórica deuda de los clínicos con el usuario, donde se ha privilegiado la percepción de los terapeutas por sobre la de los consultantes respecto a las características y alcances del proceso psicoterapéutico. En este sentido el estudio pretende conciliar la perspectiva de terapeutas y consultantes, a través de la elaboración y aplicación de un cuestionario que evalúe las características y efectos del proceso psicoterapéutico, tanto para terapeuta como consultante.

El presente estudio evaluará la efectividad de los tratamientos encabezados por terapeutas practicantes y terapeutas voluntarios ya titulados, sin embargo, cabe destacar que en el CAPSI, la mayor cantidad de atenciones la brindan estudiantes de último año de formación de la escuela de Psicología, quienes están realizando en dicho espacio su primer acercamiento práctico a la disciplina.

Autores como Santibáñez (2009) en Santibáñez, Román y Vinet (2009) señalan que la comparación de resultados obtenidos por terapeutas profesionales y terapeutas en formación no ha arrojado diferencias en cuanto a la efectividad terapéutica de sus procesos terapéuticos, en base a esto, Winkler, Avendaño, Krause y Soto (1993) proponen que algunos factores inespecíficos, tales como compromiso y comprensión, son independientes de la formación y la experiencia profesional.

Santibáñez (2009) en Santibáñez, Román y Vinet (2009) establecen que un estudio de efectividad de la psicoterapia realizado en Chile arrojó que los psicoterapeutas en formación son capaces de establecer un vínculo inicial que estimula al consultante a mantenerse en atención psicológica y además son capaces de mantener la motivación de un paciente para sostener un proceso de psicoterapia que muchas veces tiene una larga duración.

Por su parte, De la Parra (2005) plantea que la mayoría de los proyectos exitosos en entrenamiento terapéutico incluyen supervisión individual en un formato estructurado, y en él se examinan y discuten los tratamientos que realizan los terapeutas noveles, revisando y corrigiendo la relación terapéutica problemática. La práctica en psicoterapia de la Universidad de Valparaíso considera esta instancia de supervisión académica en el desarrollo de la psicoterapia como un requisito necesario para la formación profesional del psicólogo clínico.

La investigación establece que la experiencia entre terapeutas en formación y profesionales no se manifiesta en diferencias a nivel de efectividad del proceso psicoterapéutico, es por ello que el presente estudio evaluará la efectividad sin discriminar entre la experiencia del terapeuta.

En consideración de los puntos mencionados anteriormente, es posible establecer que la siguiente investigación prioriza el interés por el compromiso ético para con el usuario al aproximarse a la evaluación de efectividad del proceso psicoterapéutico. La investigación también se propone responder a una interrogante de relevancia y utilidad práctica para los terapeutas, permitiendo el flujo de diálogo bidireccional entre investigadores y clínicos. La efectividad se evaluará en el contexto natural de los procesos terapéuticos, sin la intervención de variables por parte de los investigadores. El estudio representará el primer acercamiento empírico al CAPSI, particularmente respecto a los efectos de su servicio, enfatizando al usuario como mejor indicador de efectividad del proceso psicoterapéutico, y en consecuencia, conciliando la perspectiva de terapeutas y usuarios.

1.1. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Cuál es la evaluación del consultante adulto respecto a la efectividad de su proceso psicoterapéutico en el CAPSI
2. ¿Influye la relación terapéutica en la evaluación de efectividad que realiza el consultante respecto a su proceso terapéutico?

3. ¿Qué áreas de cambio se ven más favorecidas en el consultante del CAPSI posterior a su proceso terapéutico?
4. ¿Existen diferencias entre la percepción del terapeuta y el consultante respecto a las características y resultados del proceso psicoterapéutico.

1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. Objetivo general:

Identificar y comparar el nivel de efectividad percibida por consultantes y terapeutas respecto a los procesos psicoterapéuticos realizados en el CAPSI.

1.2.2. Objetivos específicos:

- Identificar la percepción de efectividad, a nivel del bienestar general y en las áreas sintomatológica, interpersonal, autoconcepto y de ocupación, que realizan consultantes sobre el proceso psicoterapéutico realizado en el CAPSI.
- Identificar si existen diferencias en la percepción de efectividad del proceso psicoterapéutico entre población clínica y subclínica de consultantes.
- Identificar la percepción de relación terapéutica que realizan consultantes sobre el proceso psicoterapéutico realizado en el CAPSI.
- Identificar si existen diferencias en la percepción de efectividad entre consultantes y terapeutas a nivel de bienestar general y áreas sintomatológica, interpersonal, de autoconcepto y ocupación.
- Identificar si existen diferencias en la percepción de la relación terapéutica que realizan consultantes y terapeutas.

- Determinar la concordancia en el motivo de la efectividad terapéutica entre consultantes y terapeutas.

1.3. HIPOTESIS DE LA INVESTIGACION

Hipótesis 1: Existirá acuerdo entre consultantes y terapeutas respecto al motivo de la efectividad del proceso psicoterapéutico.

Hipótesis 2: No se encontrarán diferencias en la percepción de la relación terapéutica que realizan consultantes y terapeutas.

Hipótesis 3: No se encontrarán diferencias entre la percepción de efectividad de consultantes y terapeutas respecto al nivel de bienestar general y áreas sintomatológica, interpersonal, de autoconcepto y ocupación.

Hipótesis 4: Los consultantes percibirán una relación terapéutica positiva con sus respectivos terapeutas.

Hipótesis 5: Tanto consultantes como terapeutas percibirán muy efectivo el proceso psicoterapéutico, no existiendo diferencias entre ambos grupos.

Hipótesis 6: Los consultantes percibirán efectivo el proceso psicoterapéutico en la mejoría de los niveles sintomatológico, interpersonal, ocupación y de bienestar general, y muy efectivo en el nivel autoconcepto.

Hipótesis 7: La población subclínica percibirá una mayor efectividad que la población clínica en el proceso psicoterapéutico.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Investigación de efectividad en psicoterapia: historia, autores y conceptos

Si bien es cierto, la pregunta sobre los efectos que tiene en el paciente el tratamiento proporcionado por el terapeuta surgió a la vez que la psicoterapia (Corbella, 2004), existe un acuerdo bibliográfico generalizado en situar el comienzo de la investigación sistemática respecto a la efectividad de la psicoterapia en respuesta a la controversial publicación que realiza Eysenck en el año 1952, la que afirmaba que entre el grupo de pacientes sometidos a psicoterapia y el grupo de control no había diferencias estadísticamente significativas (Llobell, Frías, Monterde, 2004), y que por lo tanto, los índices de mejoría de la terapia eran inferiores a los de la no terapia, por lo que su aplicación no era recomendada (Eysenck, 1952). Desde entonces hasta 1980 los esfuerzos de los investigadores en el área psicoterapéutica se centraron en demostrar la efectividad de la psicoterapia por sobre la ausencia de ésta y en el intento por determinar qué enfoque o técnica terapéutica producía los mejores resultados (Winkler, Cáceres, Fernández, Sanhueza, 1989).

Posterior a la difusión del trabajo de Eysenck y en respuesta a ello, estudios como los de Meltzoff y Korneich (1970), Luborsky, Singer y Luborsky (1975) demostraron que un alto porcentaje de las personas que recibían asistencia psicoterapéutica experimentaba una mejora significativa (Corbella, 2004). Uno de los trabajos básicos en el terreno de la eficacia de la psicoterapia fue el metaanálisis de Smith, Glass y Miller (1980), que demostró que las personas que reciben terapia mejoran más que el 80% de las personas no tratadas, mientras que las investigaciones posteriores fueron dando consistencia a los estudios que afirman la eficacia de la psicoterapia (Corbella, 2004), por lo tanto. En palabras de Stiles (1986), se demuestra que las intervenciones psicoterapéuticas son más efectivas que la ausencia de ellas.

Una vez resuelta la interrogante esencial de la eficacia de la psicoterapia, se inició una carrera para demostrar qué tipo de tratamiento era el más eficaz (Corbella, 2004). A partir de los años setenta las investigaciones se dirigieron a intentar comprobar empíricamente hasta qué punto las diferentes psicoterapias eran equivalentes o cuál de ellas suponía un

mejor tratamiento (Botella, et al. 1980 en Corbella, 2004). Sin embargo, los resultados condujeron a la idea de la "paradoja de la equivalencia" (Meyer, 1990), la que Winkler (1993) define como el hecho que empíricamente la ayuda profesional tiene un tipo de efecto "homogéneo", que en consecuencia, se refleja en que todos los tipos de psicoterapia son igualmente efectivas. En este sentido, las variables específicas o técnicas de cada enfoque teórico no permitieron una comprensión del cambio terapéutico en función de ellas, por lo que fue necesario orientar la investigación en psicoterapia hacia variables del proceso terapéutico que no involucraran los aspectos técnicos de cada enfoque teórico.

En ésta línea, Fantín y García (2010) hacen referencia a que Rogers (1957) ya anticipaba que el éxito de la psicoterapia -con independencia de la orientación teórica del terapeuta-, obedecía a la presencia de algunas condiciones que denominó necesarias y suficientes, tales como el aprecio positivo incondicional, la congruencia y la comprensión empática. La Crosse (1980) consideraba que variables de influencia social como la visión por parte del cliente hacia su terapeuta como sujeto experto, creíble y confiable, estarían relacionadas con la mejoría del paciente. Por su parte Jerome Frank (1982) anticipaba que una relación de confianza y fe en que el tratamiento fuera beneficioso, eran características importantes para el éxito de la psicoterapia. Garfield (1981) plantea que el cambio terapéutico se relaciona con aspectos del paciente, del terapeuta, y de la relación que se establece entre ambos. Ideas como ésta se plasmaron en el desarrollo de una nueva línea de investigación en psicoterapia: la investigación de las variables inespecíficas del tratamiento (Winkler, et al. 1989), o, como se le denominó posteriormente, factores comunes (Asay & Lambert, 1999., citado en Krause, 2011).

Según Krause (2006), el estado del conocimiento sobre los factores inespecíficos –o comunes- permite afirmar que éstas son condiciones generales a la terapia, con independencia de las técnicas y teorías que se encuentran a la base, tales como la estructura de la situación terapéutica, la función del terapeuta, la forma de la interacción y la forma en que se organizan y concilian los contenidos terapéuticos. Según los estudios de meta-análisis de Lambert y Anderson (1996) el éxito a nivel de mejoría del paciente, estaba relacionada a variables del cliente, las que explican hasta un 40% de la mejoría experimentada en psicoterapia, a su vez, la relación terapéutica y las variables contextuales

explicarían otro 30% de la varianza de los resultados, mientras tanto las expectativas que se generan en torno al tratamiento explicarían un 15% de la varianza, valor semejante al que se le atribuye a las técnicas utilizadas.

La reflexión respecto a la investigación acumulada, llevó a Lebow (1997, en Hubble et. al., 1999) a observar que “la psicoterapia está entre las intervenciones en salud más sometidas a pruebas y validaciones empíricas” (Arratia, 2007 p. 85), estando en la actualidad, claros sus beneficios y reconociendo con evidencia científica qué es lo que funciona en terapia (Roth y Fonagy, 2005 en Arratia, 2007).

Según (Botella et al., 2000 en Corbella, 2004) en la actualidad existe una gran cantidad de evidencia de que todos los modelos teóricos han demostrado empíricamente efectividad en cuanto a su contribución al cambio terapéutico, con independencia de las pretensiones de exclusividad. Según estos autores, los intentos de establecer listas de tratamientos empíricamente validados, son completamente desafortunados, puesto que ignoran la gran cantidad de datos de investigación, que, hasta la fecha, indican que las variables relevantes a la hora de referirnos a cambio terapéutico, corresponden fundamentalmente al cliente y a la relación con el terapeuta, y sólo un 15% se debe a las técnicas utilizadas en el tratamiento en sí. Es por ello, que en la actualidad diversos autores, entre ellos Corbella y Botella (2003) estiman que la psicoterapia resulta inconcebible sin el establecimiento de una óptima relación interpersonal entre cliente y terapeuta, y que la calidad emocional y relacional del vínculo entre ambos resulta un aspecto determinante de la eficacia de la terapia (Llobell, Frías, Monterde, 2004).

Autores como Llobell, Frías, Monterde (2004) plantean que la preocupación por fundamentar la práctica profesional sobre la evidencia empírica no es nueva y comenzó hace siglos, sólo que la aparición de nuevos instrumentos analíticos como el meta-análisis, posibilitaron la integración de las diversas investigaciones empíricas en distintos ámbitos de publicación. García (2008) propone que la investigación sistemática en la validación de psicoterapias es reciente en términos de la psicología como disciplina, lo que se ha debido a la aparición de instituciones que conformen comunidades de científicos dedicados a la investigación, afianzando la validación de las psicoterapias a partir de la investigación de sus resultados unidades académicas y su uso en los sistemas de salud del mundo.

Corbella y Botella (2003) proponen que el reconocimiento de la importancia de la interacción entre variables de terapeuta y consultante, han generado un gran impulso de los estudios del proceso de la intervención psicoterapéutica. En la misma línea Etchevers, Gonzáles, Sacchetta, Lacoconi, Muzzio & Miceli (2010) reconocen que el énfasis actual de múltiples trabajos investigativos está en la influencia de los factores interpersonales sobre los tratamientos psicoterapéuticos, incrementándose en los últimos años, en gran nivel, la investigación de la alianza terapéutica.

En necesario también considerar, como propone Sales (2009), que los contextos sociales, políticos y económicos influyen cada vez más en la práctica y en la investigación de la psicoterapia, generando paulatinamente, que las decisiones de planes de salud públicos y privados, en materia de estrategias de intervención en salud mental, se basen en evidencias de investigación de tipo coste-beneficio, siendo fundamental, los resultados empíricos a nivel de investigación de resultados en psicoterapia.

2.2. Efectividad centrada en la percepción del consultante

2.2.1. Distinción eficacia, efectividad y eficiencia

Para efectos de la presente investigación, es preciso delimitar un concepto clave, que guiará de aquí en adelante, el interés investigativo de los resultados del proceso psicoterapéutico. Para esto, es necesario distinguir entre los conceptos de efectividad, eficacia y eficiencia.

La distinción entre eficacia y efectividad del tratamiento fue especialmente popularizada por el trabajo de Seligman (1995) en el estudio publicado en Consumer Report, en el que se aludía indirectamente a los conceptos metodológicos de validez interna y validez externa respectivamente. Últimamente han sido publicadas una gran cantidad de guías de tratamientos eficaces en psicología, estas publicaciones son de diversa calidad y reflejan posiciones teóricas muy diferentes. Para muchos, el interés fundamental de estas guías reside en que permiten que tanto los clientes como los profesionales estén bien informados sobre la eficacia de cada tratamiento (Ferro & Vives, 2004).

Según Castro (2001) la psicoterapia es un programa de intervención que implementa un conjunto de acciones terapéuticas de las que se esperan ciertos resultados que indiquen cuánto nos acercamos a las metas planteadas. En base a ello se podrá hablar de *eficacia* cuando se produzca el cumplimiento de los objetivos propuestos. La *efectividad*, por su parte, implica un beneficio para el paciente o grupo, sin necesidad del cumplimiento pleno de los objetivos, mientras la *eficiencia* se referirá a reconocer si los resultados obtenidos se obtuvieron por los recursos empleados para conseguirlo. Todos los conceptos se mueven en el marco de la toma de decisiones y en los cambios que potencialmente se pueden producir a nivel de la implementación del programa con los resultados obtenidos.

La efectividad de una intervención tiene que ver con el grado de satisfacción del cliente o paciente con la misma. Como mantiene Pérez (1998), la efectividad apunta hacia el éxito social y la satisfacción del cliente. Para efectos de ésta investigación, la evaluación de los resultados de los procesos psicoterapéuticos, será a través del concepto efectividad, puesto que el interés de la evaluación está enfocado en los beneficios del tratamiento psicoterapéutico –en una o varias dimensiones- de la vida cotidiana del consultante, por sobre el cumplimiento de la totalidad de los objetivos propuestos al inicio del proceso, es decir, el foco de este estudio prioriza el beneficio del tratamiento desde la perspectiva del usuario.

2.2.2. Ética en el estudio de efectividad

De la Parra (2001), manifiesta que los pacientes son sometidos a diferentes procedimientos psicológicos, que si bien, están avalados por una técnica y una teoría de la técnica, no siempre lo están por pruebas empíricas que demuestren su eficacia. En ese sentido, plantea que investigar en psicoterapia representa un imperativo ético: ¿es realmente eficaz lo que estamos proponiendo en el momento que hacemos la indicación de psicoterapia?

De la Parra, Von Bergen y Del Río (2002), plantean que en las últimas décadas distintas ofertas de terapias prometen ser importantes agentes de cambio psicológico, exhibiendo como única prueba de su utilidad, el testimonio del terapeuta en cuestión y a veces el de un

cliente agradecido. Lambert (1991) plantea que en general las psicoterapias se han basado en pruebas intuitivas de caso único sin pretender demostrar su efectividad a través de la prueba empírica.

Llobell, Frías & Monterde (2004) proponen que la investigación sobre el efecto de los tratamientos psicológicos ha ido progresando desde una postura de validación hasta una formulación de modelo de práctica basada en la evidencia. Encontrar la evidencia más válida, desarrollar teorías coherentes y comprensibles, trabajar con clínicos expertos y reconocer la importancia del paciente permite generar un modelo que facilita el avance del conocimiento sobre los tratamientos psicológicos más efectivos. Un claro ejemplo de la transición hacia el modelo de práctica basada en evidencia fue el interpuesto por el trabajo de Eysenck en 1952, revolucionando el ámbito de las psicoterapias, fomentando la puesta a prueba de los tratamientos psicológicos a partir de su contraste con la evidencia empírica (Medrano, L., 2011)

Feixas., Evans, Trujillo, Saúl, Botella, Corbella & López (2012), por su parte, proponen que el compromiso ético de los psicoterapeutas con la optimización de sus servicios y la mejora de la salud mental de sus pacientes hace que sea necesario disponer de evidencias contrastadas sobre los efectos terapéuticos de los tratamientos psicológicos. Este enfoque de trabajo supone un acercamiento empírico y un espíritu de mejora y autocrítica continua en beneficio de los pacientes, que cuestiona continuamente la labor que realizan los psicólogos clínicos y que les hace ser precavidos en sus afirmaciones (Echeburúa, E., De Corral, P., & Salaberría, K., 2010).

Medrano, L. (2011) informa en su publicación "*Prácticas en Salud Basadas en la Evidencia*" que estudios recientes estiman que las decisiones clínicas que tomarán los futuros profesionales psicólogos, rara vez se basarán en evidencia científica disponible, pues no recurren a la lectura en investigación científica. Medrano propone que los pobres hábitos de lectura científica actualizada llevan a suponer que las prácticas clínicas psicológicas se basan exclusivamente en la intuición de los profesionales, llevando a un ejercicio frívolo y éticamente cuestionable de ensayo y error. Medrano refiere a que, si bien existe la tendencia de considerar a la psicología desde una visión bifronte donde se diferencia la rama profesional de la científica, el ejercicio profesional responsable exige

tanto de un acercamiento científico como de una perspectiva profesional. Es por lo anterior que las prácticas en salud basadas en la evidencia surgen como un campo de encuentro entre campos injustificadamente diferenciados. Esta perspectiva propone generar un espacio de diálogo entre los clínicos y los investigadores, pues ambos se encuentran comprometidos en mejorar la salud y el bienestar de las personas. El diálogo entre investigadores y profesionales proporcionará una retroalimentación provechosa para el desarrollo de investigaciones, la práctica clínica y la formación de los nuevos profesionales.

2.2.3. Desde la percepción de los Consultantes

Pese a la gran acumulación de investigación y conocimiento en psicoterapia, García y Fantin (2010) plantean que en las investigaciones realizadas con diversas orientaciones respecto a efectividad, queda mucho más clara la perspectiva que tienen los psicólogos sobre su propia práctica, en comparación a la evaluación que realizan los pacientes y las personas de su entorno cercano. Esto, a pesar de que la investigación en el tema desde este ángulo a nivel internacional es escasa, destacándose sólo un artículo sobre el cambio desde la perspectiva del terapeuta (Straker & Becker 1997 en Moncada, 2003).

Es entonces interesante abordar este vacío existente en el estudio sobre la persona del terapeuta a partir de las teorías subjetivas, y relacionarlo con el tema actual sobre cambio terapéutico, con la finalidad de poder construir argumentos que logran otorgar una comprensión mayor al cambio y plantear preguntas que den nuevas interpretaciones a la forma en cómo los psicoterapeutas se explican cómo y porqué se produce el cambio.

Para hablar sobre el cambio en psicoterapia es necesario entender el cambio paradigmático que busca terminar con las limitaciones de la epistemología positivista la cual se basa en la idea de que existe una realidad separada del observador, susceptible de ser conocida de manera objetiva. El conocimiento es visto como un “espejo” de la realidad y la función del lenguaje es representar el mundo tal cual es (Anderson, 1997).

Si bien la valoración subjetiva de los procesos en psicoterapia realizada por la persona del terapeuta es importante, el reporte subjetivo que refieren los consultantes, contiene

información que logra nutrir de nuevas perspectivas la investigación respecto a la efectividad en psicoterapia. Y es que tal como lo plantea Marmar (1990), la percepción humana es el mejor “instrumento de recolección” de los patrones y episodios del proceso terapéutico. Es por ello, que optar por estudiar la perspectiva de los usuarios da luz sobre aspectos poco claros del cambio psicoterapéutico, a la vez que permite obtener un mayor cúmulo de información sobre cómo es vivido y representado el cambio psicológico por los mismos (Winkler, Avendaño, Krause, & Soto, 1993). La práctica de medir desde la percepción del paciente se ha convertido en un medio de valoración general de los servicios de salud, por ello esta verificación debe ser válida y confiable para permitir a partir de ella generalizar los resultados. (Vargas, Ayala, Cruz, Pérez, & Treviño, 2003).

En la actualidad, existe un creciente interés por entender el proceso y la relación terapéutica desde el punto de vista de los destinatarios de la actividad profesional. Es así como se busca conocer los significados individuales y colectivos que las personas manejan acerca de la psicoterapia y el cambio psicológico (Winkler, Avendaño, Krause, & Soto, 1993). La investigación desde los usuarios ha cobrado importancia como medio para encontrar la fórmula adecuada para conseguir eficacia, orientando hacia la calidad tanto de la gestión de los servicios como de todos los elementos que intervienen en su prestación (Sánchez-Hernández y cols., 2009).

2.3. Teorías de Cambio en Psicoterapia

2.3.1. Psicoterapia y Cambio: Historia y evolución

A partir de los diversos estudios respecto a la efectividad del quehacer en psicoterapia, que hasta principios de los 90, la cifra se situaba en más de 4.000 (Jiménez, 1993 en Winkler 1993), comienza a constituirse un nuevo horizonte en las investigaciones referidas a los procesos y resultados que da paso a otro foco de interés: el cambio generado en los procesos terapéuticos.

El comienzo del estudio sobre el cambio en psicoterapia, surge con la investigación respecto a la efectividad de los tratamientos psicológicos, como ya se mencionó, en el

consultante (Winkler, et. al, 1989). El resultado de esta investigación confirmó la efectividad en psicoterapia, en comparación con el “no tratamiento” a través de la realización de meta-análisis del proceso psicoterapéutico desde distintas enfoques (Asay & Lambert, 1999) refutando así el duro cuestionamiento que en 1952 realizó Eysenck hacia esta práctica.

Sin embargo, los resultados no lograron responder a todas las interrogantes planteadas por los investigadores surgiendo una nueva incógnita: ¿qué tipo de intervenciones psicoterapéuticas producen cuales efectos? (Krause, 2005). La búsqueda de estos efectos comienza con investigaciones que tenían por objetivo conocer aquellos factores específicos, cuya acción conseguía alcanzar el éxito en los procesos llevados a cabo por cada enfoque terapéutico y de paso, diferenciar el trabajo que se realizaba en cada uno de ellos.

De esta manera, se produce una redefinición de la problemática inicial –efectividad en psicoterapia- debido a que la preocupación ahora es responder “¿por qué la psicoterapia es efectiva?” (Krause, 2005, p.25).

Estas investigaciones no consiguieron resultados exitosos, ya que no lograron identificar factores específicos de cambio relacionados con la efectividad de cada sistema terapéutico (Smith, Glass & Miller, 1980 en Krause 2005). Una explicación posible de esta situación, sería que, en el afán de buscar una fundamentación empírica de factores específicos, se aislaron elementos que se presentan en relaciones multifuncionales (Czagalik, 1990 en Krause, 2005). Esta situación dio paso a la investigación y la descripción de factores inespecíficos, ahora llamados comunes, de cambio en psicoterapia (Hubble, Duncan & Miller, 1999 en Krause, 2005).

Tras esta ausencia de diferenciación evidente entre los distintos enfoques, la investigación se centró en la indicación diferencial y la eficiencia comparada. Es decir, se buscó qué tipo de pacientes responden mejor ante un tratamiento, terapeuta y condiciones de contexto establecidas. Estos hallazgos pusieron nuevamente de manifiesto que factores inespecíficos, como la alianza terapéutica, la estructura de la situación terapéutica, aporte del consultante, entre otros explicaban mucho mejor la efectividad de estos procesos, por sobre las técnicas empleadas en psicoterapia (Orlinsky y Howard, 1987 en Winkler, 1993).

La imposibilidad de determinar factores y tipos de cambios específicos, se trajo como consecuencia también, el desarrollo de tres nuevas líneas de investigación: modelos teóricos sobre los cambios inespecíficos (Bozok& Bühler, 1988; Krause, 1998; Krause, 2005; Meyer, 1990 en Krause, 2006) que en la actualidad se conocen como factores comunes (Hubble, Duncan & Miller, 1999); estudios sobre el proceso terapéutico (Bastine, Fiedler & Kommer 1989; Goldfried et al., 1990; Hill, 1990; Rees, Hardy, Barham, Elliott, Smith & Reynolds, 2001; Tschuschke & Czogalik, 1990 en Krause, 2006) e investigaciones cualitativas sobre el cambio terapéutico.

En la actualidad, la brecha que separaba ambas líneas de investigación cada vez se ha ido acotando más, por lo que se puede incluso hablar de investigaciones de “proceso-resultados” (Bastine, et al., 1989; Gaston & Marmar, 1989; Marmar, 1990; Orlinsky, Grawe & Parks; Walborn, 1996 en Krause, 2006).

2.3.2. Modelos Teóricos sobre el Cambio en Psicoterapia

Dentro de la diversidad de modelos existentes hasta la fecha que intentan esclarecer los antes mencionados factores inespecíficos o como son llamados actualmente, factores comunes de cambio (Hubble et al., 1999; Maione & Chenail, 1999 en Krause, 2006), uno de los pioneros y más importantes autores en esta área fue Jerome Frank.

Frank en “Salud y Persuasión” (1961), realizó un análisis a la práctica psicoterapéutica desde una mirada sociológica, contraponiendo distintas escuelas de psicoterapia frente a otras fuentes “no científicas” de ayuda -tales como curanderos y sanadores- obteniendo como resultado el hallazgo de cuatro factores comunes transversales a cualquier forma de influencia terapéutica (Winkler, 1993). Estos serían los siguientes:

1. Existencia de una relación emocionalmente intensa entre el paciente y el terapeuta. Esta relación en la actualidad se configuraría en lo que conocemos como alianza terapéutica.

2. El establecimiento de esta relación de confianza descrita en el punto anterior, tiene lugar en un punto socialmente definido, con ciertas exigencias determinadas respecto a roles y reglas.
3. Un esquema teórico plausible para la comprensión de los síntomas del paciente que es compartido entre ambas partes: terapeuta y paciente.
4. 4. Por último, toda psicoterapia contiene un “rito terapéutico” de sanación sostenido por una base teórica particular.

Posteriormente, en una investigación publicada en 1982, Frank realiza una reformulación de estos cuatro factores, describiendo esta vez, seis características comunes entre distintas prácticas terapéuticas:

1. Existencia de una relación significativa entre terapeuta y paciente.
2. Importante cuota de confianza y esperanza por parte del terapeuta de que el tratamiento contribuirá a la mejoría del sufrimiento del paciente.
3. Ofrecimiento de nuevas experiencias de aprendizajes desde el terapeuta hacia el paciente.
4. Facilitación de la activación emocional, siendo las emociones del paciente, suscitadas y elaboradas.
5. Facilitación de una sensación de dominio y auto eficacia.
6. Ofrecimiento de oportunidades para que el paciente pueda verificar cambios y logros o bien desarrollar nuevos comportamientos.

Además de esta descripción, el autor refiere que todo paciente que consulta por atención psicológica se encuentra en un estado de desmoralización, definido como “una sensación de incompetencia subjetiva ligada con aflicción” (Frank, 1982, p.16 en Krause, 2005). Frank subraya la importancia de la existencia de una relación terapéutica a la que incluso otorga el mayor grado de importancia en el éxito de la terapia, ya que es sobre la base de ésta que cliente y terapeuta podrán trabajar en la comprensión e intervención de la problemática psicológica.

Otro modelo propuesto a lo largo de la historia de la investigación de factores comunes de cambio en psicoterapia fue el de Albert Bandura, quien en 1977 desarrolló una propuesta

complementaria, en parte, a la de Frank, haciendo hincapié en la influencia de la terapia en el plano cognitivo.

El eje central de su teoría es la auto-eficacia, entendida como "los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado" (Bandura, 1987, pág. 416 en Busot, 1997). El autor plantea además que la auto-eficacia no es una característica de personalidad estable, sino dependiente de un contexto y una situación específica, por lo que la persona experimentara distintos niveles de sentido de auto-eficacia de acuerdo a las circunstancias en las que se encuentre (Busot, 1997).

La auto-eficacia, se verá influenciada mediante la terapia a través de cuatro formas: (1) Prescripción, de diversas actividades, entre ellas aquellas que posibiliten nuevas experiencias, (2) Exhortación a realizar ciertas prácticas, (3) Empatía, entre ambos participantes del contexto terapéutico: consultante y terapeuta, y (4) la inducción de sentimientos como una invitación a expresar lo que está aconteciendo en el ámbito emocional del consultante (Krause, 2005).

El éxito de la terapia para este autor, se traduciría en una capacidad del consultante para resolver problemas de su vida diaria, es decir, aumentar su sentido de auto-eficacia (Busot, 1997). Ligando esto último a lo antes descrito por Frank, se podría considerar que el ser auto eficaz tendría como consecuencia deseable la disminución del estado de desmoralización inicial que presentan los consultantes en los primeros momentos de la psicoterapia (Krause, 2005).

Como referente nacional en investigaciones relacionadas con esta temática, en el año 2005, Mariane Krause plantea una nueva teoría acerca del cambio en psicoterapia, definiéndolo como "un cambio en los patrones subjetivos de interpretación y explicación que llevan al desarrollo de nuevas teorías subjetivas" (Krause, 2005 p.333).

Krause plantea que el cambio en psicoterapia es en esencia subjetivo, ya que describe a la psicoterapia como una invitación a la introspección que comienza antes de la terapia y continúa incluso posterior a su culminación.

El proceso descrito por la autora se puede resumir en cuatro fases:

1. Cambios en la fase de decisión de la ayuda profesional, que se desarrolla desde el momento en que el consultante es consciente de sus propias limitaciones para hallar una solución a un malestar que le aqueja y, por consiguiente que requiere de la ayuda de un otro para mejorar. De no existir esta concepción de las propias limitaciones, los consultantes no aceptarían las condiciones que el terapeuta propone como parte de las intervenciones a desarrollar.
2. Cambios propios de la trayectoria hacia la ayuda psicológica, comenzando desde el momento en que la persona busca atención psicológica.
3. Cambios condicionados por la estructura de la relación de ayuda, establecidos desde el propio paciente quien otorga la categoría de experto al terapeuta, configurando la psicoterapia como una relación asimétrica.
4. Cambios que se originan en la interacción terapéutica, propios de los resultados que se van desarrollando durante el proceso psicoterapéutico entre el terapeuta y el consultante.

De esta forma, las teorías subjetivas (Krause, 2005), otorgan sentido al consultante de dos maneras: una retrospectiva, dando sentido a las experiencias pasadas y otra prospectiva, desarrollando motivos y metas futuras. Tras la introspección y el entendimiento de los eventos desde una mirada “experta”, el consultante consigue conocer y aprender una nueva forma de observar no solo su malestar y motivo de consulta, sino la totalidad de sus experiencias.

Además de estos modelos, existen otros más que ayudan a comprender el cambio producido en otros ámbitos con características más específicas. Uno de estos es el Modelo de Asimilación de experiencias traumáticas de Stiles (1990, 1991), cuya premisa fundamental es que en el contexto de psicoterapia, aquellos pacientes que acuden debido a la experiencia de un evento traumático, consiguen asimilar en sí mismo las consecuencias de lo acontecido. Esta asimilación se describe en la consecución de 8 etapas o niveles.

1. Nivel 0: Supresión/disociación. En esta etapa, el paciente evita de forma activa hablar sobre la experiencia traumática, muchas veces cambiando de tema.
2. Nivel 1: Pensamientos no deseados/evitación. Etapa donde prevalece el control y la evitación por recordar los acontecimientos que causan malestar. El paciente manifiesta no querer hablar del tema.
3. Nivel 2: Reconocimiento vago/surgimiento. Se reconoce de forma inicial la existencia de una problemática, sin embargo, este reconocimiento está acompañado de un profundo malestar emocional.
4. Nivel 3: Enunciar el problema/clarificación. El paciente logra expresar el problema, pero no su causa ni mucho menos su posible solución.
5. Nivel 4: Comprensión/insight. Existe una mayor claridad y comprensión acerca de la problemática.
6. Nivel 5: Aplicación/elaboración. En esta etapa la solución al problema se encuentra en un ámbito más cognitivo que práctico. El paciente comienza a buscar posibles soluciones, pero no las ejecuta con éxito.
7. Nivel 6: Solución del problema. Esta etapa se configura como un ensayo a lo que posteriormente ocurrirá, ya que las soluciones que el paciente realiza son solo hacia problemas específicos.
8. Nivel 7: Dominio. El paciente logra ejecutar con éxito soluciones a problemas específicos y luego extrapolarlas a situaciones nuevas, por lo que el problema inicial ha dejado de serlo y ya no causa preocupaciones a la persona.

2.3.3. ¿Qué es lo que cambia?

Tras la revisión de los principales modelos acerca de los factores de cambio inespecíficos en psicoterapia, se logra observar que principalmente los cambios en la terapia psicológica se producen en distintos niveles. La descripción de estos niveles, surge del trabajo de múltiples estudios, entre ellos el de Frank (1981), quien aporta a esta definición la estructura de la relación terapéutica y principalmente, sitúa este proceso desde lo social. Por su parte Bandura (1977) conecta el efecto terapéutico con una concepción

determinada del funcionamiento psíquico individual y define formas generales para el tratamiento terapéutico (Winkler, 1993 & Krause, 1992).

De esta forma, en psicoterapia, la investigación de resultados toma como variable el resultado de la terapia, principalmente, mediante la evaluación de los montos de cambio (Cáceres, Fernández & Sanhueza, 1990 en Santibáñez et. al, 2008). Estos cambios pueden ser reportados por el propio consultante (Marmar, 1990), cuyo reporte permite realizar estudios con una comprensión mucho más profunda y significativa.

Esto último que plantea Marmar (1990) no es completamente nuevo. Ya en 1957, Rogers comenzaba a describir la importancia del cliente en los procesos psicoterapéuticos. Este autor planteó que debían existir al menos tres condiciones para que la terapia psicológica promoviera un cambio en el cliente y por ende, fuera efectiva. Estas condiciones son: aceptación positiva incondicional, congruencia y empatía. Las cuales no solo son necesarias, sino también suficientes (Rogers, 1957). En la actualidad, los hallazgos de las investigaciones respecto a este tema, han mostrado que si bien la empatía, congruencia y aceptación son características del vínculo terapéutico exitoso (Santibáñez, 2008), es la percepción del consultante respecto a estas actitudes del terapeuta las que tendrán una repercusión sobre los resultados de la psicoterapia (Jiménez, 2004 en Santibáñez, 2008) y no las actitudes y acciones como tal.

Entenderemos que una terapia psicológica será efectiva -de acuerdo a lo descrito por Lambert (1996) en el Outcome Questionnaire 45- cuando su éxito se traduzca en un cambio en tres dimensiones. En primer lugar, un nivel de sintomatológico, evaluando mayoritariamente síntomas de ansiedad y depresión, ya que de acuerdo a datos del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (1988), estos trastornos son el principal motivo de consulta de los usuarios de los centros de atención psicológica. Una segunda dimensión es aquella que evalúa el grado de satisfacción de los consultantes con sus relaciones interpersonales. Investigaciones relacionadas con satisfacción vital y calidad de vida, sugieren que las personas consideran a las relaciones cercanas positivas como un componente esencial del camino hacia la felicidad. De esta forma, se considera además que los conflictos interpersonales representan también un número importante de los motivos de consulta de los usuarios. Por último, los autores han considerado incluir una dimensión

relacionada con el rol social u ocupacional, ya que es usual que los síntomas y/o conflictos interpersonales descritos previamente, tengan una repercusión sobre la ocupación del consultante de atención psicológica.

Desde el Modelo Genérico, aquello que cambia se traduce en la disminución de los síntomas, el cambio de ciertas conductas y en un plano representacional del sí mismo y su relación con el entorno. Así, estos cambios representacionales derivan de la necesidad de hallar significados compartidos entre quien consulta y su terapeuta, estableciendo este espacio como una invitación a la introspección y al análisis de las propias experiencias.

Krause (2005) además describe que el cambio es de carácter público, ya que se enmarca dentro de una atención en las redes de asistencia en salud; subjetivo e intersubjetivo, debido a que es en esta área donde se produce la interacción; y en lugar de ser personal, es social, puesto que interactúa y depende de otras relaciones del contexto del consultante.

Por este motivo, para efectos de la realización de este seminario, entenderemos que el cambio en psicoterapia se produce en cinco dimensiones. Tres de estas dimensiones (sintomatología, relaciones interpersonales y rol social-laboral), están fundamentadas por los estudios de Lambert (1996) durante la elaboración del OQ-45.2, cuya adaptación a población chilena estuvo a cargo de Guillermo De la Parra y Alejandra Von Bergen en el año 2002. Además, y de acuerdo a los estudios realizados por Krause durante el año 2005, el cambio también puede ser evaluado en la esfera representacional del consultante, teniendo gran relevancia aspectos como la autoestima y el autoconcepto. Estos cuatro niveles de evaluación hacen referencia a dimensiones del paciente, sus problemáticas individuales y relacionales que lo han llevado a consultar por atención psicológica. Añadido a éstas, y teniendo en consideración lo referido por autores como Rogers (1957), se agrega una última dimensión que evalúa aspectos propios del proceso psicoterapéutico, en este caso, la relación establecida entre el consultante y su terapeuta. Por lo tanto, se considerará que un proceso de psicoterapia será efectivo para el consultante en tanto promueva un cambio en todos los aspectos mencionados que impliquen un mejoramiento en su calidad de vida y su bienestar.

2.4. Factores de cambio comunes y relación terapéutica

El auge de la investigación en psicoterapia se plasmó en gran parte en estudios comparativos sobre efectos terapéuticos (Goldfried, Greenberg & Marmar, 1990) dado que los resultados muestran que es posible identificar momentos de cambio en los procesos terapéuticos no solo a nivel de contenido sino también demostrando que son efectivamente genéricos, se puede suponer que existe no solo una relevancia teórica, sino también práctica, por lo que se hace necesario indagar en los factores de cambio inespecíficos (Bozok & Bühler, 1988; Krause, 1998; Krause, 2005; Meyer, 1990), actualmente llamados “comunes” (Hubble, Duncan & Miller, 1999), los cuales intentan descubrir qué factores de la terapia o extra-terapéuticos, transversales a diferentes tipos de terapia, resultan responsables del cambio.

A partir de las dificultades para la determinación empírica de los factores de cambio específicos, se comenzó a hablar de “factores de cambio inespecíficos”, los cuales en un comienzo se consideraron sólo como el producto de métodos de investigación inadecuados, pero posteriormente se les fue otorgando un estatus propio, como objeto de investigación (Bozok & Bühler, 1988; Meyer, 1990; Strupp, 1995), denominándoseles actualmente “factores comunes” (Hubble et al., 1999; Maione & Chenail, 1999). Así como concluyen estudios realizados por Durlak, J. A. (1979) que compararon la efectividad de ayudantes profesionales y para-profesionales en resultados terapéuticos, la efectividad dependía de factores inespecíficos, tales como compromiso y comprensión, que son independientes de la formación profesional y de la experiencia en el ejercicio de la psicoterapia.

En este punto se vuelve necesario hacer una distinción a nivel conceptual, al referirse a factores específicos se entiende que el terapeuta requiere de herramientas específicas para poder actuar (Bozok & Bühler, 1988). Lo señalado también concuerda con la línea argumentativa de Tschuschke y Czogalik (1990) (en Krause et al., 2006): “Es muy plausible que las conceptualizaciones teóricas y las indicaciones terapéuticas que de ellas se desprenden, posean en sí el rango de condiciones básicas irrenunciables para posibilitar la psicoterapia como actividad profesional e institucionalizada”. Esto refiere a todos aquellos conocimientos teóricos que sirven de guía para la realización del ejercicio en psicoterapia, de otro modo sería insostenible llevar a cabo un proceso terapéutico de tales

características. Por otra parte, los factores de cambio comunes incluyen condiciones generales de la terapia, tales como: la alianza terapéutica; la estructura de la situación terapéutica; la función del terapeuta; la forma de interacción; y la forma en que se organizan y se transmiten los contenidos terapéuticos (Krause, 2005; Orlinsky & Howard, 1987) (en Krause et al., 2006). Una de las grandes implicancias que tienen los factores de cambio comunes para esta investigación, es la manera en la que inciden y generan efectos en la efectividad de los procesos psicoterapéuticos.

Las variables del paciente y el estilo personal del terapeuta han puesto en evidencia la importancia de los factores comunes existentes entre las diferentes modalidades de psicoterapia y especialmente la relación que se establece entre el terapeuta y el paciente (Sergi Corbella & Luis Botella, 2004). Esta relación predeterminada entre terapeuta y paciente se refiere al concepto de relación terapéutica, el cual se basa en el establecimiento de un vínculo terapéutico para lograr el objetivo de la terapia. Sin embargo para hacer una distinción conceptual y poder clarificar el uso de términos, la alianza terapéutica es un concepto que destaca el elemento colaborador de la relación entre paciente-terapeuta y toma en cuenta las capacidades de ambos para negociar un contrato apropiado para la terapia además del establecimiento de objetivos y tareas del tratamiento (Gaston, 1990; citado en Arredondo, 2005).

Ser empático, congruente y aceptar incondicionalmente al cliente eran las tres características fundamentales que debía tener el terapeuta según Rogers (1951, 1957) (en Santoña et al., 2003) para establecer una relación terapéutica efectiva con el cliente. Los resultados de algunas investigaciones han mostrado una correlación entre la empatía del terapeuta percibida por el paciente y algunos aspectos de la alianza (Horvath, 1981; Jones, 1988; Moseley, 1983, citados en Horvath y Luborsky, 1993) así como una fuerte asociación entre las condiciones ofrecidas por el terapeuta (Therapist-Offered Conditions) y los componentes de la alianza. En 1985 autores como Luborsky, McLellan, Woody, O'Brian y Auerbach señalaron que la "alianza terapéutica" es un determinante esencial del éxito terapéutico, considerándola por todo lo anteriormente mencionado como elemento central de los factores de cambio comunes, por lo que es propio atribuirle la calidad de predictor en

los resultados de la terapia, siendo responsable en gran parte de su efectividad (Krause, 2005; Krause, 2006).

Arredondo (2005) describe en su investigación la importancia atribuida a la relación terapéutica, considerándola como un elemento principal de cambio, que viene dado como un producto de tres componentes esenciales: alianza de trabajo, transferencia y relación real. El componente alianza de trabajo alude, principalmente, a los planteamientos de Edward Bordin, quien en su modelo propone que esta se compone a su vez de vínculos, tareas y metas. El vínculo se basa en la mutua aceptación y confianza entre paciente y terapeuta, la formación de un vínculo sólido de trabajo, depende en parte de que el paciente comprenda lo que se espera de él y sus deberes. El componente tareas se refiere al acuerdo acerca de los medios que son adecuados para conseguir los objetivos propuestos y por último el componente metas, se refiere al grado de acuerdo entre paciente y terapeuta respecto a los objetivos de la intervención. La transferencia se refiere a la repetición de conflictos pasados con personas significativas en el proceso terapéutico. El último componente, se refiere a la parte de la relación en la que clientes y terapeutas comparten sus sentimientos, tiene lugar cuando clientes y terapeutas comunican sus experiencias en el aquí y el ahora a medida que trabajan por la consecución de metas comunes y al mismo tiempo potenciar su estudio y aplicación como parte del trabajo psicoterapéutico (Gelso & Carter, 1985).

A partir de la importancia de la relación terapéutica para los resultados del proceso terapéutico es que se vuelve pertinente considerar la perspectiva del paciente, dado que autores como Strupp, Fox y Lessner (1969) (en Dávila Martínez, 2011) afirman que en muchas ocasiones son más significativas las experiencias mismas de los pacientes en cuanto a la disminución de su sufrimiento, que las estadísticas y porcentajes documentados. Estas significancias son de gran importancia para considerar qué aspectos de la terapia resultan más beneficiosos para los pacientes, los autores Levitt, Butler y Hill (2006), se han enfocado en los aspectos que los pacientes han encontrado más favorables en psicoterapia, documentando qué tipos de cambio los pacientes consideran como más importantes. Notablemente la reducción de síntomas fue raramente mencionado por los pacientes como un elemento importante del éxito terapéutico (Levitt, 2006; en Dávila Martínez, 2011), por

el contrario los pacientes mencionaban cambios globales; como por ejemplo, el relacionarse de manera más saludable con otros o sentirse mejor con uno mismo, como aquellos elementos fundamentales que explican el cambio y éxito en psicoterapia.

Es relevante destacar la importancia que tiene para esta investigación la perspectiva del paciente respecto de cómo percibe la relación terapéutica y de qué manera esta aporta a los objetivos de la terapia, generando un espacio facilitador de apertura y cooperación, siendo la presencia de una buena alianza terapéutica lo que potencia la fuerza del cambio de las estrategias y técnicas más específicas que permitirán alcanzar las expectativas del paciente (Arredondo, 2005).

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Diseño de la Investigación

El diseño de investigación es de carácter cuantitativo puesto que es una investigación en psicoterapia en la cual se utilizaron variables de proceso y su relación con el auto reporte de efectividad. Es de tipo transversal puesto que analizará en un momento determinado la efectividad del proceso psicoterapéutico experimentado por el sistema consultante, para posteriormente contrastarlo con la percepción de efectividad que realizan los terapeutas del CAPSI.

El registro de la información será en retrospectiva puesto que el momento de la evaluación corresponde al término del proceso psicoterapéutico. Los resultados estadísticos serán analizados y comprendidos bajo una óptica descriptiva-correlacional, con el objetivo de identificar las características y tendencias de la población consultante del CAPSI. El estudio identificará la relación existente entre variables de inicio (severidad auto-reportada del motivo de consulta), de proceso (relación terapéutica) y resultados (área sintomatológica, relaciones interpersonales, autoconcepto y ocupación). Cabe destacar que la evaluación de terapeuta y consultante, no serán conocidas entre los mismos, para resguardar la veracidad de las respuestas y, a nivel genérico, la confiabilidad de la investigación.

3.2. Criterios y procedimientos de selección de muestra

3.2.1. Muestra

La muestra estuvo compuesta por 35 díadas de consultantes y terapeutas, cuyo proceso de intervención psicológica se llevó a cabo durante el año 2015 en el Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso. El muestreo fue de tipo intencionado no probabilístico, de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de Inclusión: hombres y/o mujeres mayores de 18 años, cuyo proceso de intervención psicológica haya sido individual, guiado por solo un terapeuta, estudiante de pregrado o psicólogo titulado y que hayan concluido su proceso terapéutico o cumplan con un mínimo de 10 sesiones realizadas.

Criterios de Exclusión: hombres y/o mujeres mayores de 18 años, cuyo proceso de intervención psicológica no haya concluido o no se hayan realizado una cantidad mínima de 10 sesiones. Procesos con dupla terapéutica.

El cálculo del tamaño muestral se realizó a través del programa G-power 3.1.7. Para un tamaño del efecto medio ($d=0,6$) y una potencia de $1- \beta = 0,8$, se requieren 36 diadas paciente-terapeuta.

3.3. Procedimientos de selección

El equipo de investigación invitó a los terapeutas del CAPSI a ser parte del estudio, a los terapeutas que aceptaban participar se les solicitaba que le explicaran a sus consultantes que un representante del equipo los contactaría para realizar la invitación a ser parte de la investigación. Una vez que se contactaba a los consultantes se les explicaba las características del estudio y que su participación consistirá en responder el cuestionario de “percepción de efectividad en psicoterapia desde la perspectiva del consultante”, si los consultantes aceptaban, se les solicitaba firmar un consentimiento informado, al igual que a su terapeuta.

3.4. Estrategias de recolección de datos

Los instrumentos y fuentes de información que se utilizaron para el proceso de recolección de datos fueron los siguientes:

- Cuestionario OQ-45 aplicado al inicio del proceso terapéutico.
- Cuestionario de percepción de efectividad en psicoterapia desde la perspectiva del consultante, aplicado al final del proceso terapéutico o cumplidas 10 sesiones de psicoterapia.

- Cuestionario de percepción de efectividad en psicoterapia desde la perspectiva del terapeuta, aplicado al final del proceso terapéutico o cumplidas 10 sesiones de psicoterapia.
- Antecedentes de la ficha clínica del consultante: Motivo de consulta, gravedad auto reportada y número de sesiones realizadas.

La aplicación del cuestionario de efectividad de la psicoterapia se realizó tanto para terapeuta como consultante el día del término de la terapia o al finalizar la décima sesión, con el objetivo de que ambos realizaran una evaluación inmediata. Su aplicación se realizó en un espacio privado y estuvo a cargo del equipo investigador y/o estudiantes de psicología de cuarto año que voluntariamente aceptaron participar en esta fase del estudio y que recibieron una capacitación para conocer y aplicar el instrumento.

3.5. Instrumentos de recolección

OQ-45 (**Outcome Questionnaire**): el cuestionario de autoevaluación OQ-45, fue desarrollado en 1996 por Michael Lambert y validado en Chile en el año 2000 por Alejandra Von Bergen y Guillermo de la Parra. Este cuestionario de auto aplicación ha mostrado una alta sensibilidad y confiabilidad para la medición cuantitativa de resultados psicoterapéuticos (Lara, Cruz, Vacarezza, Florenzano, & Trapp, 2008). La evaluación se hace a través de tres áreas: sintomatología, relaciones interpersonales y rol social a través de 45 ítems. Como lo explican Lambert y cols. (1996) el OQ mide el progreso del paciente en terapia y se ha diseñado para su aplicación repetida durante la terapia y al término de ésta (De la Parra & Von Bergen, 2002).

Las tres áreas del cuestionario reflejan algún grado de "cambio psíquico". De la Parra y Von Bergen plantean que al no provenir de una teoría particular, mide lo mínimo esperable en un tratamiento psicológico exitoso, cubriendo las principales áreas en las cuales se espera mejoría. El OQ-45 fue diseñado para ser práctico, pero también psicométricamente riguroso (confiable y válido). Es aplicable a distintos contextos teóricos, abarcando los motivos de consulta más comunes que presentan la mayoría de las personas que buscan psicoterapia y sensible al cambio en períodos breves, lo que facilita su uso para monitorear procesos (Lara, Cruz, Vacarezza, Florenzano, & Trapp, 2008).

Instrumento de percepción de efectividad en psicoterapia desde la perspectiva del consultante: el cuestionario de percepción de efectividad en psicoterapia desde la perspectiva del consultante fue diseñado por el equipo investigador del presente estudio, con el objetivo de conocer la percepción de los usuarios del CAPSI respecto a la efectividad de su proceso psicoterapéutico.

Para su confección se realizó una exhaustiva revisión teórica respecto a la historia de la medición de efectividad y las teorías del cambio en psicoterapia, con el objetivo de que el instrumento evalúe las dimensiones que dan cuenta de la efectividad de un proceso terapéutico.

El cuestionario de percepción de efectividad en psicoterapia desde la perspectiva del consultante fue evaluado por 3 jueces expertos, psicoterapeutas profesionales y supervisores clínicos y académicos de la escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso. A los jueces se les solicitó evaluar la claridad de las instrucciones, la pertinencia de las dimensiones, ítems y ejemplos y a nivel general, la factibilidad de su aplicación. Tras la evaluación se incorporaron las sugerencias de los jueces, y se generó la primera versión del instrumento. Esta versión se piloteó con personas que habían asistido alguna vez en su vida a psicoterapia, con el objetivo de evaluar la claridad y comprensión del instrumento. Considerando las sugerencias de los asistentes a psicoterapia se realiza la versión final del instrumento.

El cuestionario de percepción de efectividad en psicoterapia desde la perspectiva del consultante es un cuestionario tipo Likert, de autoadministración, en el que el consultante evalúa la contribución del proceso terapéutico en sus problemáticas. La evaluación se realiza sobre tres dimensiones: resultados, relación y conclusiones generales del proceso psicoterapéutico.

La dimensión de resultados psicoterapéuticos se evalúa a través de los efectos que tuvo el tratamiento sobre las siguientes cuatro áreas de bienestar:

- a. Sintomatológico: en este apartado el consultante debe indicar los síntomas sobre los que trabajó durante la terapia, es decir, señales de malestar a nivel físico y

psicológico que se trabajaron en terapia. Posteriormente debe indicar en una escala likert de 0 a 6, en qué grado la terapia contribuyó a la mejoría de dichos síntomas.

- b. Relaciones Interpersonales: en este apartado el consultante debe indicar los conflictos en sus relaciones interpersonales sobre los que trabajó durante la terapia, es decir, las dificultades en la forma en que se relaciona con personas cercanas que se trabajaron en terapia. Posteriormente debe indicar en una escala likert de 0 a 6, en qué grado la terapia contribuyó a la mejoría de dichos conflictos interpersonales.
- c. Bienestar Interpersonal o autoconcepto: en este apartado el consultante debe indicar las problemáticas en su bienestar personal sobre las que trabajó durante la terapia, es decir, las dificultades personales consigo mismo, que se trabajaron en terapia. Posteriormente debe indicar en una escala likert de 0 a 6, en qué grado la terapia contribuyó a la mejoría de dichas problemáticas de su bienestar personal.
- d. Ocupacional: en este apartado el consultante debe indicar las problemáticas ocupacionales sobre las que trabajó durante la terapia, es decir, las dificultades en sus lugares de desempeño laboral/académico que se trabajaron en terapia. Posteriormente debe indicar en una escala likert de 0 a 6, en qué grado la terapia contribuyó a la mejoría dichas problemáticas ocupacionales.

La dimensión de relación terapéutica consta de 12 afirmaciones respectivas a la relación con el terapeuta a lo largo del proceso. El consultante deberá responder en una escala Likert de 0 a 6, en qué medida consideran que la afirmación se asemeja a la relación que tuvo con su terapeuta.

La dimensión de conclusiones generales del proceso consta de seis preguntas, que deben ser respondidas en una escala likert de 0 a 6. La dimensión de conclusiones generales contempla además una pregunta de desarrollo que está orientada a evaluar por qué la persona considera que es efectivo o no el proceso psicoterapéutico.

Instrumento de percepción de efectividad en psicoterapia desde la perspectiva del terapeuta: el cuestionario de percepción de efectividad en psicoterapia desde la perspectiva del terapeuta, al igual que para el consultante, fue diseñado por el equipo

investigador del presente estudio, con el objetivo de conocer la percepción de los terapeutas del CAPSI respecto a la efectividad de su proceso psicoterapéutico.

Su confección tiene los mismos fundamentos teóricos que la versión del consultante y fue sometido al mismo proceso de evaluación de jueces expertos y asistentes a psicoterapia.

El terapeuta realiza la evaluación de los niveles: resultados, relación y conclusiones generales del proceso psicoterapéutico, sin embargo, la evaluación del nivel de resultados se realiza sobre las dimensiones que el consultante reportó haber trabajado.

La dimensión de relación terapéutica consta de 12 afirmaciones respectivas a la relación con el consultante a lo largo del proceso. El terapeuta deberá responder en una escala Likert de 0 a 6, en qué medida consideran que la afirmación se asemeja a la relación que tuvo con su consultante.

La dimensión de conclusiones generales del proceso consta de seis preguntas, que deben ser respondidas en una escala likert de 0 a 6. La dimensión de conclusiones generales contempla además una pregunta de desarrollo que está orientada a evaluar por qué el terapeuta considera que es efectivo o no el proceso psicoterapéutico

Motivo de consulta, gravedad auto reportada y número de sesiones realizadas: el ingreso de un consultante al CAPSI, contempla la asignación de una ficha clínica, en la que se reporta el motivo de consulta, antecedentes personales, gravedad auto reportada, entre otros. En el transcurso del proceso, el terapeuta debe estar reportando el resumen de las sesiones realizadas, información que también se registra en la ficha clínica. La investigación requiere de antecedentes como el motivo de consulta, la gravedad autor reportada y el número de sesiones realizadas, esta información será obtenida a partir de la ficha clínica, con el asentimiento de los respectivos terapeutas.

3.6. Procedimientos éticos

La información proporcionada por los consultantes y terapeutas participantes posee un carácter estrictamente confidencial y será utilizada exclusivamente para fines de esta investigación y por el equipo investigador, procurando en todo momento resguardar la privacidad de cada uno de los participantes. En los cuestionarios aplicados a los terapeutas

y consultantes participantes sólo se registra el número de ficha de cada proceso, con el objetivo de resguardar su anonimato. Respecto a la información de la ficha electrónica, ésta sólo es obtenida con el consentimiento de participación de terapeuta y consultante.

La aplicación del cuestionario contempla la entrega de un consentimiento que informa las características de la investigación, la confidencialidad de los datos y establece que la participación de la investigación es absolutamente voluntaria. Además se establece que si los participantes quisieran conocer los resultados de la investigación o tuviesen alguna consulta al respecto, se les entregará un número de contacto telefónico y correo electrónico para contactarse directamente con el equipo investigador.

3.7. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos

El análisis estadístico de los datos registrados en el cuestionario de efectividad se realizó mediante el programa SPSS versión 19. Para describir la muestra se utilizaron estadísticos de frecuencia y dispersión (desviación estándar). Para identificar diferencias de medias entre los grupos de consultantes y terapeutas se utilizó la prueba de t de student, y Chi cuadrado para identificar diferencias de frecuencia de los datos. Finalmente se identificaron correlaciones bivariadas para variables de relación y dimensiones a través de las cuales se evaluó la percepción de efectividad.

Se categorizaron las razones que tantos terapeutas y consultantes dieron a los efectos de los procesos psicoterapéuticos a través del acuerdo intersubjetivos entre 3 jueces según las siguientes categorías: Síntomas, relaciones interpersonales, autoconcepto, ocupación, relación terapéutica.

Se calculó el grado de acuerdo interjuez a través del índice de kappa de Cohen. Entre los jueces 1 y 2 el valor kappa fue de 0,88; entre los jueces 1 y 3 el valor kappa fue de 0,95 y entre los jueces 2 y 3 el valor kappa fue de 0,83.

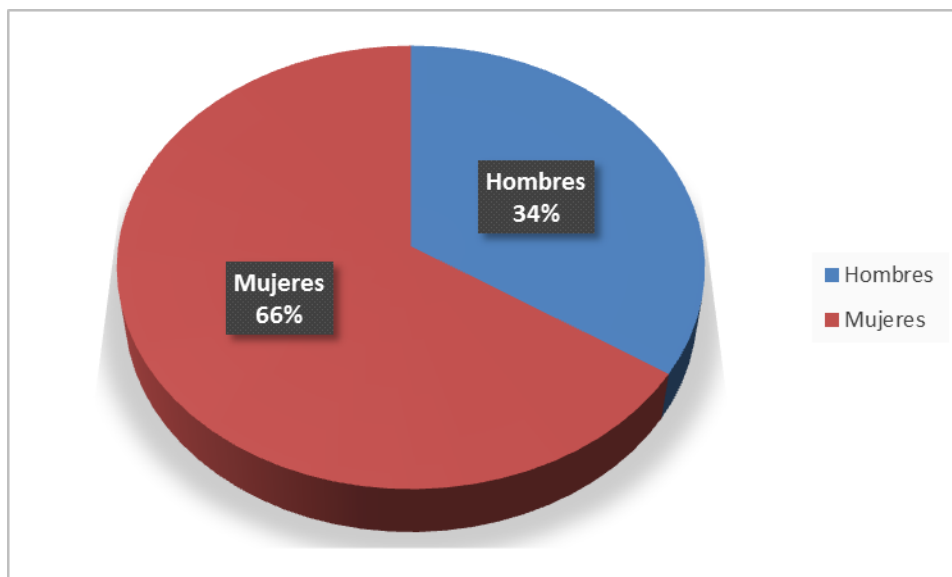
4. RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo de variables sociodemográficas del consultante

4.1.1. Caracterización de los consultantes adultos del Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso

En relación a la variable “sexo”, la muestra total de consultantes participantes de la investigación estuvo compuesta por 35 personas, de las cuales (como se observa en el gráfico 1) un 66% corresponde a mujeres, con la participación de 23 consultantes, mientras que un 34% de la muestra total corresponde a hombres, que corresponde a 12 consultantes.

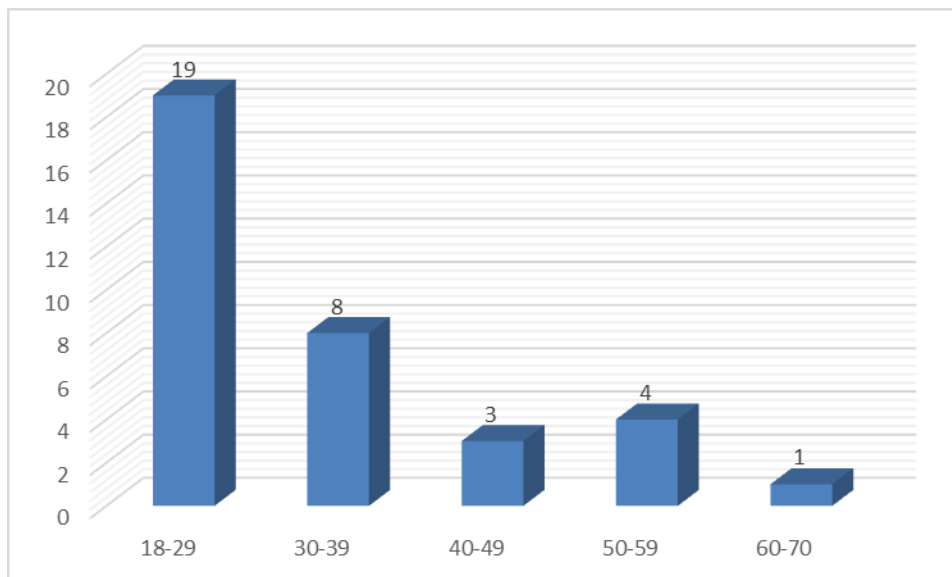
Gráfico 1. Distribución de los consultantes según sexo.



En relación a la edad de los consultantes, la muestra se segmentó en cuatro rangos etarios (ver gráfico 2). El rango etario de 18 a 29 años, lo conforma el 54.3% de la muestra total, con la participación de 19 consultantes; el de 30 a 39 años, lo conforma el 22.8% de, con la participación de 8 consultantes; el de 40 a 49 años lo conforma el 8.6%, con la

participación de 3 consultantes; el de 50 a 59 años, lo conforma el 11.4%, con la participación de 4 consultantes y el rango de 60 a 70 años, lo conforma el 2.8% de la muestra total, con la participación de 1 consultante.

Gráfico 2. Distribución de los consultantes según rango etario.



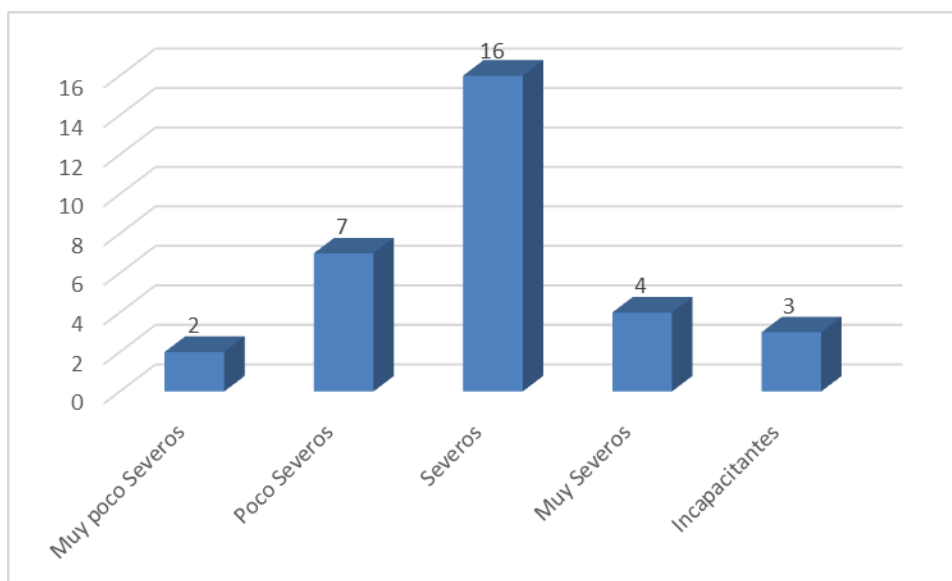
4.1.2. Análisis descriptivo de variables Clínicas

A continuación se describen las dos variables clínicas utilizadas en la investigación, correspondientes a la gravedad autorreportada por el consultante del CAPSI y su puntaje de ingreso del Cuestionario de Resultados (OQ-45.2; De la Parra & Von Bergen, 2002).

En relación a la variable “gravedad autorreportada” (ver gráfico 3), de un total de 32 registros, 2 consultantes reportaron gravedad “muy poco severa”, correspondiente al 6.3% del total de registros; 7 consultantes reportaron gravedad “poco severa”, correspondiente al 21.8%; 16 consultantes reportaron gravedad “severa”, correspondiente al 50%; 4 consultantes reportaron gravedad “muy severa”, correspondiente al 12.5% y 3 consultantes reportaron gravedad “incapacitante”, correspondiente al 9.4% del total de registros.

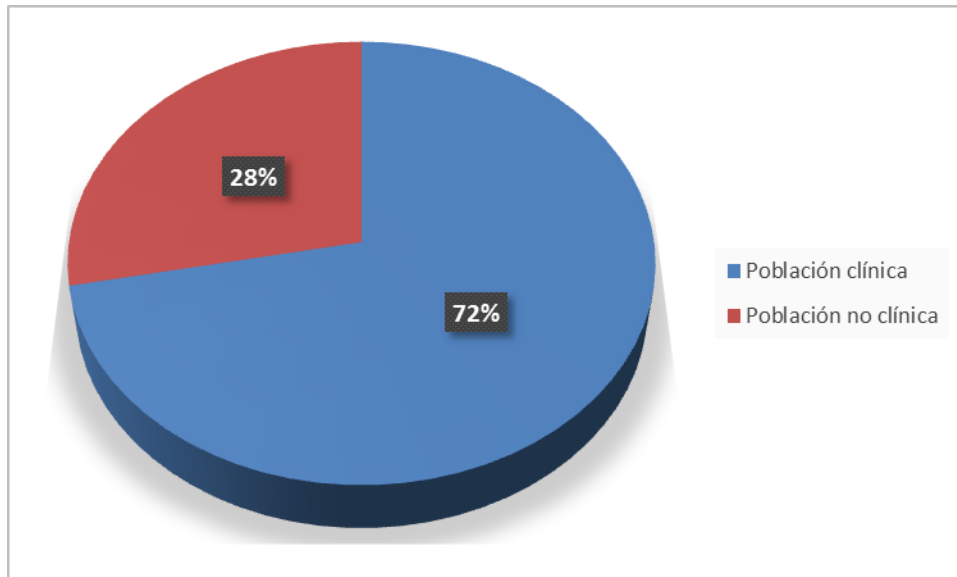
En esta variable clínica no se utilizaron 3 datos de la población total de consultantes al no contar con su registro de ingreso en la ficha clínica.

Gráfico 3. Distribución de los consultantes según gravedad autorreportada.



En relación a la variable clínica “puntaje OQ-45.2 de ingreso” (ver gráfico 4), 23 consultantes, equivalentes al 72% de la muestra, se ubicaron en la categoría “población clínica” al obtener un puntaje igual o superior a 73 puntos en el Cuestionario de Resultados. Respecto a la “población no clínica”, esta se compone de 9 consultantes, equivalentes al 28% de la muestra, quienes obtuvieron un puntaje inferior a 73 puntos en el Cuestionario de Resultados.

Gráfico 4. Distribución de los consultantes según resultados del OQ.45.2 de ingreso.

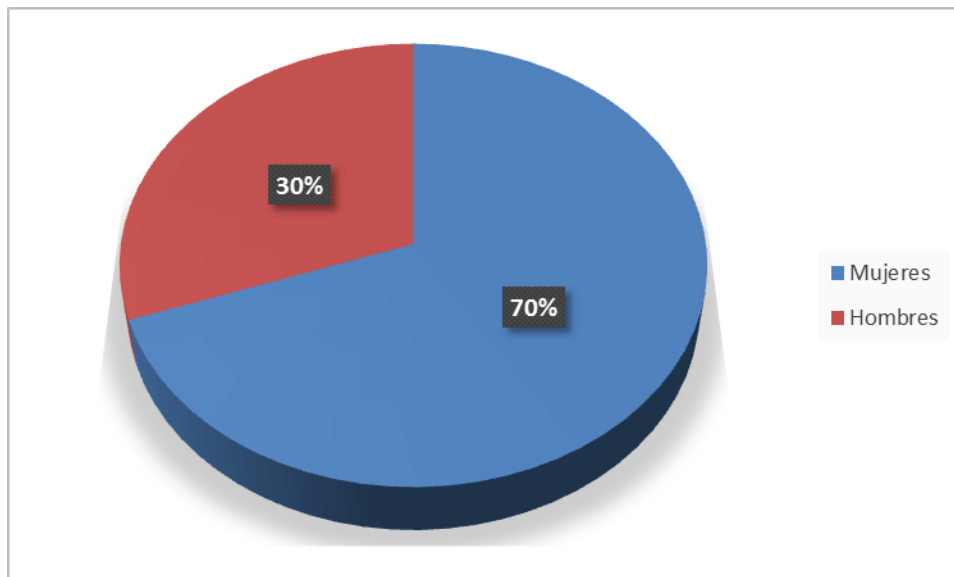


4.2. Análisis descriptivo de variables sociodemográficas del terapeuta

4.2.1. Caracterización del terapeuta del Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso

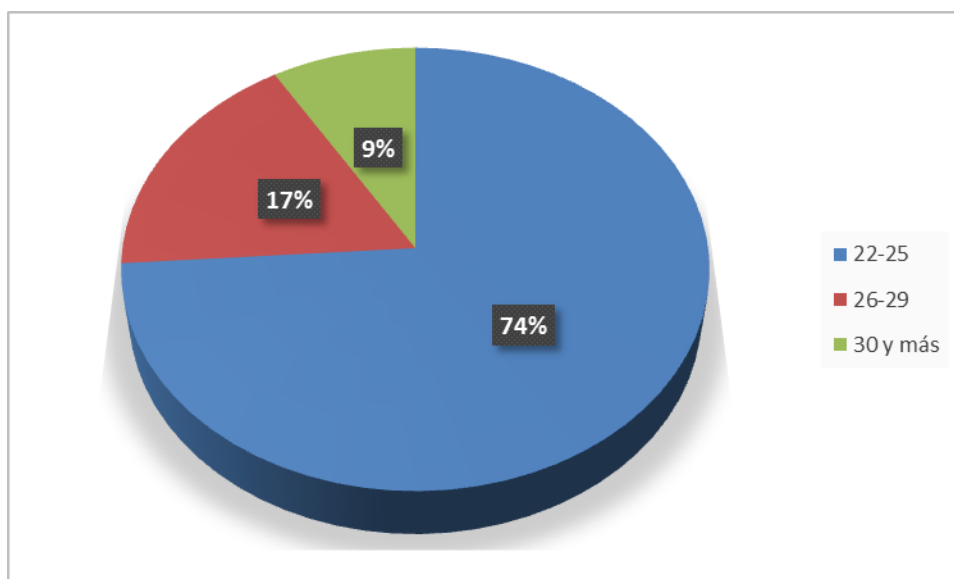
En relación a la variable “sexo del terapeuta” (ver gráfico 5), la muestra total corresponde a 23 terapeutas, constituida por 16 terapeutas mujeres, que representan el 70% y por 7 terapeutas hombres, que representan el 30%.

Gráfico 5. Distribución de los terapeutas de acuerdo al sexo



En relación a la variable “edad del terapeuta” (ver gráfico 6), 17 terapeutas se encuentran en el rango etario de 22 a 25 años, lo que corresponde al 74%, 4 terapeutas se encuentran en el rango etario de 26 a 29 años, lo que corresponde a un 17% y 2 terapeutas se encuentran en el rango etario de 30 y más, lo que corresponde a un 9%.

Gráfico 6. Distribución de los terapeutas según rango etario



4.3. Análisis descriptivo sobre la percepción de los consultantes

4.3.1. Identificación y comparación del nivel de efectividad percibida por consultantes y terapeutas

Las respuestas del cuestionario de “Percepción de Efectividad del Consultante”, se categorizaron en un rango de 0 a 6, donde menos de 4 puntos equivale al rango “poco efectivo”, 4 equivale a “medianamente efectivo”, 5 equivale a “efectivo” y 6 equivale a “muy efectivo”. La cantidad de consultantes que percibieron “muy efectivo” el proceso psicoterapéutico es de 27 personas, lo que representa el 77.1% de la muestra total de los consultantes, mientras que 8 personas percibieron “efectivo” el proceso psicoterapéutico, lo que representa el 22.9% de la muestra (Ver tabla 1). Media 5,77 (ds =,426).

La percepción de efectividad psicoterapéutica del grupo de terapeutas obtuvo una media de 5,57, mientras que el grupo de consultantes obtuvo una media de 5,77. No se identifica una diferencia estadísticamente significativa a nivel de percepción de efectividad terapéutica al comparar ambos grupos. ($p=0,116$ $t=1,594$).

4.3.2. Identificación de áreas con mayor y menor percepción de efectividad según los consultantes

La percepción de efectividad del consultante en las dimensiones sintomatológica, interpersonal, autoconcepto y ocupacional arrojaron los siguientes resultados: 18 consultantes perciben que la terapia fue “muy efectiva” en el nivel sintomatológico, lo que representa el 51.4% del total de consultantes; 14 personas perciben que la terapia fue “muy efectiva” en el nivel de relaciones interpersonales, lo que representa un 41.2% del total; 18 consultantes perciben que la terapia fue “muy efectiva” en el nivel de autoconcepto, lo que representa un 52.9% del total, finalmente 17 personas perciben que la terapia fue “muy efectiva” en el nivel de ocupación, lo que representa un 56.7% del total de consultantes. Al comparar el área con mayor efectividad percibida (ocupacional), con las demás, no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre estas dimensiones ($p=0.718$) (χ^2 2,099). (Ver tabla 1).

La frecuencia de consultantes que perciben que la terapia fue “medianamente efectiva” según las cuatro dimensiones evaluadas se distribuyó de la siguiente forma: 3 consultantes perciben que la terapia fue “medianamente efectiva” en el área sintomatológica, lo que representa el 8,6% del total de consultantes; 5 consultantes perciben que la terapia fue “medianamente efectiva” en el área interpersonal, lo que representa el 14,7% del total; 4 consultantes perciben que la terapia fue “medianamente efectiva” en el área de autoconcepto, lo que representa el 11,8% de la muestra, finalmente 1 consultante percibe que la terapia fue “medianamente efectiva” en el área de ocupación, lo que representa el 3,3% del total de consultantes.

Tabla 1. Frecuencia y porcentajes de la percepción de los consultantes con respecto a las dimensiones de bienestar general, síntomas, relaciones interpersonales, auto concepto y ocupación.

Dimensiones	Poco efectivo		Medianamente Efectivo		Efectivo		Muy Efectivo	
	f	(%)	f	(%)	f	(%)	f	(%)
Bienestar General	-		-		8	22,9%	27	77,1%
Síntomas	1	2,9%	3	8,6%	13	37,1%	18	51,4%
Relaciones Interpersonales	1	2,9%	5	14,7%	14	41,2%	14	41,2%
Auto concepto	-		4	11,8%	12	35,3%	18	52,9%
Ocupación	-		1	3,3%	14	40,6%	15	50,0%

f= frecuencia

4.3.3. Identificación de diferencias en la percepción de efectividad según sexo y edad de los consultantes.

Los 35 consultantes participantes se categorizaron en dos grupos según su rango etario: "rango 1" correspondiente a los consultantes cuyas edades fluctúan entre 18 y 30 años y "rango 2" correspondiente a los consultantes entre 31 y 70 años.

Los 20 consultantes pertenecientes al "rango 1" obtuvieron una media de bienestar general de 5,65 y los 15 consultantes del "rango 2" obtuvieron una media de 5,93, cuya diferencia es estadísticamente significativa. ($p=0,035$; $t=-2,211$). No se observaron diferencias entre las medias de las demás variables evaluadas, (Ver tabla 2).

Tabla 2. Comparación de medias de efectividad percibida por el consultante según rango etario.

Dimensiones	Rango 1		Rango 2		T	P
	Media	Sd	Media	Sd		
Bienestar General	5,65	0,489	5,93	0,258	-2,211	0,035*
Síntomas	5,25	1,070	5,47	0,516	-0,722	0,475
Relaciones Interpersonales	5,30	0,733	5,07	0,917	0,807	0,425
Autoconcepto	5,25	0,716	5,64	0,633	-1,649	0,109
Ocupación	5,47	0,612	5,64	0,505	-0,746	0,462

* $p < 0,05$

Respecto al sexo de los participantes, se categorizaron dos grupos: hombres y mujeres. No se observaron diferencias en las medias de ninguna de las variables evaluadas al comparar ambos grupos. (Ver tabla 3).

Tabla 3. Comparación de medias de efectividad percibida por el consultante según sexo.

Dimensiones	Mujer		Hombre		t	P
	Media	Sd	Media	Sd		
Bienestar General	5,83	0,388	5,67	0,492	1,052	0,300
Síntomas	5,30	0,974	5,42	0,669	-0,357	0,724
Relaciones Interpersonales	5,35	0,775	4,91	0,831	1,509	0,141
Autoconcepto	5,30	0,703	5,64	0,674	-1,305	0,201
Ocupación	5,45	0,605	5,70	0,483	-1,135	0,266

Sd=Desviación estándar; t= T de Student

4.3.4. Identificación de las diferencias en la percepción de efectividad entre población de consultantes clínica y subclínica.

A nivel de ocupación, 3 consultantes, correspondientes al 42,9% del grupo subclínico perciben que la terapia fue “muy efectiva”, mientras que 13 consultantes, correspondientes al 61,9% del grupo clínico perciben que la terapia fue “muy efectiva”. No se observaron diferencias estadísticamente significativas al comparar ambos grupos ($\chi^2=1,42$; $p=0,491$).

A nivel de autoconcepto, 7 consultantes, correspondientes el 77,8% del grupo subclínico perciben que la terapia fue “muy efectiva”, mientras que 10 consultantes, correspondientes al 43,5% del grupo clínico, perciben que la terapia fue “muy efectiva”. No se observaron diferencias estadísticamente significativas al comparar ambos grupos ($\chi^2 i=3,53$; $p=0,17$).

A nivel de relaciones interpersonales, 5 consultantes, correspondientes al 50,0% del grupo subclínico perciben que la terapia fue “muy efectiva”, mientras que 9 consultantes, correspondientes al 40,9% del grupo clínico, perciben que la terapia fue “muy efectiva”. No se observaron diferencias estadísticamente significativas al comparar ambos grupos ($\chi^2=2,843$; $p=0,417$).

A nivel de sintomatología, 6 consultantes, correspondientes al 60,0% del grupo subclínico, perciben que la terapia fue “muy efectiva”, mientras que 11 consultantes, correspondientes al 47,8 del grupo clínico, perciben que la terapia fue “muy efectiva”. No se observaron diferencias estadísticamente significativas al comparar ambos grupos ($\chi^2=0,808$; $p=0.848$). (Ver tabla 4).

Tabla 4. Comparación de la percepción de efectividad de consultantes entre población clínica y subclínica según área.

Dimensiones	χ^2	P	Población Subclínica		Población Clínica	
			Muy efectivo		Muy efectivo	
			f	(%)	f	(%)
Síntomas	0,808	0.848	6	60,0%	11	47,8%
Relaciones						
Interpersonales	2,843	0,417	5	50,0%	9	40,9%
Auto concepto	3,536	0,171	7	77,8%	10	43,5%
Ocupación	1,424	0,491	3	42,9%	13	61,9%

$\chi^2=$ chi cuadrado; $f=frecuencia$

4.4. Análisis descriptivo de la comparación de la percepción del terapeuta respecto de la percepción del consultante.

4.4.1. Identificación de las diferencias en la percepción de efectividad en áreas entre consultantes y terapeutas.

En la variable “síntomas”, la media de la percepción de efectividad de los consultantes fue de 5,34 y la de terapeutas fue de 4,77, cuya diferencia es estadísticamente significativa ($p=0,012$; $t=2,587$); en la variable “relaciones interpersonales”, la media de los consultantes fue de 5,21 y la de terapeutas fue de 4,71, encontrándose una diferencia

estadísticamente significativa entre las medias ($p=0,029$; $t=2,226$); la variable “autoconcepto” en los consultantes fue de 5,41 y en los terapeutas de 5,15, en esta variable no se observaron diferencias entre las medias; en la variable “ocupación” la media de los consultantes fue de 5,53 y en los terapeutas 4,63, cuya diferencia estadística es altamente significativa ($p=0,00$; $t=4,398$); finalmente a nivel de bienestar general, la media de percepción de efectividad en los consultantes fue de 5,77 y en los terapeutas 5,57, no encontrándose una diferencia estadísticamente significativa entre sus medias. (Ver tabla 5).

Tabla 5. Comparación de medias en la efectividad percibida en áreas entre consultantes y terapeutas.

Dimensiones	Consultante		Terapeuta		t	P
	Media	Sd	Media	Sd		
Bienestar General	5,77	0,426	5,57	0,608	1,594	0,116
Síntomas	5,34	0,873	4,77	0,973	2,587	0,012*
Relaciones Interpersonales	5,21	0,808	4,71	1,031	2,226	0,029*
Autoconcepto	5,41	0,701	5,15	1,019	1,248	0,217
Ocupación	5,53	0,571	4,63	0,964	4,398	0,00**

* $p<0,05$; ** $p<0,001$

4.4.2. Identificación de la concordancia entre consultante y terapeuta respecto de por qué es efectiva la terapia.

De los 34 reportes referentes al “motivo de efectividad de la terapia” del consultante, 16 de ellos lo atribuyen a la mejoría en la categoría “autoconcepto”, correspondiente al 47,05%; 12 consultantes lo atribuyen a la categoría “relación terapéutica”, correspondiente al 35,29%; 3 consultantes lo atribuyen a la mejoría en la categoría “relaciones interpersonales”, correspondiente al 9,37% y 1 consultante lo atribuye a la categoría “síntomas”, correspondiente al 2,94%.

De los 33 reportes referentes al “motivo de efectividad de la terapia” del terapeuta, 13 de ellos lo atribuyen a la mejoría en la categoría “autoconcepto”, correspondiente al 39,39%;

12 terapeutas lo atribuyen a la mejoría en la categoría “relación terapéutica”, correspondiente al 36,36%; 6 terapeutas lo atribuyen a la categoría “sintomatología”, correspondiente al 18,18% y 2 terapeutas lo atribuyen a la mejoría en la categoría “relaciones interpersonales”, correspondiente al 6,06%. (Ver tabla 6).

Tabla 6. Frecuencias y porcentajes del motivo de efectividad de la terapia en áreas según consultantes y terapeutas.

Variable de mejoría	Consultantes		Terapeutas	
	F	%	F	%
Autoconcepto	16	47,05%	13	39,39%
Relación terapéutica	12	35,29%	12	36,36%
Relaciones interpersonales	3	9,37%	6	18,18%
Síntomas	1	2,94	2	6,06%

f=frecuencia

4.4.3. Identificación de la correspondencia en el motivo de la efectividad entre consultantes y terapeutas.

Respecto a la pregunta “¿por qué el proceso terapéutico contribuyó a mi bienestar psicológico?”, se clasificaron las respuestas de consultantes y terapeutas en 5 categorías: 1=síntomas; 2=relaciones interpersonales; 3=autoconcepto; 4=ocupación y 5=relación terapéutica.

De un total de 32 diadas (consultante-terapeuta) de reportes referentes al “motivo de la efectividad de la terapia”, se identificaron 12 desacuerdos entre consultantes y terapeutas sobre el motivo del bienestar, equivalentes al 37,5% del total de diadas, mientras que se identificaron 20 acuerdos, equivalentes al 62,5% del total (ver tabla 7).

Tabla 7. Frecuencia y porcentajes de los acuerdos entre consultantes y terapeutas respecto al motivo de efectividad.

Concordancia en Motivo de Consulta	F	(%)
Acuerdos	20	62,50%
Desacuerdos	12	37,50%
Total	32	100,00%

f=frecuencia

Al identificar las áreas en las que existió acuerdo, 9 (45%) pertenecen a la categoría “autoconcepto”; 8 (40%) pertenecen a la categoría “relación terapéutica” y 3 (15%) pertenecen a la categoría “síntomas”. (Ver tabla 8).

Tabla 8. Frecuencia y porcentaje de acuerdos según área de efectividad.

Reporte Díadas	Acuerdos	
	F	(%)
Autoconcepto	9	45%
Relaciones Terapéutica	8	40%
Síntomas	3	15%

f=frecuencia

5. DISCUSIÓN

A continuación se presentan los principales hallazgos del estudio y su correspondencia con la revisión teórica realizada.

El 77,1% de los consultantes percibió “muy efectivo” el proceso terapéutico, mientras que el 22,9% restante, lo consideró “efectivo”. Los resultados obtenidos representan el alto nivel de efectividad percibida en la totalidad de los procesos evaluados, tanto en el grupo de consultantes como de terapeutas, ya que la evaluación de éstos no difiere con la realizada por los consultantes.

La efectividad percibida refiere al alto nivel de satisfacción con el servicio que actualmente brinda el CAPSI de la Universidad de Valparaíso, cuya característica distintiva es la gran cantidad de terapeutas en formación que cursan el último año de la carrera de Psicología y realizan allí el primer acercamiento práctico-profesional a la psicoterapia. De la cantidad total de terapeutas participantes, un 19,4% corresponde a profesionales psicólogos voluntarios ya titulados, con distinta experiencia profesional y un 82,6%, corresponde a terapeutas practicantes.

El alto nivel de efectividad percibida, tanto por consultantes y terapeutas, en la totalidad de los procesos psicoterapéuticos estudiados es coherente con los planteamientos de Winkler y colaboradores (1993), quienes señalan que no existen diferencias en cuanto a efectividad terapéutica identificada entre terapeutas profesionales y practicantes (Santibáñez, Roman y Vinet., 2009).

En una investigación de similares características realizada en la Universidad de la Frontera, Chile por Santibáñez, Román y Vinet (2009), cuyo propósito fue determinar la relación y efectividad terapéutica en el Centro de Atención Psicológica de la Universidad de la Frontera, se determinó que los terapeutas en formación son capaces de dirigir procesos psicoterapéuticos que producen recuperación y una mejoría significativa en la salud psicológica de los consultantes que se atienden. El nivel de percepción de efectividad

obtenida en los procesos terapéuticos del CAPSI, permite reafirmar esta idea y establecer que la falta de entrenamiento del terapeuta practicante no incide en la disminución de la percepción de efectividad que realiza el consultante.

Respecto a las diferencias entre la percepción de efectividad terapéutica de consultantes y terapeutas, no se identifica una diferencia estadísticamente significativa, sin embargo, existe una diferencia clínica donde los consultantes perciben mayor efectividad que los terapeutas en el proceso terapéutico. Estudios recientes, han postulado que esta diferencia podría deberse a que en los comienzos de la labor profesional, la inseguridad respecto al desempeño es tan grande que a veces se torna secundario el mundo del paciente (Levy, 2011). Por esta razón, el terapeuta de pregrado estaría muy centrado en lo que dice o no dice, hace, no hace o debería haber hecho, en lugar de adentrarse por completo en las experiencias de vida del consultante. La evaluación del proceso que tienen los consultantes difiere con la del terapeuta de pregrado, ya que estos últimos tenderían a ser más exigentes con respecto al nivel de cambio esperado (Santibáñez, Roman, & Vinet, 2009), y por lo tanto, percibir una menor efectividad del proceso que los consultantes.

En relación a la efectividad percibida en áreas por los consultantes, éstos perciben mayor efectividad del proceso en el área autoconcepto. Si bien es cierto, la percepción de efectividad global del proceso terapéutico que realiza el consultante es positiva, el orden de las áreas según los porcentajes de efectividad, determinó que el autoconcepto obtuvo el más alto nivel de efectividad percibida por los consultantes, con un 52,9% de reportes de máxima efectividad. Krause (2006) establece que el cambio psicoterapéutico se desarrolla principalmente en la esfera subjetiva del consultante, es decir, en las transformaciones de la representación del sí mismo. En este sentido la “esencia” del cambio psicoterapéutico genérico, estaría situada en la esfera de lo “representacional”, incluyendo aspectos tanto cognitivos, como afectivos y valorativos.

Considerando los postulados de Krause, los resultados obtenidos son coherentes a esta concepción del cambio en psicoterapia, donde destaca la percepción de efectividad a nivel subjetivo-representacional.

Para Rogers (1954), el cambio en psicoterapia está referido, fundamentalmente, a la disminución de la distancia entre el yo ideal y el yo real del consultante. Este constructo auto referencial resulta de la congruencia plena entre el yo real y el yo ideal, que adquiere significado personal al sentirse el consultante orgulloso de sí, otorgando una valoración alta a los atributos propios y viéndose desde un punto de vista positivo. Según Luna & Molero (2013), la importancia del autoconcepto reside en su relevante influencia en la formación de la personalidad, teniendo relación en el cómo se siente, piensa, aprende, valora, relaciona y comporta la persona. En el mismo sentido Vera y Zebadúa (2002) en Gaibor & Aurora, (2012), proponen que el autoconcepto se considera una necesidad humana profunda y poderosa, básica para la vida sana, el buen funcionamiento y la autorrealización, estando relacionado con el bienestar general. Los autores antes mencionados, destacan la relevancia del trabajo a nivel subjetivo representacional, enfatizando la relevancia de su fortalecimiento a través de la terapia.

En relación a la influencia de variables sociodemográficas no se identifican diferencias estadísticamente significativas en la percepción de efectividad del consultante según su sexo, sin embargo, las mujeres obtuvieron una media de bienestar general de 5,83 mientras que los hombres de 5,67, estos resultados son coherentes con los hallazgos de un estudio realizado por Salvador (2007) que refiere que las mujeres se comprometen más con la terapia (Kover, 1999; Philips y cols., 1992) y en ese sentido, Stafford (1996) argumenta que la percepción de la efectividad de la misma, es superior en el caso de las mujeres. En relación a la edad sí se identifican diferencias estadísticamente significativas entre grupos, siendo los consultantes de 31 a 70 años quienes perciben mayor efectividad en el proceso terapéutico que los de 18 a 30 años. Si bien es cierto, la revisión bibliográfica no dio cuenta de hallazgos de percepción de efectividad diferenciada según rangos etarios, es posible inferir que la expectativa inicial de los consultantes influye en la percepción de efectividad final de la terapia. La expectativa inicial de consultantes adultos ante terapeutas practicantes jóvenes, podría ser menor, considerando la falta de experiencia profesional, sin embargo, al término del proceso el consultante adulto podría maximizar los efectos de la

intervención y por lo tanto, hacer una mejor evaluación de la efectividad de la terapia que los consultantes jóvenes .

En relación a las diferencias entre la población clínica y subclínica se identificó que la población subclínica percibe mayor efectividad que la población subclínica en las áreas ocupación, síntomas y autoconcepto, mientras que a nivel interpersonal, tanto el grupo clínico como subclínico percibe el mismo nivel de efectividad, por lo tanto, a nivel global el grupo subclínico percibe una mayor contribución del proceso psicoterapéutico en su bienestar.

Estos hallazgos reafirman otras investigaciones referidas a la percepción de efectividad según el nivel de gravedad clínica, como el de Castro (2001), cuyos resultados establecen que los pacientes que tienden a permanecer y progresar más en tratamiento son aquellos con trastornos menos graves. Es necesario considerar, que si bien, la muestra estudiada se divide en las categorías clínica y subclínica, el universo total de casos ingresados en el CAPSI no contempla la atención de patologías psiquiátricas severas. En base a esto, es posible establecer que con independencia de las características poblacionales de los centros de atención psicológica, los consultantes menos graves, serían los que más se benefician del proceso terapéutico.

Entre la relación terapéutica y efectividad percibida por el consultante, se identificó una correlación estadísticamente significativa entre las variables bienestar general y relación terapéutica desde la perspectiva de los consultantes. Las características de la relación terapéutica fueron percibidas positivamente por los consultantes, lo que se corresponde con los resultados de la investigación de Santibáñez, Roman y Vinet (2009), donde se establece que los psicoterapeutas en formación son capaces de establecer un vínculo inicial que estimula al consultante a mantenerse en el proceso de atención psicológica y sostener la motivación durante el mismo.

Una revisión de 132 investigaciones de proceso y resultado psicoterapéutico hecha por Orlinsky, Grawe y Parks (1994), concluyó que existe una fuerte relación entre la calidad de

la alianza terapéutica y el resultado del proceso de psicoterapia, surgiendo una amplia gama de investigaciones a nivel mundial que plantean que diversos aspectos de la alianza terapéutica han sido correlacionados positivamente con los resultados del tratamiento (Santibáñez, Roman y Vinet., 2009).

Los resultados obtenidos son coherentes a esta revisión, ya que los consultantes percibieron un alto nivel de efectividad en los procesos terapéuticos y calidad en la relación terapéutica, siendo esta relación significativa. Según Opazo (1986) en (Santibáñez, Román, Lucero, Espinoza, Irribarra y Muller., 2008), es posible sostener que la buena relación entre consultante y terapeuta mejora la efectividad terapéutica, y a su vez, la mayor efectividad mejora la relación terapéutica. Esta causalidad circular, en la línea de un círculo virtuoso, es uno de los pilares centrales del proceso terapéutico y justificaría los resultados respecto a la percepción tanto de consultantes como terapeutas sobre la relación y efectividad terapéutica.

Respecto a la percepción diferenciada entre consultantes y terapeutas sobre la efectividad del proceso terapéutico, los primeros percibieron mayor efectividad que los terapeutas en las áreas de síntomas, relaciones interpersonales y ocupación. Sin embargo, el área de autoconcepto obtuvo acuerdo entre ambos grupos, lo que podría indicar que tanto consultantes como terapeutas son conscientes del trabajo realizado a nivel de la esfera representacional (Krause, 2005).

Entre consultantes y terapeutas se identifica un alto nivel de concordancia entre el motivo de la efectividad de la terapia que reportan ambos, siendo el autoconcepto el área con más acuerdo entre las diadas. La positiva evaluación de la relación terapéutica que realizaron tanto consultantes como terapeutas en la totalidad de los procesos estudiados, refiere un alto nivel de “sintonía” y “acuerdo” respecto a la percepción de las características y alcances del proceso terapéutico.

Un estudio realizado por María Griffin (2014), que evalúa la alianza terapéutica entre pacientes y terapeutas practicantes, encontró que existe una correlación significativa entre

los resultados del WAI versión paciente y WAI versión terapeuta, es decir, mientras mejor es la calidad de la alianza terapéutica percibida por el paciente mejor es la calidad de la alianza terapéutica percibida por el terapeuta. Así lo demostraron los resultados del estudio con las semejanzas encontradas en la percepción de la relación terapéutica que realizaron consultantes y terapeutas.

Para Bachelor (2013) el lograr establecer una concordancia entre lo que busca el paciente y los objetivos del terapeuta es fundamental para poder establecer una relación colaborativa hacia una misma meta, lo que mejora la efectividad de la terapia (Bachelor, 2013., en Griffin, 2014). Esta relación colaborativa se refleja en el alto nivel de concordancia obtenida entre el motivo de la efectividad que reportan consultantes y terapeutas, siendo el área del autoconcepto el más utilizado por ambos.

6. CONCLUSIÓN

Para el desarrollo de la investigación fue fundamental realizar una amplia revisión histórica sobre los estudios de efectividad en psicoterapia, con el objetivo de comprender la evolución de la aproximación investigativa hacia la práctica clínica, identificando los puntos de interés que han marcado cada tiempo histórico del desarrollo de la psicoterapia. Lo anterior permitió obtener nociones y pautas respecto al desarrollo de la investigación de efectividad clínica y generar un estudio situado en las interrogantes actuales, aportando a las nuevas discusiones y conocimientos locales.

Las revisiones de cambio y efectividad, dieron cuenta del persistente divorcio entre terapeutas e investigadores, pues éstos últimos no desarrollan estudios de interés y/o utilidad para los terapeutas, y por lo tanto, éstos dejan de nutrir su quehacer profesional con los avances científicos de su disciplina (Krause, 2011). Ante este panorama, el estudio se propuso generar un flujo de comunicación bidireccional, en primer lugar, impulsando la participación de los clínicos en la investigación, a través de la explicación de sus características y el relleno de los cuestionarios de percepción de efectividad, y en segundo lugar, haciendo de la investigación una fuente de respuestas a interrogantes locales y actuales en psicoterapia.

Respecto a la identificación y comparación de la percepción de efectividad entre consultantes y terapeutas sobre su proceso psicoterapéutico en el CAPSI, a nivel de resultados, los hallazgos dieron cuenta de un alto nivel de efectividad percibida tanto de consultantes como de terapeutas respecto a la contribución de la terapia en el bienestar del consultante. Lo anterior permite establecer que el trabajo realizado por los terapeutas del centro fue satisfactorio en términos de efectividad terapéutica. Es importante mencionar que la gran mayoría de los terapeutas correspondieron a estudiantes de pregrado, cuya escasa experiencia en la práctica clínica no incidió en un menor nivel de efectividad percibida por los consultantes. A nivel de proceso, tanto consultantes como terapeutas percibieron muy positivo el establecimiento de la relación terapéutica.

En relación a la percepción de efectividad diferenciada que realizaron los consultantes que conformaron la población clínica y subclínica, los primeros reportaron haber percibido una

mayor efectividad en sus procesos terapéuticos, hallazgo que se contrapone a lo indicado por la literatura en esta materia de estudio. Lo anterior resulta relevante debido a que aporta un nuevo antecedente para concluir que la formación clínica de los terapeutas de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso es acorde a las diversas demandas de atención psicológica que se presentan en el CAPSI.

De acuerdo a la pregunta referente al porqué el proceso psicoterapéutico contribuyó al bienestar del consultante, los resultados dieron cuenta de una alta sintonía entre consultantes y terapeutas en la respuesta entregada, siendo la mejoría en el área autoconcepto aquella que más ocasiones coincidieron entre ambos grupos de participantes. De esta forma, tanto consultantes como terapeutas, indicaron que la psicoterapia había contribuido mayoritariamente al mejoramiento del autoconcepto por sobre las demás áreas de trabajo. El alto nivel de acuerdo y sintonía de consultantes y terapeutas sobre el motivo de mejoría se pueden vincular a los positivos resultados obtenidos a nivel de la relación terapéutica.

Referente a las variables sociodemográficas del consultante, los resultados arrojaron que no existen diferencias en la percepción de efectividad vinculadas al sexo de los consultantes participantes. Sin embargo, al correlacionar los rangos etarios con la percepción de efectividad, se logró concluir que existe una diferencia relacionada con esta variable. Los consultantes pertenecientes al rango etario de 31 a 70 años perciben una mayor efectividad en sus procesos psicoterapéuticos.

También se observa a través de los resultados obtenidos que los participantes dan cuenta del establecimiento de una relación terapéutica positiva entre consultantes y terapeutas. Según autores como Santoña y Botella (2003) aspectos de la relación terapéutica como colaboración y confianza están relacionados de forma significativa con el resultado exitoso de la terapia. A partir de esto se reafirma la premisa de que la cualidad positiva de la relación terapéutica contribuye a la efectividad de los procesos terapéuticos y viceversa.

Resumiendo los hallazgos, se identificó el alto nivel de percepción de efectividad en los consultantes y terapeutas respecto al proceso terapéutico, donde consultantes perciben mayor efectividad que los terapeutas, particularmente en el área autoconcepto. El sexo no

se relaciona con la percepción de efectividad, sin embargo la edad pareció vincularse, percibiendo más efectivo el proceso aquellos consultantes de mayor rango etario. La población clínica percibió más efectividad terapéutica que la subclínica. Se identificó un alto nivel de acuerdo entre consultantes y terapeutas respecto al motivo de la efectividad terapéutica, mayoritariamente en el área de autoconcepto. Finalmente la investigación dio cuenta de un positivo establecimiento de la relación terapéutica en los procesos.

La investigación cumplió un propósito fundamental de comunicación entre investigación y práctica clínica, promoviendo el interés de los terapeutas en los resultados de una investigación que aporta al conocimiento local.

El estudio representó el primer acercamiento investigativo que reconoció los efectos de las intervenciones psicoterapéuticas del CAPSI, cuyas principales áreas de interés se centraron en la percepción de efectividad terapéutica de los consultantes y sus respectivos terapeutas, la influencia de la relación terapéutica en la evaluación de efectividad global y de áreas, y la identificación de diferencias entre la percepción del terapeuta y el consultante respecto a las características y resultados del proceso psicoterapéutico. Esto además sirve como antecedente para futuras investigaciones que se desarrollen en el centro en materia de efectividad, relación terapéutica y percepción de consultantes y terapeutas sobre el proceso psicoterapéutico.

Otra de las características del estudio que resulta más interesante para los terapeutas, fue que se desarrolló en un contexto real, naturalista, es decir, que estudió la práctica clínica sin la manipulación de variables propias de un estudio experimental, siendo sus resultados más cercanos y útiles al quehacer psicoterapéutico. Esto permitió valorar cada uno de los reportes como esenciales en la comprensión del proceso y los resultados obtenidos en psicoterapia.

La rigurosidad metodológica y ética en desarrollo del estudio constituyeron un punto central en esta investigación, ya que los resultados obtenidos son un fundamento confiable para el desarrollo de nuevas investigaciones en el área de la psicología clínica.

En relación con las limitaciones de este estudio la evaluación realizada solamente a procesos terapéuticos finalizados o sobre las 10 sesiones puede influir sobre el alto nivel de

efectividad percibida tanto por consultantes y terapeutas, extrapolándose los hallazgos hacia la imagen del funcionamiento global del CAPSI, esto podría suponer un sesgo en la percepción de efectividad, por lo que es necesario comprender los resultados sólo en el margen de los procesos donde ya existía compromiso y motivación del consultante con el proceso terapéutico.

Algunas dificultades que impidieron poder obtener mayor información del consultante y relacionarlos con la efectividad y relación terapéutica, fueron la falta de datos en las fichas clínicas respectivas, tales como la totalidad de los motivos de consulta y otros datos sociodemográficos.

Al representar esta investigación, el primer acercamiento investigativo a la evaluación de efectividad y relación terapéutica en el CAPSI, entrega nociones útiles sobre percepción de proceso y resultados desde la perspectiva de consultantes y terapeutas, sin embargo, aún es posible obtener más información respecto a características de los procesos psicoterapéuticos realizados en CAPSI u otros centros de atención psicoterapéutica.

Para futuras investigaciones en materia de efectividad psicoterapéutica, sería interesante una replicación de este estudio con población infanto-juvenil, construyendo métodos de evaluación cualitativamente distintos, dirigidos a conocer la evaluación de la población infantojuvenil sobre el proceso y los resultados terapéuticos, identificando niveles de percepción de efectividad y relación terapéutica. Lo anterior permite contrastar los resultados con los de población adulta, identificando diferencias y similitudes en torno a la evaluación que se realiza.

Además es recomendable realizar investigaciones en las que se trabaje con una muestra representativa de la totalidad de casos anuales atendidos en el CAPSI, identificando percepción de efectividad y relación terapéutica en procesos de menor duración, con intervención familiar y/o en casos donde exista deserción, con el objetivo de obtener nociones del funcionamiento global del centro.

A partir de este tipo de investigaciones, es posible realizar también estudios cualitativos respecto a efectividad y relación terapéutica, con el objetivo de conocer en profundidad

cómo es vivido y representado el cambio psicoterapéutico, la efectividad percibida y la evaluación de la relación terapéutica.

Finalmente se recomienda aumentar el número de investigaciones que respondan interrogantes de utilidad clínica para los terapeutas y así aumentar la lectura de la evidencia que aportan las nuevas investigaciones, siempre considerando que la optimización del quehacer psicoterapéutico debe fundamentarse en el beneficio que obtiene el consultante en la psicoterapia.

7. REFERENCIAS

- Anderson, C.A. (1997). Effects of violent movies and trait hostility on hostile feelings and aggressive thoughts. *Aggressive Behavior*, 23, 161-178
- Arratia, M. (2007). La efectividad del proceso terapéutico en relación a la retroalimentación y la alianza terapéutica. *Ciencia Psicológica*, 1(2), 1-12.
- Arredondo Ríos, M. (2005). Alianza terapéutica en psicoterapia: concepción e importancia atribuida por psicoterapeutas con distintas orientaciones teóricas que trabajan en el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de Chile (CAPs).
- Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings.
- Basler, H., & Medrano, L. (2011). Criterios para la evaluación de estudios de evidencia. LA Medrano (comp.), *Prácticas en salud basadas en la evidencia*, 45-62.
- Bergen, A. V., & Parra, G. D. L. (2002). OQ-45.2, cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia: adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. *Revista Terapia psicológica*, Volumen 20(2), 161-176.
- Bozok, B., & Bühler, K. E. (1988). Wirkfaktoren der Psychotherapie-spezifische und unspezifische Einflüsse. *Fortschritte der Neurologie- Psychiatrie*, 56(04), 119-132.
- Busot, I. (1997). Teoría de la auto-eficacia (A. Bandura): Un basamento para el proceso instruccional. *Encuentro Educativo*, 4(1).
- Cáceres, C., Fernández, I. & Sanhueza, J. (1990). Evaluación del cambio en psicoterapia: Un estudio de resultados [Assessment of psychotherapychange: A studyaboutoutcomes]. *TerapiaPsicológica*, 9(14), 66-79.
- Castro Solano, A. (2001). ¿Son eficaces las psicoterapias psicológicas? *Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad*, (3), 59-90

- Coolican, H. (1994). Métodos de investigación y estadística en psicología. M. E. G. López (Ed.). El Manual Moderno.
- Corbella, S. & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19, 2, 205- 221.
- Corbella, S. (2004). Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes. Editorial Visión Libros. (pp.11)
- Dávila Martínez, V. P. (2011). El éxito terapéutico: Un análisis desde la perspectiva del cliente.
- De la Parra G. (2001). Psiquiatría y Psicoterapia hoy: tendencias de la Investigación en Psicoterapia. *Folia Psiquiátrica*. Sociedad de Neurología Psiquiatría y Neurocirugía; 6(3): 27-35
- De la Parra, G., von Bergen, A., & del Río, M. (2002). Primeros hallazgos de la aplicación de un instrumento que mide resultados psicoterapéuticos en una muestra de pacientes y de población general: Preliminary Findings. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(3), 201-209.
- De la Parra, G. (2005) Investigación, vínculo y cambio: ¿Algo nuevo bajo el sol?
- Durlak, J. A. (1979). Comparative effectiveness of paraprofessional and professional helpers. *Psychological Bulletin*, 86, 80-92.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: De la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 181-204
- Echeburúa, E., de Corral Gargallo, P., & Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: Un análisis de la realidad actual. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 15(2.)
- Etchevers, M., González, M., Sacchetta, L., Iaconi, C., Muzzio, G., & Miceli, C. (2010). Relación terapéutica: su importancia en la psicoterapia. In *Memorias del II Congreso*

- Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVII Jornadas de Investigación. VI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR (Vol. 3, pp. 49-52).
- Eysenck, H.J. (1952): "The effects of psychotherapy: An evaluation" en *Journal of Consulting Psychology*, 16, p. 319-324.
- Fantín, M., García, H. (2010) Percepción de eficacia de la psicoterapia en Argentina. Universidad Nacional de San Luis, *Revista Puertorriqueña de Psicología* Vol. 21.
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. A., Botella, L., Corbella, S., & López-González, M. A. (2012). La version española del CORE-OM: Clinical outcomes in routine evaluation-outcome measure. *Revista de psicoterapia*, 89, 1-22.
- Ferro, R y Vives, M. (2004). Un análisis de los conceptos de efectividad, eficacia y eficiencia en psicología. *Revista Panace@*, Vol. V, n° 16.
- Frank, J. (1982). Therapeutic Components shared by all psychotherapies. En J. Harvey, M. Parks (Eds.), *Psychotherapy research and behavior change*. Washington, APA.
- Gaibor, R., & Aurora, C. (2012). El autoconcepto y su incidencia en los embarazos.
- García, L. N. (2008). Historia reciente de la investigación en psicoterapia. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 1(1).
- García, L. N. (2008). Historia reciente de la investigación en psicoterapia. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 1(1).
- García, H. D., & Fantin, M. B. (2010). Percepción de eficacia de la psicoterapia en Argentina. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 21, 155-169.
- Gelso, C. y Carter, J. (1985). The Relationship in Counseling and Psychotherapy: Components, Consequences, and Theoretical Antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13, 155 - 243.

- Goldenberg, J. S., & Aguayo, M. L. M. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(3), 149-59.
- Goldfried, M. R., Greenberg, L. S. & Marmar, C. R. (1990). Individual psychotherapy: Process and outcome. *Annual Review of Psychology*, 41, 659-688
- Griffin Valdivieso, M. I. (2014). Alianza terapeutica entre pacientes y terapeutas practicantes en tres tipos de corrientes psicológicas terapia cognitiva conductual, terapia humanista y terapia psicodinámica.
- Horvath, A. O. y Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy*. American Psychological Association.
- Krause, M. (1998). Construcción y transformación de teorías subjetiva a través de la psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 7, 29-43
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y cambio. Una mirada desde la subjetividad*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Krause, M., De la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N. & Ramírez, I. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 299-325.
- Krause, M. (2011). La psicoterapia:¿ Oficio sin ciencia y ciencia sin oficio. *Revista Colombiana de Psicología*, 20(1), 89-98.
- LaCrosse, M. B. (1980). Perceived counselor social influence and counseling outcomes: Validity of the counselor Rating Form. *Journal of Counseling Psychology*, 27, 320-327.
- Lambert, M. J. & Anderson, E. M. (1996). Assesment for the time limited psychoterapies. *Annual Review of Psychiatry*, 15, 23-47

- Lara, C, Cruz, C, Vacarezza, A, Florenzano, Ramón, & Trapp, A. (2008). Análisis comparativo de dos instrumentos de evaluación clínica: OQ-45 e InterRAI- Salud Mental. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 46(3), 192-198.
- Levy, R. (2011) El terapeuta inicial, ética, entrenamiento y supervisión, desde un abordaje de integración cognitiva.
- Luna, N. C., & Molero, D. (2013). Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, (10).
- Maione, P.V. & Chenail, R.J. (1999). Qualitative inquiry in psychotherapy: Research on the common factors. En M. A. Hubble, B.L.
- Meyer, A.E. (1990). Eine Taxonomie der bisherigen Psychotherapieforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 14, 287-291
- Moncada, H y Kühne, W. (2003). Importancia de la investigación en psicoterapia para los psicólogos clínicos, Escuela de psicología, Universidad de Santiago de Chile. *Terapia psicológica*, vol.21, n° 2, 193-201.
- Navarro, M. D. F., i Llobell, J. P., & i Bort, H. M. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del psicólogo*, (87), 1.
- Pérez, M. (1998). La Psicología Clínica desde un punto de vista contextual. *Papeles del Colegio*; 69: 25-40.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Sales, C. (2009). Aspectos metodológicos de la investigación de la psicoterapia: Panorama histórico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(2), 383-403.
- Salvador, C. (2007), Diferencias de género en la percepción de la calidad del servicio. *Boletín de psicología*, n°89, marzo 2007, págs. 29-45. España.

- Sánchez-Hernández, R. M., Martínez-Tur, V., González-Morales, M. G., Ramos, J. y Peiró, J. M. (2009). Un análisis transnivel de las relaciones de la calidad de servicio y la confirmación de expectativas con la satisfacción de los usuarios. *Psicothema*, 21(3), 421-426.
- Santibáñez Fernández, P. M., Román Mella, M. F., Lucero Chenevard, C., Espinoza García, A. E., Iribarra Cáceres, D. E., & Müller Vergara, P. A. (2008). Variables inespecíficas en psicoterapia. *Terapia psicológica*, 26(1), 89-98.
- Santibáñez Fernández, P. M., Román Mella, M. F., & Vinet, E. V. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26(2), 267-287.
- Santoña, S. C., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19(2), 205-221
- Seligman, M.E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports Study. *American psychologist*, 50, 12, 965-974.
- Stiles, W. B., Morrison, L. A., Haw, S. K., Harper, H., Shapiro, D. A., & Firth-Cozens, J. (1991). Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28(2), 195
- Stiles, W., Shapiro, D. y Elliot R., (1986): Are All Psychotherapies Equivalent?, *American Psychologist*, Vol. 41, (2), 165-180.
- Strupp, H. H. (1995). The psychotherapist's skills revisited. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 70-74
- Valdés, C., & Errázuriz P., (2012) Salud Mental en Chile: El Paciente Pobre del Sistema de Salud. Número 11. Página 1.
- Valdés, N. (2014) Una revisión de Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (6th Ed.). *Revista de Psicología Universidad de Chile*. 23(2), 133-138

- Vargas, O., Ayala, E. G. C., Cruz, E. M., Pérez, M. T. S., & Treviño, E. M. E. H. (2003). Satisfacción del usuario como indicador de calidad. *Revista mexicana de Enfermería cardiológica*, 11(2), 58-65.
- Winkler, M.I., Avendaño, C., Krause, M. & Soto, A. (1993). El cambio psicológico desde la perspectiva de los consultantes [Client's perception of psychological change]. *Terapia Psicológica*, 11(1), 7-19
- Winkler, M., Cáceres, P., Fernández F., Sanhueza J., (1989) Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico: Una sistematización. *Revista Terapia Psicológica*, Año VIII N° 11, (34 a 40).

8. ANEXOS

ANEXO 1. Cuestionario de resultados OQ-45.2

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M F

Nº Ficha: _____ Sesión Nº _____ Fono: _____ Fecha: _____

Instrucciones: para ayudarnos a entender como se ha estado sintiendo, básiense en los **ULTIMOS SIETE DÍAS**, incluyendo el día de hoy. Lea cuidadosamente las frases y seleccione la categoría que mejor describa como se siente esta semana. En el cuestionario el término "TRABAJO" se refiere al empleo, la escuela, el trabajo voluntario, ser dueña de casa cuidar los niños, etc. Por favor no escriba en las áreas oscuras. Marque con una "X" en el cuadro que corresponda.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre				
1. Me llevo bien con otros	4	3	2	1	0				
2. Me canso rápidamente.	0	1	2	3	4				
3. Nada me interesa	0	1	2	3	4				
4. Me siento presionado (estresado) en el trabajo/escuela.	0	1	2	3	4				
5. Me siento culpable.	0	1	2	3	4				
6. Me siento irritado, molesto.	0	1	2	3	4				
7. Me siento contento con mi matrimonio/pareja.	4	3	2	1	0				
8. Pienso en quitarme la vida.	0	1	2	3	4				
9. Me siento débil.	0	1	2	3	4				
10. Me siento atemorizado.	0	1	2	3	4				
11. Necesito tomar bebidas alcohólicas en la mañana, después de haber tomado el día anterior. (Si esto no le ocurre marque nunca).	0	1	2	3	4				
12. Encuentro satisfacción en mi trabajo/ escuela.	4	3	2	1	0				
13. Soy una persona feliz.	4	3	2	1	0				
14. Trabajo/estudio excesivamente (mas de la cuenta).	0	1	2	3	4				
15. Me siento inútil.	0	1	2	3	4				
16. Me abruma (angustian) los problemas de mi familia.	0	1	2	3	4				
17. Mi vida sexual me llena.	4	3	2	1	0				
18. Me siento solo.	0	1	2	3	4				
19. Discuto frecuentemente.	0	1	2	3	4				
20. Me siento querido y que me necesitan.	4	3	2	1	0				
21. Disfruto mi tiempo libre.	4	3	2	1	0				
22. Tengo dificultades para concentrarme.	0	1	2	3	4				

	SD	IR	SR
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 2.

CUESTIONARIO PERCEPCIÓN DE EFECTIVIDAD EN PSICOTERAPIA DESDE LA PERSPECTIVA DEL CONSULTANTE

N° de Ficha			
Fecha			
Edad			
Sexo	F	M	
Fecha inicio de psicoterapia			
Fecha término de psicoterapia			
N° de sesiones realizadas			

Motivo de consulta:

El siguiente cuestionario contiene una serie de preguntas, cuyo objetivo es conocer la percepción del consultante respecto al proceso y los resultados de la atención psicológica recibida en el Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso (CAPSI).

El cuestionario consta de tres partes:

- 1.- Los resultados:** La primera parte del cuestionario está orientada a evaluar el efecto de la intervención psicoterapéutica sobre las problemáticas individuales y relacionales que el consultante trabajó a lo largo del proceso psicoterapéutico.
- 2.- La relación:** La segunda parte del cuestionario está orientada a evaluar las características que tuvo la relación entre terapeuta y consultante durante el proceso psicoterapéutico. Posteriormente se evalúan los efectos de la relación sobre la mejoría de las problemáticas del consultante.
- 3.- Aspectos generales:** La tercera parte del cuestionario está orientada a evaluar a nivel general la efectividad del proceso psicoterapéutico.

*En este cuestionario su nivel de acuerdo oscila entre: **0 = Nada** y **6 = Mucho**

1.- Los resultados

<p>NIVEL SINTOMATOLÓGICO: En este apartado usted debe indicar los síntomas sobre los que trabajó durante la terapia. Posteriormente debe indicar en qué grado la terapia contribuyó a la mejoría de dichos síntomas.</p>							
<p>Síntomas: Señales de malestar que percibo en mí a nivel físico y psicológico. Ejemplos: Pérdida del interés, molestias digestivas, tensión, poco ánimo, náuseas, tristeza, taquicardia, poca concentración, vómitos, cansancio, inquietud, agobio, dificultad para tomar decisiones, irritabilidad, alteraciones de la alimentación, pensamientos de muerte, mareo, fatiga, entre otros.</p>							
Mencione los principales síntomas que trabajó en terapia, según su orden de importancia (desde el más importante al menos importante).	Considero que la terapia me ayudó a mejorar este síntoma.						
	0	1	2	3	4	5	6
1							
2							
3							

<p>NIVEL DE RELACIONES INTERPERSONALES: En este apartado usted debe indicar los conflictos en sus relaciones interpersonales sobre los que trabajó durante la terapia. Posteriormente debe indicar en qué grado la terapia contribuyó a la mejoría de dichos conflictos interpersonales.</p>							
<p>Relaciones interpersonales: Forma en que me relaciono con personas cercanas a mí. Ejemplos: Discutía frecuentemente con mi pareja, la relación con mis padres era problemática, tenía pocos amigos, mis hermanos (as) no me comprendían, discutía frecuentemente con los hijos de mi pareja, me distancié de mi familia, discutía con mis compañeros de trabajo/compañeros de estudio, tenía problemas con mis hijos, entre otros.</p>							
Mencione los conflictos interpersonales que trabajó en terapia, según su orden de importancia (desde el más importante al menos importante).	Considero que la terapia me ayudó a mejorar este conflicto interpersonal.						
	0	1	2	3	4	5	6
1							
2							
3							

NIVEL DE BIENESTAR PERSONAL (AUTOCONCEPTO): En este apartado usted debe indicar las **problemáticas en su bienestar personal sobre las que trabajó durante la terapia**. Posteriormente debe indicar en qué grado la terapia contribuyó a la mejoría de dichas problemáticas de su bienestar personal.

Bienestar personal: Nivel de comodidad que siento conmigo mismo.

Ejemplos: me sentía incapaz, me sentía inseguro, me sentía fracasado, me consideraba una persona desagradable, no me gustaba nada de mí, dejé de importarme a mí mismo, no me gustaba mi físico, no valoraba mis logros académicos, me preocupaba mi orientación sexual, sentía que necesitaba a alguien para hacer todo, no confiaba en mí mismo, entre otros.

Mencione las dificultades personales que trabajó en terapia, según su orden de importancia (desde el más importante al menos importante).	Considero que la terapia me ayudó a mejorar esta problemática de bienestar personal.						
	0	1	2	3	4	5	6
1							
2							
3							

NIVEL DE OCUPACIÓN: En este apartado usted debe indicar las **problemáticas ocupacionales sobre las que trabajó durante la terapia**. Posteriormente debe indicar en qué grado la terapia contribuyó a la mejoría dichas problemáticas ocupacionales.

Ocupación: Cualquier tipo de actividad que desempeñe junto a un grupo de personas de manera habitual, con o sin remuneración económica: trabajos fuera de hogar, trabajos dentro del hogar, lugar de formación académica, centro de madres, equipos deportivos, voluntariados.

Ejemplos: No rendía bien en la universidad, dejé de asistir a mi trabajo, mi desempeño laboral no era eficiente, disminuyó mi rendimiento deportivo, dejé de hacer los quehaceres del hogar, me afectaba no tener ocupaciones, no podía asumir compromisos con mis compañeros, entre otros.

Mencione los conflictos ocupacionales que trabajó en terapia, según su orden de importancia (desde el más importante al menos importante).	Considero que la terapia me ayudó a mejorar esta problemática ocupacional.						
	0	1	2	3	4	5	6
1							
2							
3							

2.- La relación

Señale su grado de acuerdo con la frase, recordando que: 0 = Nada y 6 =Mucho

	0	1	2	3	4	5	6
1.- Me agradaba el trabajo que realizábamos con mi terapeuta durante las sesiones.							
2.- Con mi terapeuta estábamos de acuerdo en el objetivo de la terapia.							
3.- Los objetivos que se trabajaron con mi terapeuta fueron coherentes con mi motivo de consulta.							
4.- Sentía comodidad cada vez que hablaba con mi terapeuta.							
5.- Sentí que había confianza con mi terapeuta.							
6.- Con mi terapeuta aprovechamos al máximo el tiempo de cada sesión.							
7.- Con mi terapeuta trabajamos los asuntos que realmente importaban.							
8.- Lo que trabajamos con mi terapeuta era el mejor camino para obtener los cambios que yo quería.							
9.- Mi terapeuta valoró mis opiniones.							
10.- Comprendí lo que mi terapeuta esperaba de la terapia.							
11.- Mi terapeuta comprendía mis ideas.							
12.- Mi terapeuta comprendió lo que yo quería conseguir con la terapia.							

3.- Aspectos generales de la terapia

Señale su grado de acuerdo con la frase, recordando que: 0 = Nada y 6 =Mucho

La terapia me sirvió para mejorar mis síntomas (malestar físico y psicológico).

0	1	2	3	4	5	6

La terapia me sirvió para mejorar mis relaciones interpersonales (relaciones cercanas).

0	1	2	3	4	5	6

La terapia me sirvió para mejorar mi bienestar personal (comodidad consigo mismo).

0	1	2	3	4	5	6

La terapia me sirvió para sentir mayor bienestar en mis ocupaciones (trabajo o lugar de estudio).

0	1	2	3	4	5	6

El proceso terapéutico contribuyó a mi bienestar psicológico .

0	1	2	3	4	5	6

¿Por qué?

--

La relación con mi terapeuta fue satisfactoria.

0	1	2	3	4	5	6

ANEXO 3.

CUESTIONARIO PERCEPCIÓN DE EFECTIVIDAD EN PSICOTERAPIA DESDE LA PERSPECTIVA DEL TERAPEUTA

N° de Ficha			
Fecha			
Edad			
Sexo	F	M	
Fecha inicio de psicoterapia			
Fecha término de psicoterapia			
N° de sesiones realizadas			

Motivo de consulta:

El siguiente cuestionario contiene una serie de preguntas, cuyo objetivo es conocer la percepción del terapeuta respecto al proceso y los resultados de la atención psicológica otorgada en el Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso (CAPSI).

El cuestionario consta de tres partes:

- 1.- Los resultados:** La primera parte del cuestionario está orientada a evaluar el efecto de la intervención psicoterapéutica sobre las problemáticas individuales y relacionales que el consultante trabajó a lo largo del proceso psicoterapéutico.
- 2.- La relación:** La segunda parte del cuestionario está orientada a evaluar las características que tuvo la relación entre terapeuta y consultante durante el proceso psicoterapéutico. Posteriormente se evalúan los efectos de la relación sobre la mejoría de las problemáticas del consultante.
- 3.- Aspectos generales:** La tercera parte del cuestionario está orientada a evaluar a nivel general la efectividad del proceso psicoterapéutico.

*En este cuestionario su nivel de acuerdo oscila entre: **0 = Nada** y **6 = Mucho**

1. Los resultados

NIVEL SINTOMATOLÓGICO: En este apartado el consultante indicó los síntomas que se trabajaron durante la terapia. Posteriormente usted como terapeuta debe indicar en qué grado la terapia contribuyó a la mejoría de cada síntoma							
Principales síntomas que el consultante reportó haber trabajado en terapia, según su orden de importancia (desde el más importante al menos importante).	Considero que la terapia contribuyó a la mejoría de este síntoma.						
	0	1	2	3	4	5	6
1							
2							
3							

NIVEL DE RELACIONES INTERPERSONALES: En este apartado el consultante indicó los conflictos interpersonales que se trabajaron durante la terapia. Posteriormente usted como terapeuta debe indicar en qué grado la terapia contribuyó a la mejoría de cada conflicto interpersonal.							
Principales conflictos interpersonales que el consultante reportó haber trabajado en terapia, según su orden de importancia (desde el más importante al menos importante).	Considero que la terapia contribuyó a la mejoría de este conflicto interpersonal.						
	0	1	2	3	4	5	6
1							
2							
3							

NIVEL DE BIENESTAR PERSONAL (AUTOCONCEPTO): En este apartado el consultante indicó aquellas dificultades personales que se trabajaron durante la terapia. Posteriormente usted como terapeuta debe indicar en qué grado la terapia contribuyó a la mejoría de cada dificultad personal.

Principales dificultades personales que el consultante reportó haber trabajado en terapia, según su orden de importancia (desde el más importante al menos importante).	Considero que la terapia contribuyó a la mejoría de esta dificultad personal.						
	0	1	2	3	4	5	6
1							
2							
3							

NIVEL DE OCUPACIÓN: En este apartado el consultante indicó aquellas problemáticas que presentaba en los lugares donde se desempeñaba, que se trabajaron durante la terapia. Posteriormente usted como terapeuta debe indicar en qué grado la terapia contribuyó a la mejoría de cada problemática ocupacional.

Principales problemáticas ocupacionales que el consultante reportó haber trabajado en terapia, según su orden de importancia (desde el más importante al menos importante).	Considero que la terapia contribuyó a la mejoría de esta problemática ocupacional.						
	0	1	2	3	4	5	6
1							
2							
3							

2.- La relación

Señale su grado de acuerdo con la frase, recordando que: 0 = Nada y 6 =Mucho

	0	1	2	3	4	5	6
1.- Me agradaba el trabajo que realizábamos con mi consultante durante las sesiones.							
2.- Con mi consultante estábamos de acuerdo en el objetivo de la terapia.							
3.- Los objetivos que se trabajaron con mi consultante fueron coherentes con su motivo de consulta.							
4.- Sentía comodidad cada vez que hablaba con mi consultante.							
5.- Sentí que había confianza con mi consultante.							
6.- Con mi consultante aprovechamos al máximo el tiempo de cada sesión.							
7.- Con mi consultante trabajamos los asuntos que realmente importaban.							
8.- Lo que trabajamos con mi consultante era el mejor camino para obtener los cambios que él/ella quería.							
9.- Mi consultante valoró mis opiniones.							
10.- Comprendí lo que mi consultante esperaba de la terapia.							
11.- Mi consultante comprendía mis ideas.							
12.- Mi consultante comprendía lo que yo quería conseguir con la terapia.							

3- Aspectos generales de la terapia

Señale su grado de acuerdo con la frase, recordando que: 0 = Nada y 6 =Mucho

La terapia le sirvió a mi consultante para mejorar sus síntomas (malestar físico y psicológico).

0	1	2	3	4	5	6

La terapia le sirvió a mi consultante para mejorar sus relaciones interpersonales (relaciones cercanas).

0	1	2	3	4	5	6

La terapia le sirvió a mi consultante para mejorar su bienestar personal (comodidad consigo mismo).

0	1	2	3	4	5	6

La terapia le sirvió a mi consultante para mejorar el bienestar en sus ocupaciones (trabajo o lugar de estudio).

0	1	2	3	4	5	6

El proceso terapéutico contribuyó al bienestar psicológico de mi consultante.

0	1	2	3	4	5	6

¿Por qué?

--

La relación con mi consultante fue satisfactoria.

0	1	2	3	4	5	6

ANEXO 4.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USUARIOS PARTICIPANTES

El objetivo de este documento es invitar al consultante adulto del CAPSI a conocer y participar del estudio titulado: “Efectividad del proceso psicoterapéutico: Percepción del usuario adulto en el Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso”, a cargo de las estudiantes Claudia Cepeda, Priscila Filippi, Carola Grandón y Carla Lobos, bajo la supervisión del docente Ps. Javier Morán Kneer.

Para que usted pueda tomar una decisión informada, a continuación se explican los procedimientos de la investigación y en qué consistiría su participación.

1. Lugar de investigación: La investigación se realizará en el Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso (CAPSI), durante el año 2015.
2. Relevancia del estudio y beneficios: Los resultados de este estudio permiten evaluar el impacto de los procesos psicoterapéuticos del CAPSI sobre las problemáticas del consultante que se abordaron en terapia. Obtener esta información permite comprender las características del cambio en psicoterapia, retroalimentan al CAPSI sobre los efectos de los psicoterapéuticos que se realizan actualmente y a nivel global, aporta a la investigación de efectividad de procesos psicoterapéuticos.
3. Objetivo: La investigación pretende conocer las características de los procesos psicoterapéuticos realizados en el CAPSI, y la efectividad de los mismos sobre las problemáticas que se trabajan en terapia.
4. En qué consiste su participación: Al participar en esta investigación, usted deberá responder un cuestionario, de una duración máxima de 20 minutos. El cuestionario se compone de 3 apartados:
 - 1.- *Los resultados:* La primera parte del cuestionario está orientada a evaluar el efecto de la intervención psicoterapéutica sobre las problemáticas individuales y relacionales que usted trabajó a lo largo del proceso psicoterapéutico.
 - 2.- *La relación:* La segunda parte del cuestionario está orientada a evaluar las características que tuvo la relación entre terapeuta y consultante durante el proceso psicoterapéutico. Posteriormente se evalúan los efectos de la relación sobre la mejoría de las problemáticas del consultante.

- 3.- *Aspectos generales*: La tercera parte del cuestionario está orientada a evaluar a nivel general la efectividad del proceso psicoterapéutico.
5. Costos y pagos: La participación en esta investigación no será remunerada.
6. Derechos del participante:
- El participante tiene derecho a manifestar cualquier duda a los investigadores respecto al estudio.
 - Su participación es voluntaria, por lo tanto, usted tiene el derecho a abandonar el estudio sin necesidad de dar explicación.
7. Confidencialidad de los datos: Sólo tendrán acceso a los datos del participante las investigadoras y el supervisor a cargo. Los datos serán resguardados por el docente supervisor en archivos ubicados en su oficina en la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso. Además, la información será discutida en privado y no será conocida por personas externas a la investigación.
8. Utilización y Publicación de los hallazgos: Los resultados de la investigación podrán ser divulgados o no, según lo estime el equipo investigador, en publicaciones de tipo científica y/o académicas, siempre resguardando la identidad de los participantes.

Acepto participar en el presente estudio

Nombre: _____

Fecha: _____

Firma Participante

Firma Investigador Supervisor

ANEXO 5.

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

Valparaíso, ___ de ____ del 2015

Yo, _____, RUT_____-__, declaro que los investigadores del estudio “Efectividad del proceso psicoterapéutico: Percepción del usuario adulto en el Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso”, me han informado los procedimientos y características de mi participación en la investigación.

De acuerdo a lo explicado en el Consentimiento Informado, del que recibí una copia, entiendo que:

1. El objetivo de la investigación es conocer las características de los procesos psicoterapéuticos realizados en el CAPSI y la efectividad de los mismos sobre las problemáticas que se trabajan en terapia.
2. Mi participación es totalmente voluntaria y consistirá en responder un cuestionario, de una duración máxima de 20 minutos, con preguntas referidas a los resultados y características del proceso terapéutico en el que participé.
3. Mis datos sólo serán conocidos por el equipo investigador, sin ser publicados en ningún documento de conocimiento público. Los resultados podrán ser divulgados en publicaciones de tipo académico-científicas, resguardando mi identidad. Además, si lo deseo tendré acceso a los resultados de la investigación.
4. No recibiré remuneración económica por participar en este estudio
5. Si me surgiera alguna duda, respecto a esta investigación o sobre mis derechos como participante podré contactarme con las investigadoras: Carola Grandón al número celular 64431693 o correo electrónico: carolagrandon@hotmail.com, Priscila Filippi al número celular 53194188 o correo electrónico priscilafilippimoreno@gmail.com, Carla Lobos al número celular 94574497 o correo electrónico carla.lobosc@alumnos.uv.cl, Claudia Cepeda al número celular 87231753 o correo electrónico claudia.cepedas@alumnos.uv.cl, o con el investigador supervisor, el psicólogo Javier Morán Kneer, al número 2508603 o correo electrónico: Javier.morán@uv.cl.

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, del que recibo una copia, firmo aceptando mi participación en esta investigación.

Javier Moran Kneer
(32) 2508603
Javier.moran@uv.cl

Nombre Participante
Número
Rut

Firma

Firma

ANEXO 6.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERAPEUTAS PARTICIPANTES

El objetivo de este documento es invitar al terapeuta del CAPSI a conocer y participar del estudio titulado: “Efectividad del proceso psicoterapéutico: Percepción del usuario adulto en el Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso”, a cargo de las estudiantes Claudia Cepeda, Priscila Filippi, Carola Grandón y Carla Lobos, bajo la supervisión del docente Ps. Javier Morán Kneer.

Para que usted pueda tomar una decisión informada, a continuación se explican los procedimientos de la investigación y en qué consistiría su participación.

1. Lugar de investigación: La investigación se realizará en el Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso (CAPSI), durante el año 2015.
2. Relevancia del estudio y beneficios: Los resultados de este estudio permiten evaluar el impacto de los procesos psicoterapéuticos del CAPSI sobre las problemáticas del consultante que se abordaron en terapia. Obtener esta información permite comprender las características del cambio en psicoterapia, retroalimentan al CAPSI sobre los efectos de los psicoterapéuticos que se realizan actualmente y a nivel global, aporta a la investigación de efectividad de procesos psicoterapéuticos.
3. Objetivo: La investigación pretende conocer las características de los procesos psicoterapéuticos realizados en el CAPSI, y la efectividad de los mismos sobre las problemáticas que se trabajan en terapia.
4. En qué consiste su participación: Al participar en esta investigación, usted deberá responder un cuestionario, de una duración máxima de 20 minutos. El cuestionario se compone de 3 apartados:
 - 1.- *Los resultados:* La primera parte del cuestionario está orientada a evaluar el efecto de la intervención psicoterapéutica sobre las problemáticas individuales y relacionales que el consultante trabajó a lo largo del proceso psicoterapéutico.
 - 2.- *La relación:* La segunda parte del cuestionario está orientada a evaluar las características que tuvo la relación entre terapeuta y consultante durante el proceso psicoterapéutico. Posteriormente se evalúan los efectos de la relación sobre la mejoría de las problemáticas del consultante.

3.- *Aspectos generales*: La tercera parte del cuestionario está orientada a evaluar a nivel general la efectividad del proceso psicoterapéutico.

5. Costos y pagos: La participación en esta investigación no será remunerada.

6. Derechos del participante:

- El participante tiene derecho a manifestar cualquier duda a los investigadores respecto al estudio.
- Su participación es voluntaria, por lo tanto, usted tiene el derecho a abandonar el estudio sin necesidad de dar explicación.

7. Confidencialidad de los datos: Sólo tendrán acceso a los datos del participante las investigadoras y el supervisor. Los datos serán resguardados por el docente supervisor en archivos ubicados en su oficina en la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso. Además, la información será discutida en privado y no será conocida por personas externas a la investigación.

8. Utilización y Publicación de los hallazgos: Los resultados de la investigación podrán ser divulgados o no, según lo estime el equipo investigador, en publicaciones de tipo científica y/o académicas, siempre resguardando la identidad de los participantes.

Acepto participar en el presente estudio

Nombre: _____

Fecha: _____

Firma Participante

Firma Investigador Supervisor

ANEXO 7.

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

Valparaíso, __ de ____ del 2015

Yo, _____, RUT____-__, declaro que los investigadores del estudio “Efectividad del proceso psicoterapéutico: Percepción del usuario adulto en el Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso”, me han informado los procedimientos y características de mi participación en la investigación.

De acuerdo a lo explicado en el Consentimiento Informado, del que recibí una copia, entiendo que:

1. El objetivo de la investigación es conocer las características de los procesos psicoterapéuticos realizados en el CAPSI y la efectividad de los mismos sobre las problemáticas que se trabajan en terapia.
2. Mi participación es totalmente voluntaria y consistirá en responder un cuestionario, de una duración máxima de 20 minutos, con preguntas referidas los resultados y características del proceso terapéutico en el que participé.
3. Mis datos sólo serán conocidos por el equipo investigador, sin ser publicados en ningún documento de conocimiento público. Los resultados podrán ser divulgados en publicaciones de tipo académico-científicas, resguardando mi identidad. Además, si lo deseo tendré acceso a los resultados de la investigación.
4. No recibiré remuneración económica por participar en este estudio
5. Si me surgiera alguna duda, respecto a esta investigación o sobre mis derechos como participante podré contactarme con las investigadoras: Carola Grandón al número celular 64431693 o correo electrónico: carolagrandon@hotmail.com, Priscila Filippi al número celular 53194188 o correo electrónico priscilafilippimoreno@gmail.com, Carla Lobos al número celular 94574497 o correo electrónico carla.lobosc@alumnos.uv.cl, Claudia Cepeda al número celular 87231753 o correo electrónico claudia.cepedas@alumnos.uv.cl, o con el investigador supervisor, el psicólogo Javier Morán Kneer, al número 2508603 o correo electrónico: Javier.morán@uv.cl.

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, del que recibo una copia, firmo aceptando mi participación en esta investigación.

Javier Moran Kneer
(32) 2508603
Javier.moran@uv.cl

Nombre Participante
Número
Rut

Firma

Firma

ANEXO 8.

PROTOCOLO DE APLICACIÓN PARA EL CUESTIONARIO DEL CONSULTANTE

Para el adecuado relleno del cuestionario es fundamental:

En la introducción

1. La presentación de cada colaborador, describiendo su rol en la investigación (investigador o colaborador)
2. Aclarar a grandes rasgos en qué consiste la instancia: “Esta es una investigación desarrollada por estudiantes de último año de la carrera de Psicología, cuyo propósito es conocer la percepción de usted como consultante sobre su experiencia en terapia en el CAPSI. Para ello sólo hay que completar un cuestionario de una duración máxima de 30 minutos”.
3. Informar a cada participante que su participación es voluntaria pero fundamental para poder mejorar el servicio otorgado por los terapeutas del CAPSI.

En el desarrollo

Parte 1

1. De la primera página el consultante deberá rellenar sólo el motivo de consulta, y posteriormente el colaborador debe explicar directamente el ítem 1 (página 2) de “Los resultados” para que el consultante comience el relleno del cuestionario.
2. El colaborador debe explicar que para relleno todo el cuestionario tendrá la opción de elegir desde el número 0 al 6, donde 0 significa NADA y 6 MUCHO (Es necesario volver a recordarlo durante el relleno).
3. Es importante explicar todo el contenido escrito de cada recuadro. En este ejemplo debería explicarse de la siguiente manera:
 - a) Explicar que se busca conocer de qué manera la terapia ayudó a mejorar síntomas.
 - b) Definir “síntoma” tal como aparece descrito en el instrumento
 - c) Dar algunos ejemplos de síntomas (leer algunos)
 - d) Chequear que la persona comprendió a qué se refiere con síntomas

NIVEL SINTOMATOLÓGICO: En este apartado usted debe indicar los síntomas que trabajó durante la terapia . Posteriormente debe indicar si la terapia contribuyó a la mejoría de dichos síntomas.											
Síntomas: Señales de malestar que percibo en mí a nivel físico y psicológico.											
Ejemplos: Pérdida del interés, molestias digestivas, tensión, poco ánimo, náuseas, tristeza, taquicardia, poca concentración, vómitos, cansancio, inquietud, agobio, dificultad para tomar decisiones, irritabilidad, alteraciones de la alimentación, pensamientos de muerte, mareo, fatiga, entre otros.											
Mencione los principales síntomas que trabajó en terapia, según su orden de importancia (desde el más importante al menos importante).					Considero que la terapia me ayudó a mejorar este síntoma.						
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1											
2											
3											

4. Indicar el lugar donde el consultante debe escribir (espacios 1, 2 y 3) recordando que basta con 1, pero hay espacio para que incluya hasta tres si así lo requiere.
5. Una vez que el consultante ha completado la frase, se le indica que debe hacer la evaluación de la sentencia, marcando con una X el cuadro que corresponda al grado de acuerdo con la frase en una escala entre 0 y 6. Recordar que 0 es nada y 6 es mucho.
6. Una vez terminado el primer recuadro “Nivel sintomatológico”, se debe continuar con los siguientes de la misma forma.

Parte 2

7. En el ítem 2: “Relación”, se debe indicar que en este apartado el consultante evaluará la relación con su terapeuta. (Recordar que este último no accederá a esta información).
8. Explicar que primero hay una afirmación sobre la relación con su terapeuta, debe leerla y comprenderla.
9. Luego el consultante debe evaluar su grado de acuerdo con cada frase en una escala que va entre 0 y 6 donde 0=NADA y 6=MUCHO.

Parte 3

1. En el ítem 3, el consultante debe evaluar asignando un número que oscile entre 0=NADA y 6=MUCHO, su grado de acuerdo con cada afirmación sobre general sobre la terapia.

Para finalizar

1. Agradecer el tiempo y la colaboración