

Proceso de Cambio Psicoterapéutico: Análisis de Episodios Relevantes en una Terapia Grupal con Pacientes Adictos

Therapeutic Change Process: Analysis of Relevant Episodes in a Group Therapy With Addict Patients

Nelson Valdés, Mariane Krause, Oriana Vilches, Paula Dagnino, Orietta Echavarrí,
Perla Ben-Dov, Roberto Arístegui y Guillermo de la Parra
Pontificia Universidad Católica de Chile

En el presente artículo se presentan los resultados de una investigación que tuvo como objetivo determinar y describir el tipo de acciones comunicacionales realizadas por terapeutas y pacientes durante las sesiones de una terapia grupal. Para esto se utilizó una metodología orientada al descubrimiento empleando un análisis cualitativo de contenido. En los resultados se incluye tanto la descripción de las acciones identificadas de acuerdo al nivel de análisis, así como los patrones ideales de secuencia de dichos componentes asociados al cambio y propios de esta modalidad terapéutica. Finalmente, los resultados son discutidos considerando los principales antecedentes teóricos y empíricos en materia de investigación en psicoterapia.

Palabras Clave: cambio psicoterapéutico, episodios de cambio, acciones comunicacionales.

This article presents the results of a study aimed to determine and describe the type of communicative actions made by therapists and patients during the sessions of a group therapy. A discovery-oriented methodology was applied, conducting qualitative content analysis. Results include the description of the identified actions by levels of analysis, and their ideal sequential patterns, associated to in-session change and particularly to this therapeutic modality. Finally, the results are discussed considering the main theoretical and empirical frameworks in psychotherapy research.

Keywords: psychotherapeutic change, episodes of change, communicative actions.

Nelson Valdés, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Mariane Krause, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Oriana Vilches, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Paula Andrea Dagnino, Centro Psicológico (CEPUC), Pontificia Universidad Católica de Chile.

María Orietta Echavarrí, Centro de Diagnóstico (CEDIUC), Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Perla Ben-Dov, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Roberto Arístegui, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Guillermo de la Parra, Centro de Diagnóstico (CEDIUC), Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

La correspondencia relativa a este artículo deberá ser dirigida a Nelson Valdés, Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Psicología, Programa de Magíster en Psicología Clínica, Avda. Vicuña Mackenna 4860, Macul, Santiago de Chile. E-mail: nvaldes@puc.cl

Esta investigación fue financiada por el Proyecto FONDECYT N°1030482, cuya investigadora principal es Mariane Krause Jacob.

El estudio del proceso psicoterapéutico sigue presentando grandes desafíos tanto a los que ejercen la práctica clínica como a los investigadores, haciendo necesaria la utilización de metodologías que permitan analizar eficientemente aquellos factores terapéuticos significativos que permitan explicar las variaciones en los resultados psicoterapéuticos.

A partir de las fuertes críticas en relación con la efectividad de los procedimientos psicoterapéuticos, se realizaron numerosas investigaciones con el fin de comparar los distintos efectos terapéuticos (Luborsky, 2001; Mahrer & Boulet, 1999), así como también el desarrollo de investigaciones meta-analíticas con el objeto de examinar la naturaleza, magnitud y generalización de los efectos psicoterapéuticos (Eysenck, 1994; Shadish et al., 1997). De esta manera, fue posible demostrar la efectividad de los procesos psicoterapéuticos por encima de los rangos considerados representativos en la práctica clínica (Shadish, Matt, Navarro & Phillips, 2000). Pero al mismo tiempo fue posible identificar la escasa dife-

renciación entre las distintas modalidades terapéuticas en relación a su efectividad (Matt & Navarro, 1997), así como la necesidad de metodologías más convenientes que permitieran una mayor comprensión de los efectos psicoterapéuticos y la formulación de políticas basadas en datos empíricos.

Fue entonces cuando se empezó a hablar de la ‘paradoja de la equivalencia’, para hacer referencia al aparente efecto homogéneo de las distintas intervenciones psicoterapéuticas, lo que fue interpretado posteriormente como un problema metodológico. Esto trajo como consecuencia el surgimiento de tres líneas de investigación: (a) en primer lugar, los estudios de los factores de cambio inespecíficos (Chatoor & Krupnick, 2001; Krause, 1991; Krause, 1992a; Krause, 1992b; Krause, 1993a; Krause, 1993b; Krause, Uribe, Winkler & Avendaño, 1994; Krause, 1995; Krause & Winkler, 1995; Krause & Cornejo, 1997; Krause, 1998; Krause, 2005), o más recientemente llamados factores comunes (Burlingame & Barlow, 1996; Castonguay, Goldfried, Wisner, Raue & Hayes, 1996; Hubble, Duncan & Miller, 1999; Oei & Shuttlesworth, 1997), cuyo objetivo principal es identificar aquellos factores internos o externos a la terapia responsables del cambio, y que son a su vez transversales a las distintas modalidades terapéuticas; (b) en segundo lugar están las investigaciones del proceso terapéutico (Barkham et al., 1996; Hardy, Cahill, Shapiro, Barkham, Rees & Macaskill, 2001; Williams & Hill, 2001), que hacen énfasis en el estudio de la interacción entre el terapeuta y el paciente, en el análisis cronológico de los distintos episodios de cambio (Goldfried, Raue & Castonguay, 1998; Stiles, Shapiro & Firth-Cozens, 1990), y más recientemente en la estructura del discurso durante el proceso terapéutico (Czagalik & Russell, 1995); y (c) todos aquellos estudios que proponen modelos que intentan analizar la eficacia de asignar tratamientos psicológicos para determinados problemas o desórdenes específicos (Chambless & Hollon, 1998).

Considerando que los factores específicos hacen referencia a las técnicas e intervenciones específicas que caracterizan particularmente a cada modalidad psicoterapéutica (Chatoor & Krupnick, 2001), se ha podido observar que es poca la evidencia empírica que demuestra la efectividad de los mismos para explicar completamente los cambios observados durante el proceso terapéutico, y mucho menos se ha podido demostrar la posible relación entre éstos y la alianza terapéutica. Esto llevó a considerar cada vez más a los factores de cambio comunes,

quedando demostrado que la alianza terapéutica, la competencia del terapeuta y la adherencia al tratamiento, necesitan ser considerados en el diseño de las investigaciones en psicoterapia, puesto que influyen significativamente en el resultado final del tratamiento (Bachelor & Salamé, 2000; Marmar, Gaston, Gallagher & Thompson, 1989). Las contribuciones positivas del terapeuta y del paciente para el desarrollo de la alianza terapéutica son los mejores predictores del resultado final (Horvath & Luborsky, 1993; Keinänen, 1999), lo que confirma la importancia de analizar por separado las contribuciones que hacen el terapeuta y el paciente individualmente para el desarrollo de la alianza terapéutica (McLellan et al., 1994), lo que resulta significativo si consideramos que hasta hace poco tiempo la responsabilidad del tratamiento recaía prácticamente sobre el terapeuta.

En esta misma línea de investigación, Castonguay et al. (1996) demostraron la capacidad de dos factores comunes para predecir el resultado de la terapia: la alianza terapéutica y la implicación emocional del cliente. Estos resultados, junto con los de Asay y Lambert (1999), acerca de los factores comunes, demuestran que son los factores asociados con la alianza terapéutica los más significativos al momento de determinar el éxito terapéutico. Con esto no se le resta importancia a los factores de cambio específicos, ya que el efecto psicoterapéutico debe ser estudiado respetando las teorías que subyacen a los métodos usados (Eysenck, 1994), es decir, sin éstas sería casi imposible especificar criterios para interpretar los resultados.

Paralelo a la investigación de los factores de cambio comunes surgió la investigación del proceso psicoterapéutico (Greenberg, 1999; Hill, 1990) que se centró tanto en la interacción terapéutica como en el proceso de cambio experimentado durante la relación de ayuda. Originalmente la investigación del proceso terapéutico se diferenciaba en forma relativamente clara de la investigación del efecto terapéutico, para después abocarse también al estudio de los resultados de la terapia (Bastine et al., 1989 en Krause, Arístegui & de la Parra, 2002; Marmar, 1990). Esto ha permitido llegar a ciertas conclusiones importantes en cuanto a la relación proceso-resultado (Conte, Plutchik, Jung, Picard, Karasu & Lotterman, 1990; Stiles & Shapiro, 1994), dirigiendo la mirada en los últimos años hacia la secuencia de momentos de cambio, a partir de la segmentación del proceso mismo en episodios que resultan ser significativos (Goldfried et al., 1998; Marmar, 1990). Para esto se ha

optado por utilizar metodologías de investigación que permiten un análisis sistemático de los datos en secuencia, empezándose a recurrir a metodologías cualitativas (Stiles, Shapiro & Firth-Cozens, 1990; Williams & Hill, 2001), y la combinación de éstas con las metodologías cuantitativas.

Actualmente, una de las líneas de estudio del proceso psicoterapéutico ocupa metodologías “orientadas al descubrimiento” (Hill, 1990; Mahrer & Boulet, 1999) con el fin de describir qué ocurre dentro de las sesiones, y generar así el desarrollo de modelos teóricos a partir de la formulación y contrastación de hipótesis que no resultan de teorías ya establecidas. De esta forma, es posible el desarrollo inductivo de categorías en función de la perspectiva del paciente o de la observación sistemática, que permiten delimitar episodios de cambio relevantes durante el proceso terapéutico.

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, es posible concluir que algunas características del proceso psicoterapéutico están altamente relacionadas con la mejoría de los pacientes (Stiles, Agnew-Davies, Hardy, Barkham & Shapiro, 1998), siendo uno de los puntos en los que convergen los resultados, tanto de la investigación de proceso como los de la investigación de los factores inespecíficos, el concepto de alianza terapéutica y su relación con el éxito del tratamiento (Bachelor & Salamé, 2000; Farber & Hall, 2002; Horvath, 2000). En este sentido, Marmar et al. (1989), realizaron un estudio que les permitió concluir acerca de cinco dimensiones de la alianza terapéutica: la primera y la segunda se refieren a la confianza y capacidad de trabajo del paciente, la tercera al compromiso y comprensión del terapeuta, la cuarta al aporte negativo del terapeuta y, la última, al acuerdo entre ambos en cuanto a las metas y procedimientos terapéuticos. Horvath y Greenberg (1986 en Horvath, 2000), por su parte, se refieren a tres dimensiones de la alianza terapéutica que son: el lazo personal entre el terapeuta y el paciente, el acuerdo entre ambos en relación con las metas y el acuerdo en relación a las tareas terapéuticas; mientras que Stiles et al. (1998) estudiaron la alianza entre terapeutas y pacientes en base a cinco dimensiones que son: unión, compañerismo, confianza, franqueza e iniciativa del paciente, observándose que algunos de estos aspectos de la alianza estuvieron altamente correlacionados con el éxito del tratamiento.

Finalmente, existe el interés de identificar y describir aquellos episodios que cumplen con ciertos criterios que le dan el carácter de significativos o relevantes para el cambio (Marmar, 1990). En pala-

bras de Bastine, Fiedler y Kommer los episodios son el “lapso de tiempo, el segmento o la secuencia dentro de una o muchas sesiones terapéuticas en el que se espera ocurran cambios significativos” (1989 en Krause, Aristegui & de la Parra, 2002, p. 8). Existen distintas maneras para delimitar los episodios, que pueden durar desde un par de minutos hasta más de una sesión, resultando necesario considerar la subjetividad del terapeuta y la del paciente, ya que estos últimos pueden estar más interesados en lograr una solución a sus problemas y sentirse mejor, mientras que para los terapeutas resulta más significativo conocer la etiología del problema y su transformación.

Se planteó como objetivo general del estudio, cuyos resultados se presentan en este artículo, identificar los componentes del cambio psicoterapéutico, asociados a los momentos de cambio en pacientes adictos que participan de una terapia grupal¹.

Método

Participantes

El acceso al proceso psicoterapéutico fue facilitado por el Centro de Salud Mental de la Pontificia Universidad Católica de Chile (CEPUC), específicamente, la terapia de grupo para pacientes con dependencia química. La misma la conformaban seis pacientes que se reunían una vez por semana, y que se encontraban en un proceso de tratamiento ambulatorio tras haber conseguido mantener seis semanas de abstinencia a toda sustancia química adictiva. En vista de que se trataba de un proceso terapéutico ya iniciado, en el cual había pacientes más antiguos y pacientes más nuevos, se procedió a observar la terapia durante cinco meses, quedando entonces la muestra constituida por 18 sesiones.

El programa de adicciones del CEPUC utiliza los enfoques cognitivo-conductual, psicoanálisis y psicoterapia sistémica, configurando así, un enfoque de psicoterapia integral (Kreither, Isla & Lacerna, 2001; Kreither & López, 2001); sin embargo, la terapia grupal se caracteriza por hacer uso de un enfoque predominantemente cognitivo-conductual. Paralelamente a la terapia de grupo, cada paciente tiene la posibilidad de participar además en: una terapia individual por semana, una terapia familiar cada quince días y una terapia de pareja cada quince días (si procede). Por lo tanto, el proceso psicoterapéutico a estudiar se encontraba incluido en un contexto mucho más amplio, lo que fue considerado al momento de analizar los datos.

¹ La presente investigación forma parte del Proyecto Fondecyt N°1030482 (Krause, Aristegui & de la Parra, 2002), que pretende estudiar procesos de cambio psicológico, en diferentes modalidades terapéuticas, a fin de generar conocimiento sobre los componentes favorecedores del cambio que resulten transversales a ellas.

Procedimiento de Recolección de Datos

Se procedió a obtener el consentimiento de los pacientes y de los terapeutas, para posteriormente grabar las sesiones en cintas de video y audio a través de un espejo de visión unidireccional. Simultáneamente, observadores expertos entrenados en una fase piloto previa, realizaron un registro escrito de los episodios de cambio. Dichas observaciones se llevaron a cabo con la guía de una pauta, cuya finalidad era orientar la observación y facilitar el registro de la manifestación concreta de indicadores cualitativos de cambio establecidos previamente a partir de la evidencia empírica sobre los contenidos del cambio psicoterapéutico (ver Tabla 1). No obstante, se mantuvo en todo momento una actitud de apertura para detectar expresiones de cambio no contempladas en un inicio, pero consistentes con la literatura, o bien, para descartar aquellos que no resultaran observables. Las sesiones fueron enumeradas en orden cronológico para no alterar su secuencia real y se seleccionaron para ser transcritas aquellas en las que fue evidente, a partir de la observación, la presencia de uno o más indicadores cualitativos de cambio.

Análisis de Datos

El análisis de los datos se realizó en tres etapas. Durante una primera etapa se identificaron los momentos de cambio a partir de los indicadores cualitativos preestablecidos. Para considerarse momentos de cambio tenían que cumplir con las siguientes condiciones: (a) que coincidieran con los antecedentes empíricos previos o con la literatura; (b) que el cambio se produjera dentro de la sesión; (c) que fuera un hecho novedoso; (d) que no hubiera evidencia contradictoria; y; (e) que fuera apoyado por la conducta no verbal del paciente. También se procedió a detectar momentos de cambio extrasesión a partir de las referencias que el paciente aportaba de su contexto de vida cotidiana. En este sentido, era necesario que se cumplieran los mismos criterios citados anteriormente pero, además, que fueran narrados durante la sesión, que fueran referibles a la terapia de grupo y que fueran confirmados por el terapeuta.

Una vez identificado el momento de cambio, se llevó a cabo una segunda etapa, que consistió en rastrear las interacciones previas a los momentos de cambio, con el fin de delimitar empíricamente los episodios relevantes intrasesión. Estos episodios fueron delimitados con un criterio temático, es decir, el inicio del episodio lo marcaba el comienzo del ‘trabajo’ sobre la temática presente en el momento de cambio. Por último, en una tercera etapa se procedió a realizar un análisis cualitativo de contenido de los distintos episodios de cambio, con la finalidad de identificar y analizar los componentes asociados al cambio psicoterapéutico.

Los componentes interaccionales de los episodios de cambio se analizaron a través de una metodología de análisis cualitativo, con el objeto de revelar los contenidos de la interacción terapéutica y de su contexto. Esta metodología permitió el análisis descriptivo de la información verbal, así como la construcción de patrones ideales de secuencia para cada una de las dimensiones de análisis. Dichos patrones deben ser entendidos como tipos ideales en el sentido *weberiano*, es decir, construcciones conceptuales que sintetizan una gran cantidad de fenómenos concretos individuales, y que permiten conocer la realidad empírica (Schütz, 1972).

Tabla 1

Listado de indicadores cualitativos de cambio

1. Aceptación de la existencia de un problema.
2. Aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda.
3. Aceptación del terapeuta como un profesional competente.
4. Expresión de esperanza (“remoralización” o expectativa de ser ayudado o de superar los problemas).
5. Descongelamiento (o cuestionamiento) de formas de entendimiento, comportamientos y emociones habituales (“fisura”).
6. Expresión de la necesidad de cambio.
7. Reconocimiento de la propia participación en los problemas.
8. Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo.
9. Manifestación de un comportamiento o emoción nueva.
10. Aparición de sentimientos de competencia.
11. Establecimiento de nuevas relaciones entre: aspectos propios, aspectos propios y del entorno, y aspectos propios y elementos biográficos.
12. Reconceptualización de los propios problemas o síntomas.
13. Transformación de las valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros.
14. Formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo, a través de la interconexión de aspectos personales y del entorno, incluyendo problemas y síntomas.
15. Enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía.
16. Construcción de una teoría subjetiva biográficamente fundada sobre sí mismo y su relación con el entorno (indicador global).
17. Reconocimiento de la ayuda recibida.
18. Disminución de la asimetría.
19. Autonomía en cuanto al manejo propio del contexto de significado psicológico.

Y tres *indicadores de cambio* ‘transversales’ que se dieron a lo largo del proceso terapéutico:

- A. Aceptación del contexto de significación psicológica como marco de trabajo.
- B. Reconocimiento de la propia participación en el proceso terapéutico. (*)
- C. Fortalecimiento del vínculo terapéutico. (*)

* Los indicadores cualitativos de cambio son citados textualmente del Proyecto Fondecyt N°1030482 (Krause, Arístegui & de la Parra, 2002).

A continuación se presentarán los resultados más relevantes encontrados en la presente investigación, aclarando que la lógica de presentación de los mismos será inversa a la lógica de elaboración. Es decir, que primero se presentarán los niveles de análisis más generales y luego los más particulares (de izquierda a derecha), aún cuando durante la investigación, las distintas categorías se constituyeron a partir de lo particular.

Resultados

Parte 1: Momentos de Cambio y Episodios Relevantes

Se realizó un análisis descriptivo de los fragmentos que contenían manifestaciones de cambio que ocurrieran durante la terapia de grupo, específicamente en la interacción con los otros miembros del grupo durante la sesión. Los indicadores preestablecidos en este caso cumplieron la función de hipótesis a ser apoyadas, refutadas o modificadas de acuerdo a los datos observados, lográndose identificar, en las 18 sesiones analizadas, un total de 9 momentos de cambios intrasesión (ocurridos durante la terapia de grupo) y 25 cambios ocurridos fuera de la terapia de grupo, de los cuales: 8 cambios estuvieron asociados con las terapias individuales, familiares y de pareja propias del programa de drogas (extrasesión), y 17 cambios se asociaron con elementos del contexto externo al programa de drogas (extraterapéutico).

Los indicadores de cambio más frecuentes durante la terapia de grupo fueron: la aceptación de la existencia de un problema, la aceptación de los propios límites y el reconocimiento de la necesidad de ayuda, la expresión de esperanza, la expresión de la necesidad de cambio, el descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo, y el establecimiento de nuevas relaciones; mientras que los indicadores de cambio extrasesión o extraterapéuticos más frecuentes fueron: la aceptación de los propios límites y el reconocimiento de la necesidad de ayuda, la manifestación de un comportamiento nuevo, la reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas, y la transformación de las valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros.

Una vez identificados los momentos de cambio intrasesión, se procedió a analizar las sesiones, con un nuevo objetivo: la delimitación de los 9 episodios de cambio relevantes, a fin de ejecutar el análisis de los componentes asociados al cambio durante la sesión.

Parte 2: Componentes Interaccionales Asociados al Cambio

Sobre los episodios de cambio delimitados, se realizó un análisis descriptivo (codificación abierta) de las acciones realizadas en el contexto terapéutico de la terapia de grupo, tanto por terapeutas (o pacientes en el rol de co-terapeutas) como por pacientes, y que fueron denominadas “componentes interaccionales asociados al cambio”. Tal y como puede apreciarse en la Tabla 2, se obtuvo una lista de categorías con tres niveles de análisis, denominados: “intenciones comunicacionales”, “técnicas” y “formas básicas”². Las “intenciones comunicacionales” hacen referencia a la naturaleza del acto comunicacional realizado. En otras palabras, tienen que ver con lo que pretende la persona que las realiza, comunicacionalmente hablando. Estas, a su vez, fueron agrupadas en base a un denominador común, para conformar ocho categorías más generales denominadas “estrategias”, que son: *sintonizar, explorar, clarificar, focalizar, retroalimentar, resignificar, trabajar lo afectivo y orientar el comportamiento*³. Todas estas “estrategias” son realizadas tanto por los terapeutas (o pacientes en el rol de co-terapeuta) como por los pacientes durante las sesiones terapéuticas, sin embargo, algunas de las “intenciones comunicacionales” que conforman las “estrategias”, son realizadas sólo por el terapeuta, otras sólo por el paciente, y otras son realizadas por ambos.

Otro de los resultados del análisis de los episodios fue la conformación de una serie de categorías agrupadas bajo el nombre “técnicas”, y que hacen referencia a los distintos recursos metodológicos de los componentes interaccionales, algunos coincidentes con las técnicas psicoterapéuticas propias de un modelo y otras con el uso del lenguaje cotidiano. Muchas de estas “técnicas” son realizadas únicamente por los terapeutas o pacientes en el rol de co-terapeutas, como es el caso de: *aconsejar, alentar, autorrevelar, confrontar, conmemorar, defender, desvalorizar, enfatizar, evocar, generalizar, imaginar, interpretar, nominar, reflejar, reforzar, revelar información del paciente y utilizar para-*

² Se destacará entre comillas a cada uno de los cuatro niveles de análisis (“estrategias”, “intenciones comunicacionales”, “técnicas” y “formas básicas”) a lo largo de la presentación de los resultados para una mejor comprensión del texto.

³ Se resaltarán en cursiva a lo largo del texto cada una de las categorías que conforman los cuatro niveles de análisis.

Tabla 2

Listado de componentes interaccionales asociados al cambio intrasesión

Estrategia	Intención comunicacional	Técnica	Forma básica
1. SINTONIZAR	* Expresar acuerdo	Aconsejar	Asentir
	* Expresar desacuerdo		
	* Expresar confusión	Adivinar	Aseverar
	* Mostrar duda		
	* Mostrar comprensión	Advertir	Negar
	* Corroborar información		
	* Solicitar comprensión	Alentar Asociar	Preguntar
2. EXPLORAR	* Solicitar información		
	* Ampliar contenidos	Autorrevelar	
	* Entregar información solicitada		
3. CLARIFICAR	* Verificar información	Bromear (ironía) Comparar	
	* Corregir comprensión		
	* Especificar contenidos	Completar la frase	
	* Chequear el impacto de una intervención	Confrontar	
	* Solicitar explicación		
	* Chequear la propia comprensión	Conmemorar Defender al otro	
4. FOCALIZAR	* Introducir un tema		
	* Volver a un tema	Descartar	
	* Condensar un contenido		
	* Circunscribir contenidos	Desvalorizar	
	* Detener el discurso	Ejemplificar	
5. RETROALIMENTAR	* Emitir un juicio valorativo sobre el otro (criticar o validar)	Enfatizar	
	* Mostrar optimismo sobre el otro	Evocar	
	* Reconocer el cambio en el otro		
	* Mostrar afectos del otro	Exagerar	
	* Expresar impacto afectivo		
	* Reconocer la ayuda del otro	Felicitar Fundamentar	
6. RESIGNIFICAR	* Dar un nuevo significado a un contenido	Generalizar	
6.1 A partir de la construcción de nuevos significados	* Establecer un modelo de funcionamiento psicológico	Imaginar	
	* Mostrar una comprensión alternativa del funcionamiento del otro	Imitar	
	* Vincular contenidos		
	* Contradecir información	Indicar	
	* Cuestionar un contenido		
	* Cuestionarse a sí mismo		
	* Mostrar aspectos contradictorios	Insistir	
	* Mostrar oposición a un contenido		

	* Aceptar un contenido (Inicial, parcial o totalmente)	Instruir
	* Enriquecer un significado nuevo	Interpretar Interrumpir
6.2 A partir de la consolidación de nuevos significados	* Fortalecer un significado * Señalar consecuencias de un significado * Aplicar un significado * Decantar un significado Modelar	Justificar Minimizar
7. TRABAJAR EN LO AFECTIVO	* Indagar afectos * Expresar afectos * Relatar afectos	Narrar
7.1 A partir de las vivencias del otro	* Anticipar una vivencia * Expresar agradecimiento * Mostrar empatía	Nominar Parafrasear
7.2 A partir de las propias vivencias	* Mostrar optimismo sobre sí mismo * Expresar desesperanza Quejar	Persuadir
8. ORIENTAR EL COMPORTAMIENTO	* Desafiar a realizar conductas * Decidir realizar una conducta * Oponerse a realizar una conducta * Proponer realizar una conducta * Ordenar hacer algo * Solicitar apoyo	Reflejar Reformular Reforzar Regalar Repetir Reproducir diálogo Revelar información del otro Resumir Utilizar metáforas Utilizar paradojas Valorar

Nota: todas estas categorías fueron el resultado del análisis de contenido de los distintos episodios de cambio ocurridos durante la sesión. Las “intenciones comunicacionales” están ordenadas según “estrategias”, mientras que las “técnicas” y las “formas básicas” están ordenadas alfabéticamente.

dojas. La “técnica” *justificar*, en cambio, sólo es utilizada por los pacientes, y se refiere a excusar una acción propia con razones convincentes. Es posible observar que en una misma intervención se utilice más de una “técnica”, que dos “técnicas” específicas se den juntas, o bien, que no exista ninguna “técnica” acompañando a la “intención comunicacional”.

Por último, se observó la existencia de categorías que se agruparon bajo el nombre de “formas básicas”, y que tienen que ver con la dimensión de análisis correspondiente a un nivel de estructura lingüística más formal. Al contrario de las otras categorías encontradas, en este nivel de análisis no se diferencian las acciones de terapeutas (o pacientes en el rol de co-terapeutas) y pacientes. Es decir, ambos

utilizan las cuatro “formas básicas” que son las siguientes: *asentir, aseverar, negar y preguntar*.

Parte 3: Análisis de Proceso (patrones de secuencias de interacción)

A continuación se presentarán los patrones ideales de secuencia, identificados en cada uno de los cuatro niveles de análisis. Tal y como se mencionó en la metodología, estos patrones ideales deben ser entendidos como construcciones conceptuales que sintetizan las secuencias de interacción más frecuentes en cada uno de los episodios de cambio analizados.

Patrón de secuencia ideal en las “estrategias”. El análisis de proceso de la interacción terapéutica permitió observar ciertos patrones de secuencias en las “estrategias” realizadas, que permiten discriminar el momento de cambio a partir de éstas. Al inicio de los episodios se realizan más las “estrategias” *explorar, clarificar y focalizar*, mientras que al acer-

arse el momento del cambio las “estrategias” más frecuentemente realizadas son *resignificar* y *orientar el comportamiento*, siendo la primera base de la segunda. Sin embargo, se mostrará más adelante, cómo resulta conveniente analizar las “estrategias” realizadas en forma paralela a las “intenciones comunicacionales” que las conforman, ya que, si bien una misma “estrategia” puede darse al inicio, durante o al final de un mismo episodio, pueden ser diferentes las “intenciones comunicacionales” en cada uno de estos momentos. En otras palabras, son estas últimas las que permiten discriminar mayormente un momento de cambio.

Tal y como muestra la Figura 1, el inicio del episodio se caracteriza por la realización de “estrategias” como *explorar* y *clarificar* por parte del terapeuta o de los pacientes en el rol de co-terapeuta, lo que lleva al paciente a responder con la misma “estrategia” utilizada por el otro, o bien, puede suceder que el terapeuta realice la “estrategia” de *explorar* y el paciente realice la “estrategia” de *clarificar*. Esto

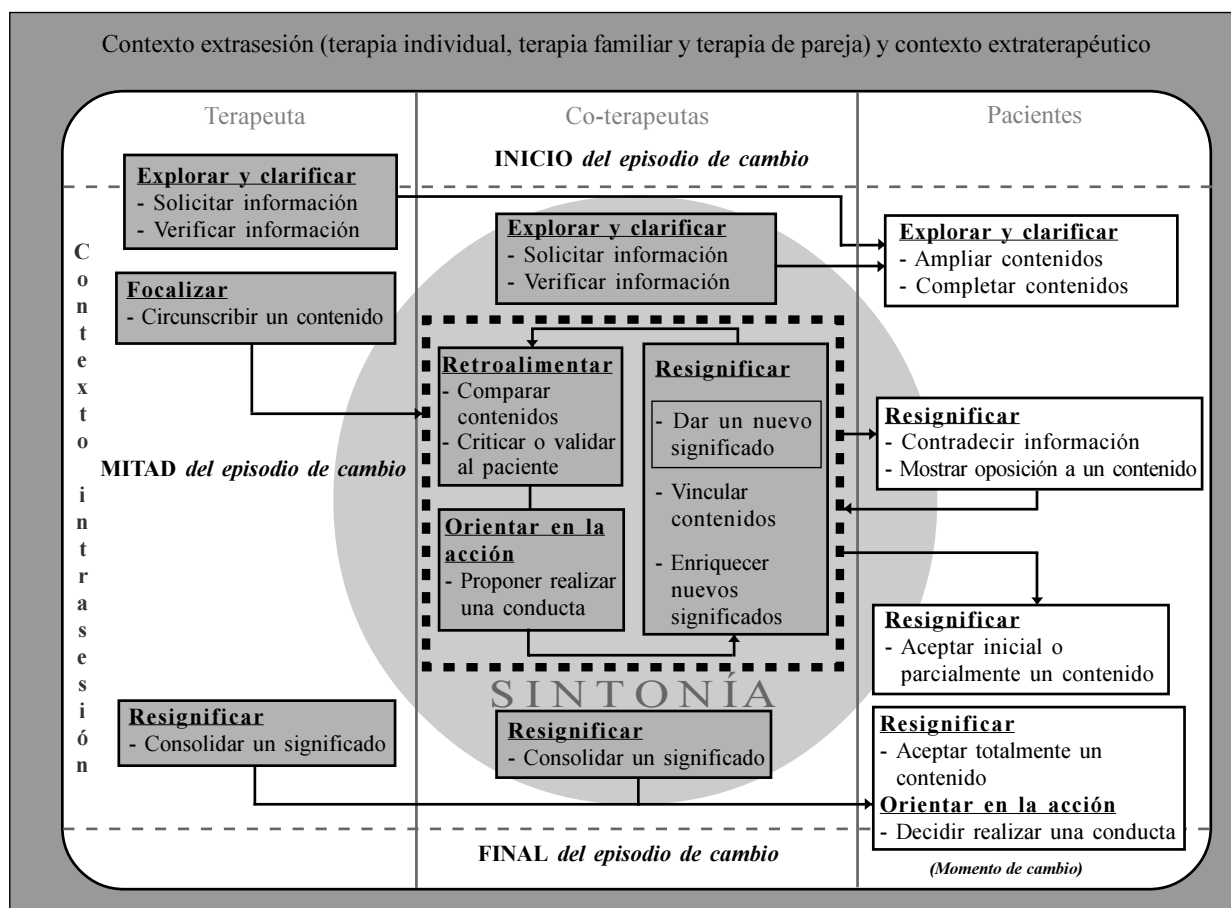


Figura 1. Patrones de secuencia ideales en las “estrategias” e “intenciones comunicacionales”. Construcción conceptual que sintetiza la secuencia de “estrategias” e “intenciones comunicacionales” realizadas por los participantes de la terapia de grupo, en los episodios de cambio.

refleja la necesidad de, primero, presentar contenidos nuevos para, posteriormente, clarificarlos.

También puede observarse que la “estrategia” *sintonizar*, entendida como todas aquellas acciones realizadas con la finalidad de lograr una armonía afectiva y un entendimiento mutuo entre los miembros del grupo, aparece a lo largo de todo el episodio, como una especie de condición a nivel comunicacional que permite la realización de todas las demás “estrategias”.

A mediados del episodio, es posible observar momentos de interacción entre algunos miembros del grupo (generalmente los que llevan más tiempo en el programa) en los que se intercambian acciones tendientes a *resignificar* que, paralelamente a las acciones de *sintonizar*, pueden llegar a tener un efecto positivo y facilitar el momento de cambio, haciendo que el paciente realice también acciones tendientes a *resignificar* (al final del episodio). Podríamos pensar que, sobre la base de esta sintonía, los pacientes con el rol de co-terapeutas van construyendo el significado que presentarán posteriormente al paciente que está en dicho rol.

El terapeuta incluso utiliza la “estrategia” de *explorar* junto a la “técnica” de *alentar*, con los pacientes en el rol de co-terapeutas, para que éstos puedan *retroalimentar* al paciente a partir de lo que éste ha contado durante la sesión. En estos casos suele repetirse un mismo patrón circular de “estrategias”: *retroalimentar* al paciente y realizar acciones tendientes a *resignificar*. Al final de estas intervenciones, el terapeuta nuevamente recurre a la “estrategia” de *explorar* con el paciente, quien responde con acciones tendientes a *resignificar*, lográndose finalmente el cambio.

Como se mencionó anteriormente, los pacientes en el rol de co-terapeutas interactúan para construir un significado nuevo que luego entregarán al paciente, atentos siempre de observar si éste lo acepta o no. Sin embargo, en un primer momento (más hacia el inicio del episodio y a mediados de éste) las acciones tendientes a *resignificar* se caracterizan por cuestionar los significados, hasta que, hacia el final del episodio, y sobre la base de que existe una sintonía comunicacional, ambos realizan acciones tendientes a *resignificar* en la línea de consolidar los contenidos. En cambio al obtener, por parte del paciente, acciones tendientes a *cuestionar los contenidos*, los pacientes en el rol de co-terapeutas deciden seguir realizando las “estrategias” de *explorar*, *clarificar* y *focalizar* aún más, con el objeto de

lograr la sintonía entre ellos y con el paciente, para que, sobre esta base, puedan empezar a realizarse las “estrategias” de *retroalimentar* y *resignificar*.

Cabe mencionar que no siempre un episodio de cambio está conformado por un solo segmento de la sesión, sino que, dentro de una misma sesión, pueden darse varios segmentos no continuos sobre el mismo tema⁵, quedando segmentos de la sesión que no están directamente relacionados con el tema tratado, diluyéndose la conversación en otros temas, por lo que el terapeuta recurre a la “estrategia” de *focalizar* nuevamente los contenidos.

Llama la atención que, generalmente, se dan en forma paralela las “estrategias” de *resignificar* y *retroalimentar*, como si de alguna manera existiera una relación directa entre estas dos, por ejemplo, que para la construcción de nuevos significados de determinados contenidos sea necesaria la “estrategia” de *retroalimentar*, aunque también podría ser que una manera de comprobar si la resignificación se está llevando a cabo o no, sea por medio de la retroalimentación de los participantes.

Por último, en los episodios cuyo momento de cambio tiene que ver más con la manifestación de una conducta nueva en el contexto extraterapéutico (por ejemplo, comunicar a la familia de una situación de riesgo), las acciones que se realizan y que parecen estar asociadas a dicho cambio, generalmente se asocian con acciones tendientes a *resignificar* (por ejemplo, tomar la decisión de comentar una situación de riesgo). Por esta razón, al final de estos episodios, la “estrategia” de *orientar el comportamiento* siempre está precedida de acciones tendientes a *resignificar*, como si de alguna manera, las primeras necesitaran tener de base a las segundas.

Patrón de secuencia ideal en las “intenciones comunicacionales”. Como se mencionó anteriormente, las “intenciones comunicacionales” hacen referencia a una dimensión de análisis que clasifica la naturaleza del acto comunicacional realizado, es decir, tienen que ver con lo que pretende la persona que las realiza, comunicacionalmente hablando. La Figura 1 también permite observar ciertos patrones de secuencia en las “intenciones comunicacionales” realizadas, lo que hace posible discriminar el momento de cambio. Como se mencionó anteriormente, la sintonía aparece a lo largo de todo el episodio como una especie de condición a nivel comunicacional, que permite la realización de todas las demás “estrategias”.

⁵ Recordemos que los episodios relevantes de cambio fueron analizados en base a un criterio temático.

Al inicio de los episodios de cambio, tanto el terapeuta, como los pacientes en el rol de co-terapeutas, realizan las acciones de *solicitar y/o verificar información* del paciente, mientras que este último responde *ampliando y/o especificando contenidos* con el propósito de *explorar y/o clarificar* los mismos. Puede darse el caso de que al inicio del episodio se empiecen a realizar acciones tendientes a *resignificar*, por parte de los participantes, sin embargo, mientras el terapeuta o los pacientes en el rol de co-terapeutas realizan acciones tendientes a construir significados, los pacientes responden cuestionando los mismos. No es sino hasta el final del episodio cuando, por lo general, ambos logran participar activamente en el establecimiento de nuevos significados.

Los pacientes en el rol de co-terapeuta, entre ellos y con el paciente, realizan acciones tendientes a *resignificar* (sobre todo a mediados del episodio) tales como: *dar un nuevo significado a un contenido, vincular contenidos y fortalecer un nuevo significado*. Sin embargo, una de las acciones que sólo realizan los co-terapeutas entre ellos, es *enriquecer un nuevo significado* en cada una de sus intervenciones o a partir de la intervención realizada por otro co-terapeuta; mientras que el paciente suele responder con la acción de *aceptar inicial, parcial o totalmente los contenidos presentados*. Estas acciones generalmente se van alternando en cada una de las intervenciones de los pacientes en el rol de co-terapeutas, realizando las mismas acciones o acciones que complementan las del otro.

Hay ocasiones en las que el paciente expresa acuerdo ante los contenidos contradictorios presentados por otros, sin embargo, de alguna manera, el estar de acuerdo no es suficiente, puesto que los pacientes en el rol de co-terapeutas siguen realizando algunas de las acciones que antecedieron dicho cambio, para confirmarlo y reforzarlo con una mayor resignificación de los contenidos. Este es otro patrón de secuencia que se repite en casi todos los episodios de cambio de esta modalidad terapéutica, sin embargo, al momento de delimitar los episodios estas acciones de los co-terapeutas quedaron fuera del análisis, ya que se cerró el episodio con el momento de cambio considerando las confirmaciones posteriores de éste “réplicas”⁶.

Otro detalle que se observó, es que los pacientes que tienen más tiempo en el programa presentan

un mayor nivel de elaboración de los contenidos, razón por la cual les resulta fácil adoptar, en un momento determinado de la sesión, el rol de co-terapeutas. Adicionalmente y, a diferencia de los que llevan menos tiempo en el programa, cuando asumen el rol de pacientes propiamente tal, son capaces de realizar acciones para sí mismos como: *darse a sí mismos nuevos significados y vincular contenidos propios*. Es decir, logran construir nuevos significados a partir de las intervenciones de los otros miembros del grupo, pero también a partir de su propia narrativa.

También queda claro que, ni el terapeuta ni los pacientes en el rol de co-terapeutas, parecen conformarse con una *aceptación inicial* por parte del paciente, e *insisten* en realizar acciones hasta que el paciente logra *aceptar completamente el significado nuevo* durante la sesión. De hecho, muchas veces la “intención comunicacional” realizada por el paciente durante un momento de cambio, es confirmada y reforzada en otro momento posterior, con otra “intención comunicacional” relacionada.

Patrón de secuencia ideal en las “técnicas”. Recordemos que las categorías agrupadas bajo el nombre de “técnicas” son aquellas que hacen referencia a distintos recursos metodológicos de los componentes interaccionales, y que algunas coinciden con las técnicas psicoterapéuticas de un modelo o escuela, mientras que otras son propias del lenguaje cotidiano. Aunque no es posible anticipar un momento de cambio a partir de las “técnicas” utilizadas por los miembros del grupo, puesto que éstas son utilizadas a lo largo de los episodios, la Figura 2 muestra la existencia de ciertos patrones de secuencias en las “técnicas” realizadas a lo largo del episodio.

La mayoría de los episodios analizados inicia con acciones del terapeuta para *explorar* contenidos nuevos, utilizando la “técnica” de *alentar* al paciente a que presente algún tema o situación experimentada durante la última semana. Cuando el terapeuta o paciente en el rol de co-terapeuta solicita al paciente que *clarifique* determinado contenido, y éste lo hace, pero dicho contenido sigue sin estar totalmente claro, por lo general recurren a utilizar la “técnica” de *descartar e insistir* en la clarificación. En la modalidad terapéutica aquí estudiada, los pacientes, para entregar elementos nuevos, suelen utilizar las “técnicas” *ejemplificar y fundamentar*. Cuando se utilizan las “técnicas” de *confrontar, persuadir o advertir* por parte del terapeuta o de los pacientes en el rol de co-terapeuta, generalmente el paciente

⁶ Se ha denominado “réplicas” a las manifestaciones posteriores de un mismo momento de cambio.

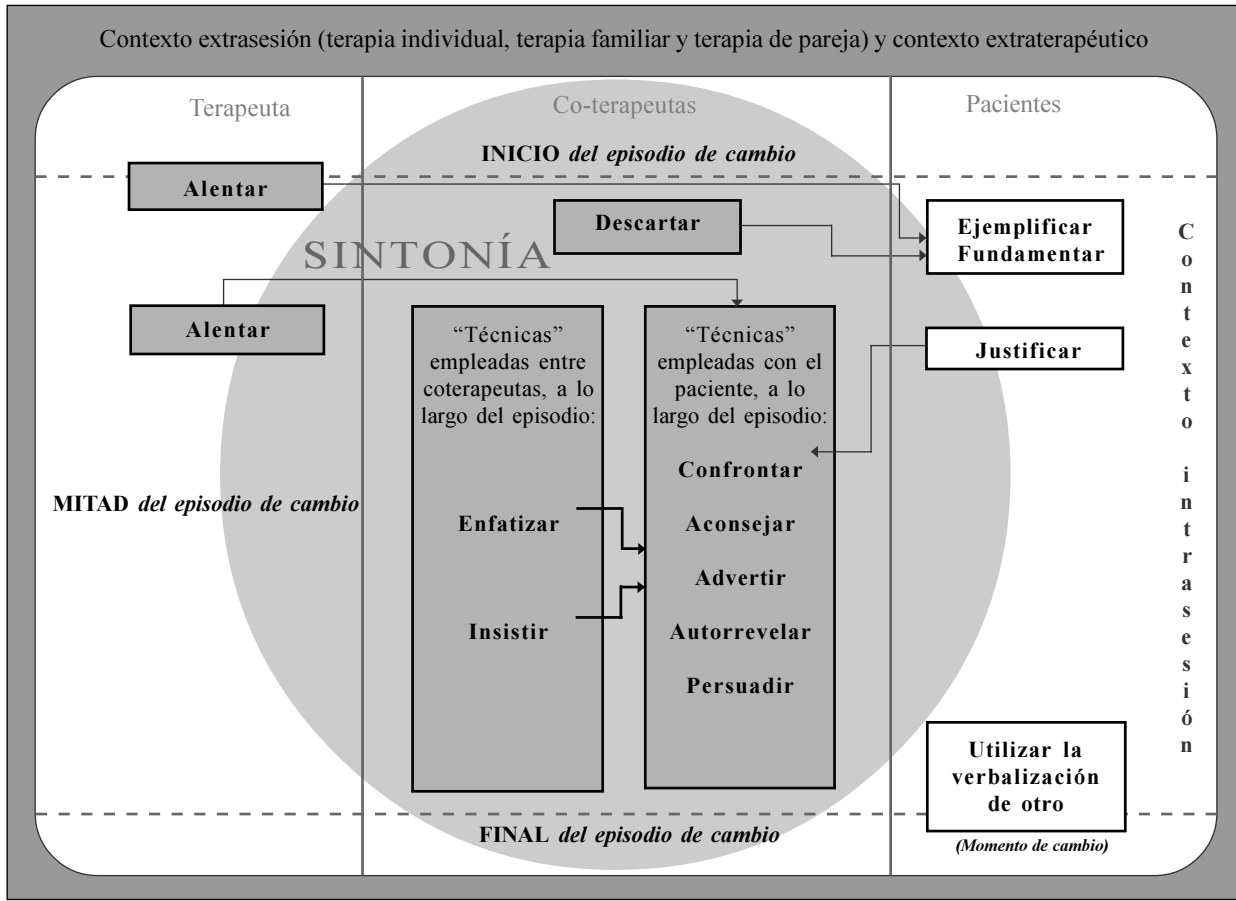


Figura 2. Patrones de secuencia ideales en las “técnicas”. Construcción conceptual que sintetiza la secuencia de “técnicas” realizadas por los participantes de la terapia de grupo, en los episodios de cambio.

responde utilizando la “técnica” de *justificar*. Sin embargo, al final de los episodios, cuando se utilizan a la vez las “técnicas” de *confrontar* y *persuadir*, se observa que el paciente incluso puede llegar a *repetir* la verbalización del otro, como “técnica”; esto, sobre la base de que existe en ese momento una sintonía comunicacional entre ambos.

En su interacción, los pacientes que en determinado momento del episodio asumen el rol de co-terapeutas, siempre recurren a la “técnicas” de *insistir* y *enfatizar* la intervención de otro co-terapeuta, que por lo general ha utilizado “técnicas” como: *autorrevelar*, *aconsejar*, *persuadir* o *advertir*. Esto, de alguna manera permite que quien haya venido utilizando dichas “técnicas”, lo siga haciendo.

Hay ocasiones en las que el terapeuta utiliza a la vez las “técnicas” de *confrontar* al paciente con su propio discurso y *revelar* información del contexto extraterapéutico de éste al resto del grupo, con la “intención comunicacional” de *mostrar aspectos contradictorios* entre lo que éste dice y su biografía, generalmente concluyendo la intervención con

la “técnica” de *alentar* al paciente a hacerse cargo de lo que dijo. También utiliza la misma “técnica” con los otros miembros del grupo para que éstos *emitan un juicio valorativo* acerca del discurso del paciente durante la sesión. Esta intervención del terapeuta siempre va seguida de la “estrategia” de *retroalimentar* al paciente por parte de los otros miembros del grupo, utilizando para ello distintas “técnicas” como *autorrevelar*, *advertir*, *persuadir* y *fundamentar* con razones, con el propósito de *mostrar empatía* al paciente; como si de alguna manera la propia experiencia o la experiencia de los que han logrado rehabilitarse resulta ser un motivo más convincente, que aquél que pueda entregar el mismo terapeuta. Los pacientes en el rol de co-terapeutas utilizan las “técnicas” de *aconsejar* y *advertir*, principalmente con aquellos contenidos relacionados con el establecimiento de límites, de manera de mostrarle al paciente la necesidad de cambio; y la tendencia es siempre a utilizar dichas “técnicas” junto con la de *autorrevelar* para *mostrar empatía* o darle sentido a los contenidos mostrados.

Cuando los pacientes en el rol de co-terapeutas interactúan entre ellos, lo hacen creando o compartiendo significados que, aún cuando el principal objetivo es entregárselos después al paciente, utilizando para ello “técnicas” específicas, también se modifican los propios constructos a partir de *resignificar* las propias experiencias. Llegado el momento, el terapeuta presenta al paciente un nuevo significado, utilizando para ello generalmente “técnicas” como *enfaticar* y/o *repetir* la verbalización de alguno de los co-terapeutas.

Por último, existen ciertas “técnicas” asociadas a determinadas “intenciones comunicacionales” y a determinados roles dentro del grupo. Por ejemplo, cuando se realizan acciones para *orientar el comportamiento*, tiende a utilizarse más frecuentemente “técnicas” como *aconsejar* o *instruir*, siempre y cuando el significado de la conducta a cambiar haya sido resignificado previamente. La “técnica” *enfaticar*, por otro lado, es más frecuente entre los pacientes en el rol de co-terapeutas, y está muy relacionada con la “técnica” *confrontar*. El terapeuta, en cambio, procu-

ra que sean éstos los que utilicen la “técnica” *confrontar* más enérgicamente al paciente, sobre todo cuando este último utiliza la “técnica” de *justificar*. Esto es congruente con el enfoque terapéutico utilizado por la terapia de grupo, en la cual el terapeuta asume en todo momento un rol de facilitador.

Patrón de secuencia ideal en las “formas básicas”. Como se mencionó, las categorías que conforman la dimensión denominada “formas básicas” corresponden a un nivel de estructura lingüística formal, por lo que todos los miembros del grupo utilizan las cuatro categorías establecidas. Aunque tampoco es posible anticipar un momento de cambio a partir de las “formas básicas” utilizadas por los miembros del grupo, puesto que no permiten diferenciar completamente las acciones de los terapeutas (o pacientes en el rol de co-terapeutas) y los pacientes, la Figura 3 permite observar ciertos patrones de secuencias en las “formas básicas” realizadas a lo largo de los distintos episodios analizados.

A lo largo de los episodios, a pesar de que todos los miembros del grupo en la interacción hacen uso de

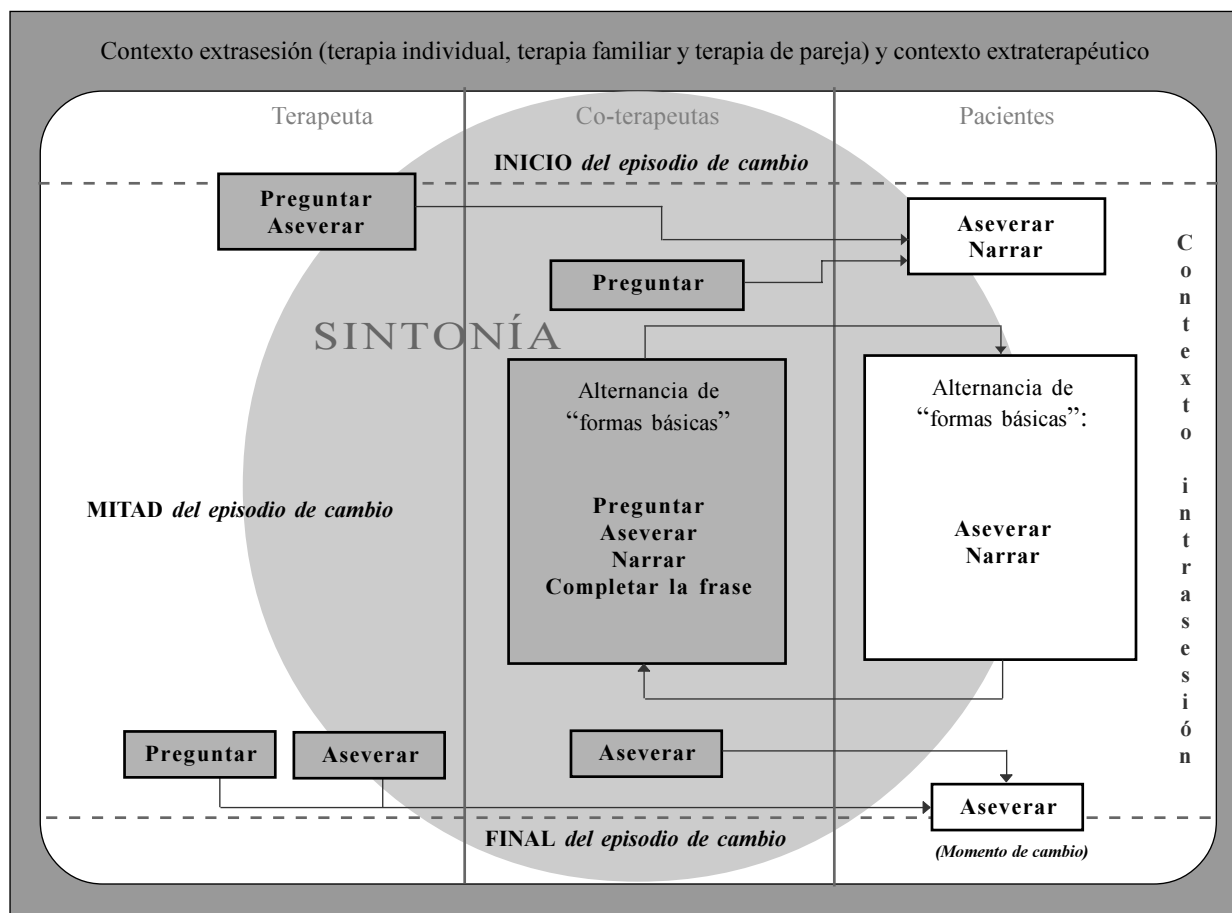


Figura 3. Patrones de secuencia ideales en las “formas básicas”. Construcción conceptual que sintetiza la secuencia de “formas básicas” realizadas por los participantes de la terapia de grupo, en los episodios de cambio.

las distintas “formas básicas”, casi siempre se inician los episodios con la “forma básica” de *preguntar* por parte del terapeuta o pacientes en el rol de co-terapeutas, mientras que al final del episodio, el momento de cambio está caracterizado siempre por la utilización de la “forma básica” *aseverar*, por parte del paciente.

El análisis secuencial de las “formas básicas” permitió observar que, frecuentemente, la “forma básica” de *preguntar* va seguida de la “forma básica” *asentir*, *negar* o *aseverar*. En otras ocasiones la “forma básica” *aseverar* está precedida por las “formas básicas” *negar* o *asentir* que, por lo general, tienen el propósito de *corroborar un contenido*.

También se observó que la utilización de la “forma básica” *aseverar*, por parte de alguien en el grupo, va seguida de un *aseverar* por parte de otro; así como el hecho que la “técnica” de *completar la frase* siempre se realiza utilizando la “forma básica” de *aseverar* para concluir una aseveración realizada por otro.

En la interacción entre los pacientes con el rol de co-terapeuta se observa un intercambio de “formas básicas” tales como *aseverar*, *asentir*, *negar*, hasta que en determinado momento uno de ellos realiza una *pregunta* al paciente. Las “formas básicas” *asentir* y *negar*, permiten la realización de acciones relacionadas con la “estrategia” *sintonizar*; mientras que otras “formas básicas” como *aseverar* y *preguntar*, permiten la realización de acciones más relacionadas con los contenidos trabajados durante la sesión y hemos mencionado, que la sintonía comunicacional entre los miembros del grupo parece facilitar la construcción de significados tanto entre los pacientes en el rol de co-terapeuta, como con el paciente. De esta forma, aunque la “intención comunicacional” sea distinta entre los miembros del grupo que interactúan, o incluso opuesta, es posible observar un mismo patrón en las “formas básicas”.

Discusión

El estudio se enmarcó dentro de una investigación de proceso, puesto que puso el énfasis en el análisis de la interacción entre los pacientes, y de éstos con el terapeuta, durante los distintos episodios relevantes de cambio analizados (Goldfried et al., 1998; Marmar, 1990; Stiles et al. 1990). Se utilizó una metodología cualitativa orientada al descubrimiento, que hizo posible el desarrollo inductivo de categorías en función de la observación sistemática y el análisis sistemático de los datos en secuencia. Es necesario mencionar que hasta el momento no

existía ningún estudio que fuera tan específico sobre los componentes asociados a los momentos de cambio, pero sí sobre el cambio psicoterapéutico, cuyos resultados permitieron guiar las primeras etapas de esta investigación. Uno de los aportes de la investigación fue establecer los criterios mínimos para confirmar la existencia o no de un momento de cambio intrasesión, tales como: la correspondencia teórica, actualidad, novedad y consistencia; así como la utilización de la conducta no verbal como parte de esta última.

Fue posible, en una primera etapa, confirmar la mayoría de los indicadores preestablecidos así como establecer cierto orden o secuencia de aparición de estos indicadores de cambio acorde a la evolución del proceso terapéutico de cada participante. Esto último, coincide con los trabajos de Jacobson y Truax (1991), quienes afirman que el proceso de cambio total es el resultado de cambios sucesivos y progresivos. También fue posible confirmar el hecho que ciertos indicadores se dan a lo largo de todo el proceso terapéutico, más específicamente, aquellos relacionados con: la aceptación del contexto de significado psicológico como marco de trabajo, el reconocimiento de la propia participación en el proceso terapéutico y el fortalecimiento del vínculo terapéutico.

Los momentos de cambio más frecuentes en esta modalidad terapéutica coinciden, por un lado, con los trabajos de Elliott y James (1989), quienes concluyen que el resultado experimentado con mayor frecuencia por los pacientes es el entendimiento de sí mismo (*insight*), el ser guiado, la autorreflexión y el asumir la responsabilidad; y, por otro lado, con los estudios de Greenberg y Malcolm (2002), quienes demostraron que los pacientes que manifiestan un cambio de opinión con respecto a sí mismo y a los demás son los que, por lo general, obtienen resultados más significativos en el tratamiento. Cuando los pacientes son capaces de comprender el contexto histórico que los condujo al desarrollo de ciertas creencias y actitudes, pueden empezar a adquirir la sensación de que tienen cierto dominio sobre su realidad.

La evidencia teórica demuestra que existen distintas perspectivas para delimitar episodios relevantes de cambio, tales como: la del paciente, la del terapeuta, la de observadores expertos, a través de instrumentos de medición, o bien, la combinación de las anteriores (Bastine, Fiedler & Komer, 1989 en Krause, Aristegui & de la Parra, 2002). En este caso, los episodios se delimitaron a partir de la perspecti-

va de observadores entrenados, utilizándose el criterio temático.

En cuanto a la identificación y análisis de los componentes interaccionales asociados al cambio psicoterapéutico, los resultados demuestran que, durante la sesión, tanto el terapeuta como los pacientes realizan distintos tipos de acciones, lingüística y comunicacionalmente hablando. A estas acciones se les denominó componentes interaccionales. El análisis cualitativo de contenido permitió clasificar dichas acciones de acuerdo a tres niveles de análisis, dependiendo de su nivel de profundidad o superficialidad: “intenciones comunicacionales”, “técnicas” y “formas básicas”. El primer nivel de análisis pudo ser agrupado a su vez en base a un denominador común, conformándose ocho “estrategias”, que son: *sintonizar, explorar, clarificar, focalizar, retroalimentar, resignificar, trabajar lo afectivo y orientar el comportamiento*. Estos resultados apoyan las investigaciones de Karasu (1986), puesto que las “estrategias” encontradas abarcan los dominios cognitivo, afectivo y conductual. Sin embargo, no sólo se consideraron las “intenciones comunicacionales” del terapeuta y de los pacientes, sino que también se analizó la interacción entre ambas. En este sentido, los resultados encontrados van más allá de los estudios realizados hasta la fecha, los cuales sólo habían analizado las intenciones implícitas de los pacientes y terapeutas por separado.

La segunda dimensión de análisis agrupa bajo el nombre “técnicas”, todas aquellas acciones que hacen referencia a los distintos recursos metodológicos de los componentes interaccionales, algunas de los cuales coinciden con las técnicas psicoterapéuticas propias de modelos terapéuticos específicos, y otras, son más propias del lenguaje cotidiano. En este sentido, las primeras podrían ser consideradas como factores específicos asociados al cambio (Chatoor & Krupnick, 2001). Por último, la tercera dimensión de análisis, denominada “formas básicas”, tiene que ver con un nivel de estructura lingüística formal, que clasifica las acciones en siete categorías identificadas: *asentir, aseverar, negar y preguntar*.

El análisis de la interacción de los distintos niveles de análisis, permitió identificar cómo se comportan las distintas acciones realizadas, tanto por los terapeutas (o pacientes en el rol de co-terapeutas) como por los pacientes, durante los episodios de cambio analizados. Fue posible identificar ciertos patrones ideales, que en el caso de las “estrategias”

y las “intenciones comunicacionales” que las conforman, permiten discriminar y anticipar un momento de cambio. Hay que mencionar que, aún cuando los patrones ideales aquí propuestos son ilustrativos más que definitivos, cada uno de ellos sintetiza las secuencias de interacción más significativas en cada uno de los episodios de cambio analizados, por lo que resultan convenientes, al menos, para cierto tipo de generalizaciones como el hecho de estar asociados con formas de influencia y cooperación en las reuniones de grupos (Mergenthaler & Bucci, 1999).

Uno de los hallazgos más significativos, y que sirve de marco dentro del cual se generan las distintas intervenciones realizadas por los terapeutas y por los pacientes durante los episodios de cambio, se refiere al ajuste comunicacional y emocional que debe existir entre los participantes de este tipo de terapia. Los resultados permiten concluir que, esta sintonía es la base para que se desarrolle una relación de confianza entre los miembros del grupo, que posibilita la construcción de nuevas formas de interpretar la realidad. Lo anterior está muy relacionado con la aceptación del contexto de significado psicológico (Hardy et al., 1995; Keinänen, 1999; Krause, 1992b), el compromiso y la motivación por parte de los pacientes (Corey, 1995), lo cual resulta fundamental para el trabajo que se realiza durante las sesiones en este tipo de terapia.

Finalmente recordamos que los resultados de esta investigación, por encontrarse inserta en un proyecto de investigación mayor sobre cambio en psicoterapia (Krause et al., 2002), seguirán sometándose a la contrastación empírica con otras modalidades terapéuticas, con el objeto de determinar los componentes interaccionales comunes a todas ellas y de analizar “episodios de no cambio”.

Referencias

- Asay, T. P. & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. En M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The heart & soul of change. What works in therapy* (pp. 23-55). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bachelor, A. & Salamé, R. (2000). Participant's perceptions of dimensions of the therapeutic alliance over the course of therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9, 39-53.
- Barkham, M., Rees, A., Shapiro, D. A., Stiles, W. B., Agnew, R. M., Halstead, J., Culverwell, A. & Harrington, V. M. (1996). Outcomes of time-limited psychotherapy in applied settings: Replicating the Second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1079-1085.

- Burlingame, G. M. & Barlow, S. H. (1996). Outcome and process differences between professional and nonprofessional therapists in time-limited group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 46, 455-478.
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J. & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 497-504.
- Chambless, D. L. & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Chatoor, I. & Krupnick, J. (2001). The role of non-specific factors in treatment outcome of psychotherapy studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10, 119-25.
- Conte, H. R., Plutchik, R., Jung, B. B., Picard, S., Karasu, T. B. & Lotterman, A. (1990). Psychological mindedness as a predictor of psychotherapy outcome: A preliminary report. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 426-431.
- Corey, G. (1995). *Teoría y práctica de la terapia grupal*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer S.A.
- Czogalik, D. & Russell, R. L. (1995). Interactional structures of therapist and client participation in adult psychotherapy: P technique and chronography. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 28-36.
- Elliott, R. & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9, 443-467.
- Eysenck, H. J. (1994). The outcome problem in psychotherapy: What have we learned? *Behaviour Research & Therapy*, 32, 477-495.
- Farber, B. A. & Hall, D. (2002). Disclosure to therapists: What is and is not discussed in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 359-370.
- Goldfried, M. R., Raue, P. J. & Castonguay, L. G. (1998). The therapeutic focus in significant sessions of master therapists: A comparison of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 803-810.
- Greenberg, L. S. (1999). Ideal psychotherapy research: A study of significant change processes. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1467-1480.
- Greenberg, L. S. & Malcolm, W. (2002). Resolving unfinished business: Relating process to outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 406-416.
- Hardy, G. E., Cahill, J., Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A. & Macaskill, N. (2001). Client interpersonal and cognitive styles as predictors of response to time-limited cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 841-845.
- Hill, C. E. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 288-294.
- Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship: From transference to alliance. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 163-173.
- Horvath, A. O. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561-573.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (Eds.). (1999). *The heart & soul of change: What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Karasu, T. B. (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: Toward identifying therapeutic change agents. *American Journal of Psychiatry*, 143, 687-695.
- Keinänen, M. (1999). The evolution of the internal dialogue during the psychoanalytic psychotherapy process. *American Journal of Psychotherapy*, 53, 529-543.
- Krause, M. (1991). Ich glaube inzwischen schon, daß ich eine Neurose habe - Veränderung von subjektiven Theorien durch Interaktion mit professionellen Helfern. En U. Flick (Ed.), *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit* (pp. 198-215). Heidelberg: Asanger.
- Krause, M. (1992a). *Erfahrungen mit Beratung und Therapie - Veränderungsprozesse aus der Sicht von KlientInnen*. Freiburg: Lambertus.
- Krause, M. (1992b). Efectos subjetivos de la ayuda psicológica: Discusión teórica y presentación de un estudio empírico. *Psyche*, 1, 41-52.
- Krause, M. (1993a). Die Krisenambulanz ist dazu da, wenn zum Beispiel mein Psychologe verreist ist - Hilfesuche im Versorgungsnetz aus Sicht der KlientInnen. En J. B. Bergold & D. Filsinger (Eds.), *Vernetzung psychosozialer Dienste* (pp. 183-200). Weinheim-München: Juventa.
- Krause, M. (1993b). *Informe de investigación: Representaciones sociales de trastornos psicóticos crónicos en profesionales de la salud mental*. Berlín: Universidad Libre de Berlín.
- Krause, M., Uribe, R., Winkler, M. I. & Avendaño, C. (1994). Caminos en la búsqueda de ayuda psicológica. *Psyche*, 3, 211-222.
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*, 7, 19-40.
- Krause, M. & Winkler, M. I. (1995). Soziale repräsentationen psychologischer interventionen unter armutsbedingungen. *Journal für Psychologie*, 3, 31-44.
- Krause, M. & Cornejo, M. (1997). Psicoterapia y percepción de cambios: Su expresión en metáforas. *Terapia Psicológica*, 6, 83-91.
- Krause, M. (1998). Construcción y transformación de teorías subjetivas 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., Aristegui, R. & de la Parra, G. (2002). Hacia una práctica efectiva en psicoterapia: Estudio de episodios de cambio relevantes, en diferentes tipos de psicoterapia, y sus efectos en los resultados terapéuticos (Proyecto FONDECYT 2002/1030482). Santiago: Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Kreither, J., Isla, P. & Lacerna, P. (2001). *Una mirada cualitativa a la terapia grupal de un tratamiento ambulatorio de dependencia química*. Manuscrito no publicado, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Kreither, J. & López, C. (2001). Tratamiento de adicciones: Una forma de comenzar. *Psyche*, 10, 11-21.
- Luborsky, L. (2001). The only clinical and quantitative study since Freud of the preconditions for recurrent symptoms during psychotherapy and psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 82, 1133-1154.

- Mahrer, A. R. & Boulet, D. B. (1999). How to do discovery-oriented psychotherapy research. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1481-1493.
- Marmar, C. R. (1990). Psychotherapy process research: Progress, dilemmas, and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 265-272.
- Marmar, C. R., Gaston, L., Gallagher, D. & Thompson, L. W. (1989). Alliance and outcome in late-life depression. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 177, 464-472.
- Matt, G. E. & Navarro, A. M. (1997). What meta-analyses have and have not taught us about psychotherapy effects: A review and future directions. *Clinical Psychology Review*, 17, 1-32.
- McLellan, A. T., Alterman, A. I., Metzger, D. S., Grissom, G. R., Woody, G. E., Luborsky, L. & O'Brien, C. P. (1994). Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine, and alcohol treatments: Role of treatment services. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1141-1158.
- Mergenthaler, E. & Bucci, W. (1999). Linking verbal and non-verbal representations: Computer analysis of referential activity. *British Journal of Medical Psychology*, 72, 339-354.
- Oei, T. & Shuttlewood, G. (1997). Comparison of specific and nonspecific factors in a group cognitive therapy for depression. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 28, 221-231.
- Schütz, A. (1972). *Fenomenología del mundo social: Introducción a la sociología comprensiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., Siegle, G., Crits-Christoph, P., Hazelrigg, M. D., Jorm, A. F., Lyons, L. C., Nietzel, M. T., Prout, H. T., Robinson, L., Smith, M. L., Svartberg, M. & Weiss, B. (1997). Evidence that therapy works in clinically representative conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 355-365.
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M. & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychology Bulletin*, 126, 512-529.
- Stiles, W. B., Agnew-Davies, R., Hardy, G. E., Barkham, M. & Shapiro, D. A. (1998). Relations of the alliance with psychotherapy outcome: Findings in the Second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 791-802.
- Stiles, W. B. & Shapiro, D. A. (1994). Disabuse of the drug metaphor: Psychotherapy process-outcome correlations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 942-948.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A. & Firth-Cozens, J. A. (1990). Correlations of session evaluations with treatment outcome. *British Journal of Psychology*, 29, 13-21.
- Williams, E. N. & Hill, C. E. (2001). Evolving connections: Research that is relevant to clinical practice. *American Journal of Psychotherapy*, 55, 336-343.

Fecha de recepción: Agosto de 2004.

Fecha de aceptación: Abril de 2005.