

¿Qué Es lo que Cambia en la Psicoterapia? La Perspectiva de Pacientes Adolescentes con Síntomas Depresivos, sus Terapeutas y Observadores Externos

What Changes in Psychotherapy? The Perspective of Adolescents with Depressive Symptoms, Their Therapists, and External Observers

Ana María Cortés, Olga María Fernández y Claudia Milena Capella
Universidad de Chile

H. Daniel Espinosa
Universidad CES

Mariane Krause
Pontificia Universidad Católica de Chile

La depresión en adolescentes es un problema de salud pública, siendo la psicoterapia efectiva en su tratamiento. Sin embargo, aún es necesario profundizar en la comprensión del cambio. El objetivo del estudio fue caracterizar el contenido del cambio terapéutico en psicoterapias con adolescentes con síntomas depresivos, desde diferentes perspectivas (adolescentes, terapeutas, observadores externos). La aproximación fue cualitativa, realizando entrevistas de seguimiento post terapia a 6 adolescentes y sus terapeutas, seleccionados intencionalmente; se aplicaron el Youth Outcome Questionnaire, el Inventario de Depresión de Beck y una ficha sociodemográfica y clínica a los pacientes. Ocho observadores externos identificaron momentos de cambio en videograbaciones de las sesiones terapéuticas a través de un manual de observación y codificación. A través de un análisis de contenido, los resultados mostraron convergencias y divergencias en la apreciación de la psicoterapia y en los facilitadores del cambio. Los adolescentes y observadores externos coinciden en la relevancia que les dieron a los cambios intrapsíquicos, en contraste con los terapeutas, quienes resaltaron los cambios comportamentales. Se discute acerca de la importancia de integrar diferentes perspectivas para entender el cambio psicoterapéutico.

Palabras clave: cambio psicoterapéutico, depresión, adolescentes, investigación cualitativa

Depression in adolescents constitutes a public health problem that can be effectively treated with psychotherapy. However, it is still necessary to improve the understanding of the process of change. A qualitative approach was used to characterize the content of therapeutic change in psychotherapies with adolescents with depressive symptoms from several perspectives (adolescents, therapists, and external observers). Post-therapy follow-up interviews with 6 purposively selected adolescents and their therapists were conducted. The Youth Outcome Questionnaire, the Beck Depression Inventory, and a sociodemographic and clinical survey were administered to the patients. Eight external observers followed an observation and coding manual to identify change moments in video recordings of the therapy sessions. A content analysis revealed convergences and divergences in the participants' evaluation of psychotherapy and change facilitators. The adolescents and external observers both ascribed importance to intrapsychic changes, whereas the therapists emphasized behavioral changes. The importance of integrating multiple perspectives in order to understand psychotherapeutic change is discussed.

Keywords: psychotherapeutic change, depression, adolescents, qualitative research

Ana María Cortés y Claudia Milena Capella, Departamento de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile; Olga María Fernández, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile; H. Daniel Espinosa, Universidad CES, Medellín, Colombia y Mariane Krause, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

El artículo es parte de la tesis de la primera autora para optar al Grado de Magíster en Psicología, Mención Psicología Clínica Infante Juvenil, de la Universidad de Chile. Este estudio recibió apoyo del Fondo de Innovación para la Competitividad del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, a través de la Iniciativa Científica Milenio (Proyectos IS130005 y NM100018), y del Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (Proyecto FONDECYT 1141179 “Experiencias de Éxito y Fracaso en Psicoterapia — Construcción de un Modelo Comprehensivo Multidimensional”).

Los autores agradecen al Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad y al FONDECYT, por aportar financiamiento para la realización de este estudio.

La correspondencia relativa a este artículo debe ser dirigida a Claudia Milena Capella, Departamento de Psicología, Universidad de Chile, Avda. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago, Chile. E-mail: ccapella@u.uchile.cl

El trastorno depresivo es considerado la principal causa de enfermedad y discapacidad en la adolescencia. A nivel mundial, es la principal causa de suicidio y el tercer motivo de muerte en adolescentes, convirtiéndose en una enfermedad de interés para la salud pública (World Health Organization, 2014). El 60% de las personas que sufren depresión en la adultez reporta haber tenido su primer episodio depresivo durante la adolescencia (Almonte & García, 2003; Midgley, Cregreen, Hughes & Rustin, 2013). La depresión en la adolescencia se ha asociado a mayor riesgo de presentar conductas autolesivas, suicidio y problemas de salud mental y física en la adultez, en comparación con adolescentes que no han presentado depresión (Jonsson et al., 2010; Larraguibel, 2006; Rudolph & Klein, 2009). Internacionalmente, la depresión tiene una prevalencia de entre 4% a 8% en adolescentes, aumentando con respecto a la niñez, especialmente después de la pubertad, y siendo mayor la vulnerabilidad en mujeres (Brent & Weersing, 2008; García, 2012; Goldman, 2012; Meichenbaum, 2010, Mayo). Además, se han descrito cuadros sub sindrómicos que se presentan en sujetos con un núcleo estable de síntomas que no alcanzan el umbral para el diagnóstico; sin embargo, pueden evolucionar hacia el trastorno completo y tienen relevancia clínica. Según Birmaher, Brent y The AACAP Work Group on Quality Issues (2007), entre un 5% a un 10% de niños y adolescentes tienen síntomas sub sindrómicos de depresión. En Chile, según el estudio de De la Barra, Vicente, Saldivia y Melipillán (2012), los trastornos afectivos (sin incluir el trastorno bipolar) están dentro de los desórdenes más comunes de la población infanto juvenil (5,1%); específicamente, en el rango de 12 a 18 años la cifra es de un 7% de trastornos del ánimo. Por su parte, la Encuesta Nacional de Salud (Chile, Ministerio de Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile & Universidad Alberto Hurtado, 2011) determinó que la sintomatología depresiva para personas de 15 años o más, durante el año 2009-2010, fue de 17,2%, llegando a un 25,7% entre las mujeres. La encuesta además señaló que a menor nivel educativo la prevalencia es mayor, evidenciando la importancia de los determinantes sociales en el desarrollo de la depresión.

Con relación al tratamiento de la depresión en adolescentes, los especialistas plantean que no solo debe tener como objetivo la disminución o eliminación de los síntomas, sino también considerar las formas de relación del adolescente consigo mismo, su entorno y su historia personal; además, debe llevarse a cabo un trabajo con la familia, el ámbito escolar y los otros espacios sociales donde el joven se desenvuelve (Chile, Ministerio de Salud, 2013; Larraguibel, 2006). En concordancia con lo anterior, la investigación en depresión ha aportado evidencia que muestra que los tratamientos que combinan intervenciones farmacológicas y psicoterapia son los más efectivos (Midgley et al., 2013; Moras, 2006; Roth & Fonagy, 2005; Taylor, 2008). A su vez, los tratamientos psicológicos están asociados a mayores tasas de prevención de recaídas y menor suicidabilidad que los tratamientos que solo consideran farmacoterapia (Moras, 2006). Sin embargo, aún falta mucho por avanzar en las respuestas a las preguntas sobre qué cambios se pueden asociar a la psicoterapia.

Las investigaciones que abordan los cambios en psicoterapia infanto-juvenil han privilegiado las metodologías cuantitativas (Russell, Shirk & Jungbluth, 2008; Weisz, Ng, Rutt, Lau & Masland, 2013). Uno de los problemas identificados en este tipo de estudios es que sus resultados son difícilmente generalizables a los contextos naturales y a otras modalidades de psicoterapia. A su vez, los “cambios producidos” por la psicoterapia son evaluados desde una perspectiva externa al sujeto que vive el cambio, y muchas veces también externas al terapeuta, principalmente considerando instrumentos de evaluación de síntomas. Es así que varios autores han seguido puntualizando la importancia de contar con otras perspectivas en la investigación del cambio terapéutico (Alves, Fernández-Navarro, Ribeiro, Ribeiro & Gonçalves, 2014; Mander et al., 2014; Midgley, 2004), otorgando voz a los actores del proceso.

Dado que el foco está en describir y comprender el fenómeno desde las percepciones y significados de los participantes de una experiencia (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2014), en este estudio se consideró que el enfoque cualitativo era el más apropiado para responder a los objetivos de la investigación. De igual forma, el estudio se ubica desde una orientación fenomenológica, en la que lo pertinente y significativo es dado por las percepciones, sentimientos y acciones de los actores sociales (Sandoval Casilimas, 1996) y el principal núcleo del análisis es la descripción que los participantes hacen de la experiencia (Midgley, 2004).

Así, las preguntas que guiaron este estudio fueron: ¿qué es lo que cambia en un proceso psicoterapéutico de adolescentes con síntomas depresivos, según ellos mismos, sus terapeutas y según observadores externos al proceso? y ¿cuáles son las convergencias y divergencias existentes sobre el contenido del cambio terapéutico entre las tres perspectivas? Entonces, el objetivo de este estudio fue describir los cambios percibidos por pacientes adolescentes con síntomas depresivos, sus terapeutas y observadores externos, luego de concluida la psicoterapia, realizada en contextos naturales y desde distintas orientaciones teóricas.

Cambio en Psicoterapia

El concepto de cambio en psicoterapia es aún un fenómeno difícil de comprender y explicar, pese a los esfuerzos realizados. Existen diferentes investigadores que han desarrollado modelos tendientes a comprender el cambio psicoterapéutico: modelo semiótico TSSM (Gennaro et al., 2010), modelo de habilidades de ayuda (Hill, 2009; Hill & Kellems, 2002), modelo de asimilación de experiencias problemáticas APES (Stiles, 2002), modelo transteórico del cambio (Norcross, Krebs & Prochaska, 2011; Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) y modelo de la teoría del cambio subjetivo (Krause, 2005; Krause et al., 2006). Es en esta última teoría en la que se basó la conceptualización del cambio que orientó el presente estudio.

La teoría del cambio subjetivo (Krause, 2005) es un modelo transteórico (aplicable a distintos enfoques terapéuticos). Desde esta teoría, el cambio se produce como un proceso de construcción de nuevos modos de interpretación y representación de sí mismo y de la realidad, que se reflejan en forma cognitiva, afectiva y valórica en el sujeto, así como en su comportamiento (Krause, 2005; Krause et al., 2006). Durante la terapia el cambio se va construyendo en forma paulatina en la interacción terapéutica, y la observación y evaluación del cambio se centra en la experiencia del paciente en psicoterapia: palabras, expresiones no verbales y emociones e interpretaciones que hace de sí mismo y la realidad (Krause & Dagnino, 2005; Krause et al., 2006). Estos momentos de la terapia en los que ocurre el cambio son denominados *episodios* y *momentos de cambio* (Krause, Altimir, Pérez & de la Parra, 2015; Krause & Dagnino, 2005; Krause et al., 2006; Krause et al., 2007; Valdés et al., 2005). El episodio de cambio (EC) es un fragmento más extenso donde aparece el cambio, que incluye el momento de cambio y la preparación para que este ocurra. El momento de cambio (MC) es el instante en el que se aprecia la modificación de significados sobre un tema específico relacionado con un problema, síntoma, afecto y/o comportamiento y se asocia a un indicador de cambio genérico (ICG). El contenido del cambio (CC) da cuenta del tema sobre el que está hablando el paciente y sobre los significados o representaciones que están siendo modificados, dando cuenta de qué es lo que cambia. El modelo sostiene que los cambios evolucionan en etapas sucesivas y jerárquicas, definiendo una secuencia numérica a los ICG, que da cuenta del tipo y nivel de cambio del sujeto. Observadores entrenados identifican los EC, MC, ICG y el CC, lo que permite identificar en qué nivel de cambio se encuentra el paciente.

Diferentes Perspectivas en la Evaluación del Cambio

La importancia de incluir simultáneamente varias perspectivas en la investigación del cambio en psicoterapia ha sido mencionada por diferentes autores, quienes destacan la existencia de un gran cuerpo de investigaciones focalizadas en lo observable, que consideran mediciones cuantitativas y con amplias muestras (Elliott, 1984, 1991; Greenberg, 1991; Krause et al., 2006; Midgley, Ansaldo & Target, 2014; Wisdom & Green, 2004). Sin embargo, son pocos los estudios que exploran los significados personales sobre la psicoterapia y menos los que integran la visión de varios participantes en conjunto para generar una comprensión holística del fenómeno. Connolly y Strupp (1996) destacaron que la mayoría de los pacientes no considera el alivio sintomatológico como el aspecto más importante de estar en terapia; valoran otros aspectos, como el desarrollo de un sentido de mejora en las relaciones interpersonales, en el auto conocimiento y en la confianza en sí mismos. Por su parte, Castañeiras, Míguez, García, Fernández-Álvarez y Belloch (2009) señalan que pacientes adultos diagnosticados con trastorno obsesivo compulsivo presentan una evaluación favorable de sus procesos, independientemente de los resultados cuantitativos asociados a la remisión de síntomas. Estos autores plantean la existencia de experiencias subjetivas de cambio relacionadas con la mejoría, las que no necesariamente indican “recuperación” o desaparición de los síntomas. Por lo anterior, sugieren que la evaluación de los cambios terapéuticos debe incluir los cambios experimentados subjetivamente por el paciente y no solo restringirse a las pruebas objetivas que evalúan disminución de la sintomatología (Castañeiras et al., 2009).

Los estudios sobre resultados terapéuticos que incluyen la perspectiva del cliente adulto, a través de metodología cualitativa, son escasos (McLeod, 2011), más aún en el campo de la psicoterapia con niños y adolescentes (Street & Herts, 2005). Por su parte, Midgley et al. (2015) mencionan que en la psicoterapia de niños y jóvenes no solo es importante considerar la perspectiva del paciente, sino que además se debe tomar en cuenta la opinión de los terapeutas y los padres y, a la vez, comparar las evaluaciones de cambio cuantitativo, utilizando métodos mixtos de investigación.

La pregunta sobre cómo los pacientes significan su proceso de cambio terapéutico es abordada durante la última década (Mendes et al., 2010; Osorio Villegas, 2012). Los autores Timulak (2007) y Altimir et al. (2010)

plantean la importancia de dar una voz a la percepción del paciente acerca de los cambios, posibilitando el contraste entre las conceptualizaciones teóricas acerca del cambio y la experiencia del paciente. Un ejemplo de evaluación del cambio desde diferentes perspectivas fue la investigación realizada por Altimir et al. (2010), en la que se comparó el cambio reportado por pacientes, terapeutas y observadores externos. Se encontró que los pacientes reportaron más cambios en las terapias exitosas que los terapeutas. Desde las tres perspectivas (pacientes, terapeutas y observadores), los resultados fueron consistentes en considerar que la manifestación de nuevos comportamientos y emociones era el contenido más representativo de cambio en todas las terapias analizadas. Birmaher et al. (2007) compararon los resultados terapéuticos en niños y adolescentes con depresión, encontrando que la evaluación era diferente dependiendo de quién era el informante (adolescentes, niños o sus padres), siendo los resultados significativamente mejores cuando el que reportaba era el propio niño/joven.

La investigación en psicoterapia con adolescentes que incorpora la perspectiva subjetiva de los pacientes ha tenido un importante incremento en los últimos años. Destacan en sus resultados la relevancia de los cambios durante las primeras sesiones (Fernández, Pérez, Gloger & Krause, 2015; Gergov et al., 2015), la relevancia de la relación terapéutica como factor esencial para el cambio (Bury, Raval & Lyon, 2007), el reconocimiento de los adolescentes como sujetos activos en su propio proceso (Gibson & Cartwright, 2013) y la contribución de las expectativas iniciales del paciente en la efectividad del tratamiento (Bury et al., 2007; Watsford, Rickwook & Vanags, 2013; Weitkamp, Klein, Hofmann, Wiegand-Grefe & Midgley, 2017). A pesar de estos hallazgos, las investigaciones que acceden a la perspectiva subjetiva del cambio en adolescentes son escasas, enfatizando sus resultados el impacto de la terapia en la imagen de sí mismos y en la solución de problemas (Gibson & Cartwright, 2014).

Por otro lado, la intervención con adolescentes tendría como característica diferencial que habitualmente estos no buscan ayuda, sino que son llevados a psicoterapia por sus padres, quienes son considerados un agente fundamental durante el proceso (Odhammar & Carlberg, 2015; Páramo, 2011). También se ha descrito la relevancia de abordar en la psicoterapia con adolescentes aspectos relativos a la construcción de identidad, siendo esta una meta fundamental en esta etapa (Sepúlveda, 2013). Así, se ha planteado la necesidad de integrar la perspectiva de los adolescentes en las intervenciones para favorecer la efectividad de los tratamientos y su colaboración (Berger, 2004).

En esta investigación se estudiaron las convergencias y divergencias entre las diferentes perspectivas del CC en psicoterapia, contrastando la mirada de los adolescentes con depresión, sus terapeutas y un observador externo, buscando aportar a los conocimientos en el campo de la investigación en psicoterapia en este grupo etario.

Método

Diseño

Se realizó un estudio de casos múltiples, a partir de terapias realizadas en contextos naturales de intervención psicológica. Se utilizó un enfoque cualitativo, con el fin de profundizar en el significado de la experiencia subjetiva de la psicoterapia desde diferentes perspectivas.

Participantes

Los participantes fueron seis díadas terapéuticas de adolescentes entre 14 y 18 años con sintomatología depresiva, los que fueron contactados por uno de los investigadores del estudio en un centro de atención psicológica privado y tres centros vinculados a universidades de Santiago, Chile.

De los 16 terapeutas y 18 adolescentes invitados a participar, aceptaron 10 díadas compuestas por 10 adolescentes y seis terapeutas. Se incluyeron en el estudio las seis díadas que tenían todas las evaluaciones.

Los criterios de inclusión de los pacientes fueron: tener entre 13 y 18 años de edad, presentar sintomatología depresiva al inicio de la psicoterapia, con un puntaje mayor a 10 en el Inventario de Depresión de Beck BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961), aceptar participar en la investigación, al igual que su adulto responsable, y asistir a terapia en uno de los centros con los que tenía convenio el estudio. Los criterios de inclusión para los terapeutas fueron: realizar terapia individual a los adolescentes en alguno de los centros del convenio. Podían ser de ambos sexos, con diferentes edades, años de experiencia en el ámbito

clínico y orientaciones teóricas. Los criterios de exclusión para los pacientes fueron tener discapacidad intelectual u otro trastorno severo como diagnóstico principal (e.g., psicosis).

Así, la selección de los participantes para este estudio fue de tipo no probabilístico intencionado (Hernández Sampieri et al., 2014). La conformación de la muestra final y sus características se describen en las Tablas 1 y 2. Todos los pacientes presentaban depresión inicial de acuerdo al BDI y disminuyeron su sintomatología depresiva durante el tratamiento. De igual manera, hubo disminución en la puntuación del Youth Outcome Questionnaire Y-OQ-SR 2.0 (Burlingame, Wells, Lambert, & Cox, 2004).

Tabla 1

Características de los Pacientes y Terapeutas y los Procesos Terapéuticos

T	Género paciente	Edad	Género terapeuta	Edad terapeuta	Terapeuta	Enfoque terapeuta	Experiencia terapeuta	Sesiones asistidas	Terminación	Episodios de cambio identificados
A	Mujer	15	Mujer	25	1	Ecléctico	0-5 años	7	Abandono	3
B	Hombre	17	Mujer	26	2	Ecléctico	0-5 años	8	Finalizada	2
C	Mujer	13	Mujer	26	2	Ecléctico	0-5 años	10	Finalizada	5
D	Mujer	17	Mujer	50	3	Cog-cond	20-25 años	11	Finalizada	20
E	Mujer	18	Mujer	50	3	Cog-cond	20-25 años	6	Abandono	3
F	Hombre	18	Hombre	37	4	Integrativo	10-15 años	9	Finalizada	6

Nota. T = Terapia; Cog-cond = Cognitivo Conductual; Terminación: forma de término de la terapia según lo reportado por el terapeuta.

Tabla 2

Niveles de Sintomatología Inicial y Final de los Pacientes

Terapia	BDI inicial	Diagnóstico inicial	BDI final	Diagnóstico final	YOQ inicial	Nivel bienestar psicológico inicial	YOQ final	Nivel bienestar psicológico final
A	21	Depresión moderada	9	Sin criterio depresión	103	Disfuncional	44	Disfuncional
B	10	Depresión leve	6	Sin criterio depresión	43	Funcional	37	Funcional
C	12	Depresión moderada	7	Sin criterio depresión	62	Disfuncional	58	Disfuncional con CS
D	35	Depresión severa	14	Depresión leve	93	Disfuncional	55	Disfuncional con CS
E	25	Depresión moderada	11	Depresión leve	110	Disfuncional	71	Disfuncional con CS
F	28	Depresión moderada	22	Depresión moderada	125	Disfuncional	93	Disfuncional con CS

Nota. CS = cambio significativo según YOQ

Por su parte, los observadores que identificaron y analizaron los EC fueron ocho y trabajaron en parejas en las diferentes etapas del estudio. Los observadores eran psicólogos titulados, todos con experiencia en investigación y capacitación en el Manual de Observación, Registro y Codificación de los Episodios de Cambio y Estancamiento (ver Instrumentos). Tres de ellos eran estudiantes de maestría en psicología clínica, tres estudiantes de doctorado y una doctora y docente universitaria.

Instrumentos

Inventario de Depresión de Beck (BDI-IA). Cuestionario de auto-informe que contiene 21 ítems para medir la gravedad subjetiva de los síntomas depresivos (Beck et al., 1961). Cada ítem se puntúa en una escala de 0 a 3. Una puntuación mayor indica una mayor sintomatología depresiva. En México ha sido validada la versión BDI-I para población adolescente, con adecuadas propiedades psicométricas (Beltrán, Freyre & Hernández-Guzmán, 2012). En Chile el BDI-AI fue adaptado con una muestra total de 1.105 adultos, mostrando una consistencia interna adecuada (alfa de Cronbach = 0,92), lo cual fue reforzado con un análisis factorial confirmatorio que mostró una bondad de ajuste adecuada y la capacidad del instrumento de discriminar entre participantes deprimidos y no deprimidos (Valdés et al., 2017). Esta versión, utilizada en

el estudio, también contiene 21 ítems, cada uno con cuatro afirmaciones, de las cuales se debe seleccionar una, la que mejor describa su estado durante la última semana, por ejemplo: 0. *No me siento triste*; 1. *Me siento triste*; 2. *Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo*; 3. *Ya no puedo soportar más esta pena*. Los puntos de corte estándar para el BDI son: depresión mínima (0-9), depresión leve (10-18), depresión moderada (19-29) y depresión severa (30-63).

Youth Outcome Questionnaire (Y-OQ-SR 2.0). Instrumento de autorreporte que informa acerca del bienestar psicológico de adolescentes entre 12 y 18 años (Burlingame, et al., 2004) y corresponde a la versión para adolescentes del Outcome Questionnaire OQ-45.2 (Lambert, et al., 1996). Se utilizan para diferenciar entre procesos exitosos y no exitosos. El Y-OQ-SR 2.0 consta de 64 ítems que componen seis subescalas: Angustia Intrapersonal (18 ítems, e.g., “me siento ansioso/a o nervioso/a”), Somatización (9 ítems, e.g., “tengo dolores de cabeza o mareos”), Relaciones Interpersonales (9 ítems, e.g., “me cuesta confiar en mis amigos, en mi familia o en otros adultos”), Problemas Sociales (8 ítems, e.g., “falto a clases o no voy al colegio”), Disfunción Conductual (11 ítems, e.g., “actúo sin pensar y no me preocupo de las consecuencias”) y Elementos Críticos (9 ítems, e.g., “pienso que puedo escuchar los pensamientos de otros o que ellos pueden escuchar los míos”). La puntuación total varía de -16 a +240; los pacientes con puntajes totales mayores de 46 son considerados como dentro de la población clínica. Las propiedades psicométricas reportadas por Ridge, Warren, Burlingame, Wells & Tumblin (2009) muestran una consistencia interna alta para el puntaje total (alfa de Cronbach = 0,95) y, para los puntajes de las subescalas, entre 0,71 a 0,91. Reportan una validez concurrente entre el puntaje total del Y-OQ-SR 2.0 y el Child Behavior Checklist, Youth Self-Report (CBCL-YSR) de $r = 0,83$. El Y-OQ-SR 2.0 se encuentra actualmente en proceso de validación en Chile, teniendo como referencia metodológica los lineamientos de la validación del OQ de adultos (von Bergen & de la Parra, 2002).

Ficha demográfica y clínica. Consulta aspectos sociodemográficos y la historia médica y familiar del paciente. Es comúnmente usado en las investigaciones del Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP). Se consultó sobre la existencia de episodios depresivos previos a este evento, coterapia medicamentosa, otros diagnósticos asociados y antecedentes de trastornos psiquiátricos en los padres.

Manual de Observación, Registro y Codificación de los Episodios de Cambio y Estancamiento (Programa Chileno de Investigación en Psicoterapia y Cambio, 2012). Este manual indica los procedimientos para la observación y codificación de los EC y MC y su nominación, conforme al listado ICG (Krause et al., 2006). El manual propone los siguientes criterios para poder identificar un EC: correspondencia teórica, verificabilidad, novedad y consistencia para su codificación (Echávarri et al., 2009). La correspondencia teórica se refiere a que los contenidos del MC deben corresponder a alguno de los ICG. La verificabilidad se refiere a que el cambio debe ser observable (o mencionado) en la sesión. La novedad alude a que el fenómeno debe manifestarse por primera vez. Y la consistencia “se refiere a la concordancia del cambio expresado verbalmente con las claves no-verbales, tanto generales como idiosincráticas de cada paciente y al hecho que los momentos posteriores de la sesión no deben contradecirlo” (Krause et al., 2006, p. 311). El procedimiento general de codificación implica la observación de procesos psicoterapéuticos (en directo o video) por dos o más jueces entrenados, quienes independientemente seleccionan los MC, EC y los nominan según el listado de ICG. Luego, después de un proceso de validación intersubjetiva, se seleccionan los EC y los ICG en que ambos codificadores están de acuerdo (Krause & Dagnino, 2005; Krause et al., 2015).

Entrevista semi-estructurada de seguimiento. Dirigida a los adolescentes y terapeutas, orientada por un guion temático que exploraba las experiencias durante la psicoterapia, considerando temas como la relación terapéutica, los resultados (cambios) y la evaluación general de la experiencia.

Procedimiento

La investigación contó con la aprobación del Comité de Ética de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile y sus datos han sido usados en tesis de maestría y doctorado.

En el momento del contacto con los participantes, a los adultos se les entregó un consentimiento informado y a los adolescentes un asentimiento, los que garantizaban que la participación era voluntaria y que podían negarse a continuar participando en cualquier momento, sin que esta decisión tuviese consecuencias negativas sobre el tratamiento. Los terapeutas y pacientes mayores de edad firmaron las cartas de consentimiento y los adolescentes menores de edad firmaron un asentimiento y sus padres, un

consentimiento. Los adolescentes que participaron del estudio recibieron un subsidio de transporte por cada sesión terapéutica.

Los terapeutas que aceptaron participar se comprometían a informar a los investigadores del inicio de los procesos terapéuticos, a fin de que se pudiera iniciar el proceso de reclutamiento y evaluaciones.

Los terapeutas no se involucraron en el reclutamiento, toma de datos (test y grabaciones) ni en los análisis de las sesiones.

El manejo de los datos se realizó de manera confidencial, por lo cual cada proceso terapéutico fue identificado con un número y se eliminó de las transcripciones cualquier dato de identificación. En los casos en que se observaron videos, se procuró un manejo confidencial de lo observado.

La recolección de datos se realizó de la siguiente manera: luego de firmados los respectivos consentimientos y asentimientos por parte de los participantes, se completó una ficha con datos sociodemográficos y clínicos básicos de los adolescentes. Además, se aplicó a los adolescentes el BDI-I y el Y-OQ-SR 2.0 al inicio y final de la terapia. Cada sesión psicoterapéutica fue video-grabada y posteriormente transcrita. Un psicólogo del equipo asistía a cada sesión para realizar el registro audiovisual y, posteriormente, enviar los audios para ser transcritos con normas Mergenthaler (Mergenthaler & Stinson, 1992) y el video para ser editado. Se buscó que un mínimo de personas tuviera acceso al material y se usó un compromiso de confidencialidad para codificadores (psicólogos entrenados), editores y/o transcritores (psicólogos estudiantes de post grado). Después de finalizado su trabajo, todos ellos tenían el compromiso de eliminar el material de sus computadores y/o cualquier otro dispositivo de almacenamiento. Es así como a los videos y transcripciones de cada terapia tuvieron acceso un editor de video, un transcriptor y los dos codificadores de cada terapia. Por su parte, a los instrumentos de autorreporte tuvieron acceso los investigadores del proyecto que escribieron sus tesis de doctorado y maestría con estas terapias.

Luego, parejas de psicólogos entrenados en codificación de EC —en forma independiente— observaron y analizaron las sesiones e identificaron los MC con sus respectivos ICG, y el EC desde donde se comenzó a construir el cambio observado, de acuerdo al *Manual de Observación, Registro y Codificación de los Episodios de Cambio y Estancamiento* (Programa Chileno de Investigación en Psicoterapia y Cambio, 2012).

Al final de las terapias, se hicieron las entrevistas semi-estructuradas de seguimiento a los adolescentes y terapeutas. Las entrevistas fueron realizadas por psicólogos del equipo de investigación no vinculados con la terapia, entre tres y nueve meses después de finalizada la atención.

Análisis de Datos

Con el objetivo de conocer la percepción de cambio de los terapeutas y los adolescentes, se analizaron por separado las entrevistas de seguimiento, utilizando el método de análisis de contenido sobre el lenguaje verbal (Delgado & Gutiérrez, 1995/1999), para lo cual se realizó una codificación abierta (Cáceres, 2003; Delgado & Gutiérrez, 1995/1999; Galeano Marín, 2004; Valles, 1997/1999), usando el programa de análisis cualitativo Atlas ti 7. Posteriormente, para acceder a la mirada del cambio desde observadores externos, se analizó el CC en los EC identificados anteriormente. En la Tabla 1 se muestra el número de EC en cada terapia. En las diferentes etapas del proceso de investigación se trianguló la información entre dos terapeutas (Cornejo & Salas, 2011), con el fin de contar con múltiples perspectivas en la interpretación, análisis de los datos y discusión de los hallazgos, dando mayor rigor a estos. Debido a esto, se solicitó la participación de ocho terapeutas entrenados en identificación de EC. Luego, en la fase de análisis de contenido de los datos, producidos a partir de las entrevistas con terapeutas y pacientes, y los EC identificados por los observadores externos, el análisis fue realizado en duplas por cinco investigadoras. Finalmente, con la información recolectada desde las diferentes perspectivas, se identificaron las divergencias y convergencias en relación al cambio terapéutico, con el fin de complejizar la comprensión del mismo.

Resultados

En el material analizado desde las tres fuentes de información se encontraron afirmaciones relacionadas con el cambio, las que fueron agrupadas en categorías comunes a las tres perspectivas, logrando identificar: (a) evaluación global de la psicoterapia, (b) logros y cambios y (c) facilitadores del cambio (ver Tabla 3). Considerando estas categorías, se realizará la presentación de los resultados, profundizando especialmente en la categoría de logros y cambios.

Tabla 3
Categorías de Análisis

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

Apreciación Global de la Psicoterapia

En general, en las entrevistas de terapeutas y adolescentes se observó que, al preguntar por la evaluación global de la psicoterapia, ambos coincidieron en mencionar aspectos asociados a la efectividad y la calidad de la experiencia. Dentro de la efectividad, destacan apreciaciones sobre la terapia como fuente de ayuda para cambiar, al paciente y a la familia, a pesar de que el tratamiento quede inconcluso. Para algunos terapeutas los efectos de la psicoterapia son dudosos y consideran en su evaluación global que los cambios fueron pocos. Si bien puede que cuando se mire la especificidad de los códigos de esta categoría, no se observen coincidencias entre pacientes y terapeutas, la globalidad de la terapia se evalúa a través de qué tan útil o no fue para el paciente, dando los dos grupos de participantes importancia a dichos elementos en la evaluación.

Quienes evaluaron su proceso terapéutico como positivo, exitoso o eficaz, lo describen de esta manera centrándose en los logros, la buena relación de la díada y valorando el aporte del espacio terapéutico a sus vidas. En contraste, los participantes que hacen una evaluación mixta de la intervención psicológica, rescatan los logros obtenidos y reconocen algunos cambios, pero son críticos en cuanto a los elementos que se podrían mejorar o aquellos que desfavorecieron el tratamiento. La evaluación global de la terapia como mixta o positiva es independiente de si el término es por finalización del proceso, debido al logro de los objetivos o por deserción:

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

(...) De verdad como que todo era muy monótono (...) a ver, algunos [temas] creo que no me ayudaban tanto (...) es que yo creo que un problema de todo esto, así, sinceramente, es que yo siento que esta terapia sirve, pero siento que yo era muy grande para estar en esta terapia [risa], eso yo creo. Porque no sé, las actividades ¡a veces sentía que no eran como para mí! (Adolescente D)

En cuanto a la calidad de la experiencia como calificador global del proceso psicoterapéutico, en los adolescentes prevaleció la visión del espacio como agradable, entretenido, un lugar de desahogo y descarga, la experiencia como positiva, mientras que para los terapeutas la característica más mencionada fue que el proceso fue difícil:

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

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

Cambios de la Psicoterapia

Cambios en las relaciones interpersonales. Desde las tres perspectivas, se destacan cambios en las relaciones interpersonales, específicamente, el acercamiento en la relación con los padres y la familia y la mejora en las relaciones con los pares. Aunque no es la categoría de cambios a la que más importancia dieron, es la única que aparece conjuntamente desde los observadores, los terapeutas y los adolescentes:

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

Sí, se juntaba con amigos y empezó a carretear [salir de fiesta], se tomaba sus cervezas... (Terapeuta F)

Cambios intrapsíquicos. A su vez, los adolescentes y los observadores externos coincidieron en señalar numerosos cambios intrapsíquicos (afectivos, actitudinales y de resignificación). Entre los cambios afectivos, mencionan la mayor sensación de bienestar y tranquilidad, la mejora en el manejo de las emociones y en el ánimo, así como la adquisición o mejoramiento de herramientas para el enfrentamiento de problemas:

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

En los logros actitudinales destacan el aumento de las iniciativas, la toma de decisiones y la motivación por estudiar, así como el reconocimiento de la necesidad de cambio:

El tratamiento se interrumpió porque [Adolescente F] decidió irse a vivir con el papá a [nombre de la ciudad]... y eso fue lo que produjo el término del tratamiento. Al menos surgió desde él (...) Yo espero que le haya ido bien en [nombre de la ciudad], pero él tomó esa decisión, lo cual es un cambio súper drástico que él hizo (...) [La terapia] tuvo buenos resultados, por lo menos él tomó la decisión de cambiarse de ciudad. (Terapeuta F)

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

Los cambios asociados a la resignificación de experiencias fueron señalados principalmente en los EC identificados por observadores y, en segundo lugar, por los adolescentes. Los cambios más mencionados fueron adquisición de una nueva visión acerca del problema y su participación en este, conciencia de las propias dificultades, emociones asociadas y conductas inadecuadas:

T: También trabajar tus bloqueos ¿no es cierto? Y eso sería un punto que podríamos trabajar y también ¿hay otra cosa que a ti te gustaría?

A: ¿Cómo qué?

T: ¿Trabajar contigo? Aparte de esta impulsividad o...

A: No sé, porque me di cuenta que cuando me doy cuenta de las cosas, ni siquiera pienso.

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

A: Si yo no hubiera hablado con usted, no me hubiera dado cuenta que soy súper impulsiva. (Observador externo, terapia A, EC 1, sesión 2)

Yo creo que lo mejor es que siento que me enseñó paciencia, como para soportar, porque como que la gente no se la puede cambiar, entonces, pero como que yo era como súper mechita corta [que se enoja o explota fácilmente], entonces me decían "hola" y como que me enojaba al tiro [inmediatamente], entonces al final todo el mundo me echaba la culpa, porque me enojaba al tiro, entonces, como ella me enseñó paciencia, entonces, siento que fue

mejor para las discusiones en la casa, porque así no terminábamos todos gritando, por último, en realidad terminaba yo callada y mi tía gritando, entonces, siento que eso hacía que cuando mi mamá miraba a la gente, dejaran de verme a mí como la causante del problema. (Adolescente E)

Cambios comportamentales y sintomáticos. Los cambios comportamentales y sintomáticos fueron principalmente identificados por observadores externos y terapeutas. Uno de dichos cambios fue la mayor expresión/verbalización de emociones y opiniones, en específico, algunos adolescentes para quienes esto era difícil, lograron hablar más, tanto en terapia como en otros contextos. El terapeuta F destacó este cambio en su paciente, mencionando que su acentuada sintomatología depresiva inicial probablemente afectaba su procesamiento cognitivo, lo que generaba sesiones planas, lentas y con pocas respuestas del adolescente:

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

Otro tipo de cambio sintomatológico destacado por los observadores externos y algunos adolescentes fue la disminución de los síntomas depresivos, lo que facilitó el retomar las actividades diarias y continuar con el proyecto de vida:

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

A: Sí, es que como que la semana que tuve fue como una semana súper buena, como que trato de no pensar mal, he tratado de distraerme harto y no sé, por ejemplo, ayer estuve como todo el día... súper bien, como que ya, cualquier cosa, si me ponía deprimida ya, me ponía a ver tele o una película y se pasó (...) como que he tratado de no quedarme tirada en la cama y cosas así. (Observador externo, terapia D, EC 8, sesión 4)

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

Cambios en los padres y/o en la familia. Los terapeutas y pacientes mencionaron algunos cambios en los padres de los adolescentes, tales como el aumento de las interacciones familiares, cambios en la perspectiva del problema y una mayor preocupación de los padres por su hijo o hija. Especialmente en el caso D fue relevante lo que sucedió con la madre, ya que en la medida en que logró comprender la problemática de la paciente, esto la llevó a aceptar la sugerencia de la terapeuta de iniciar un proceso psiquiátrico propio, lo que facilitó el cambio en el sistema familiar.

Percepción de cambio desde un tercero. Durante las entrevistas de seguimiento a terapeutas y adolescentes, para algunos de los participantes fue notorio que no solo ellos identificaron cambios, sino que sus padres, familia y amigos pudieron evidenciar las mejoras, a raíz del proceso terapéutico:

La mamá siente que eso fue como bueno en la terapia, que fue bueno, que hablaba más, que estaba distinta, más tranquila, en algún momento igual me lo comentó. (Terapeuta C)

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

Condiciones Facilitadoras del Cambio

Para las tres perspectivas las condiciones facilitadoras del cambio que destacaron fueron las relacionadas con características del adolescente y del terapeuta. Los aspectos de los adolescentes que fueron mencionados son la disposición a colaborar en la terapia (hablar de sí mismo, “mostrarse” y responder a los requerimientos del terapeuta), y su interés por permitirse explorar nuevas perspectivas de sí mismos y sus problemas. Y los

aspectos en los terapeutas reconocidos como facilitadores para el cambio fueron la disposición para ayudar y escuchar al paciente, junto con su capacidad para generar confianza.

Entre los elementos facilitadores, es interesante mencionar que los terapeutas señalan aspectos del contexto extra terapéutico que afectaron la terapia, por ejemplo, la asistencia de la madre a psicoterapia y su disposición al cambio y la red de contactos con el sistema público que pudiese tener el centro que atiende al paciente. Por su parte, los adolescentes no mencionaron aspectos facilitadores del entorno extra terapéutico.

Discusión y Conclusiones

Los resultados presentados permiten responder a la pregunta inicial planteada sobre qué cambia en un proceso psicoterapéutico de adolescentes con síntomas depresivos, considerando su perspectiva, la de sus terapeutas y la de observadores externos. La respuesta se desarrolla a partir del abordaje de tres grandes temáticas o fenómenos asociados entre sí: *la evaluación global de la terapia, los cambios o logros alcanzados y los facilitadores del cambio*. La evaluación global de la psicoterapia considera principalmente la evaluación de su efectividad, a través de la presencia o no de cambios. A partir de esto, los participantes del estudio describen los cambios observados, reconociendo los elementos que facilitaron su ocurrencia.

Respecto de la evaluación global de la psicoterapia, tanto terapeutas como adolescentes se refieren a la importancia de la efectividad para su valoración positiva. No obstante, desde los observadores externos, a través de los EC no se logró identificar elementos que dieran cuenta de la evaluación global de la psicoterapia. Esto podría explicarse considerando que los EC se identifican sesión a sesión y es común que su contenido esté relacionado con la sesión presente, sin incorporar una visión de la terapia como totalidad, visión que sí se solicita en la entrevista a pacientes y terapeutas. Así, también es posible pensar que la realización de las entrevistas, una vez finalizada la terapia, favorece un proceso reflexivo con mayor distancia de lo vivido, o bien, que la situación de entrevista insta a los participantes a reflexionar al respecto, frente a un tercero no involucrado en el proceso terapéutico.

En cuanto a los cambios percibidos, las tres perspectivas coinciden en identificar cambios positivos en las relaciones interpersonales, como la mejora en la relación con los padres y con los pares, lo que es especialmente importante en esta etapa de desarrollo (Brown, 2004). Asimismo, las tres perspectivas coincidieron en que se observaron cambios en los padres y/o en el sistema familiar, así como también que personas externas a la familia —profesores o amigos— manifestaron observar cambios en los adolescentes. Las diferencias en las percepciones se presentaron en los cambios intrapsíquicos (afectivos, actitudinales y de resignificación), que fueron los más mencionados por los adolescentes y observadores externos. Especialmente se mencionan el aumento en el bienestar y la tranquilidad, la mejora en el ánimo y la adquisición de herramientas para enfrentar problemas.

Por su parte, los terapeutas y observadores externos coincidieron en relevar los cambios comportamentales y sintomáticos, más que los intrapsíquicos. Lo anterior podría explicarse tomando en cuenta que su perspectiva facilita observar este tipo de cambios, los que son especialmente sensibles a la percepción del terapeuta, por la asociación entre la calidad del desempeño profesional y el logro de cambios sintomáticos y de comportamiento. En contraste, en las entrevistas a los adolescentes estos cambios fueron mínimamente mencionados y, tal como se señaló anteriormente, ellos se refirieron principalmente a los cambios intrapsíquicos. Estos hallazgos fueron similares a los de Timulak (2010), quien encontró que las perspectivas sobre lo que es significativo en terapia puede diferir dramáticamente entre los terapeutas y los pacientes. Específicamente, el autor encontró que los aspectos relacionales y emocionales pueden constituirse en los momentos de mayor significación durante la terapia para los pacientes, en contraste con los terapeutas, quienes con frecuencia subrayan los aspectos cognitivos durante la terapia.

Si bien los adolescentes de este estudio consultan por síntomas depresivos, ellos no aluden específicamente a estos síntomas como parte de los cambios más importantes de la terapia, sino que valoran los aportes de la intervención en su vida en general y en su relación con personas significativas, mostrando que para ellos las ganancias percibidas van más allá de los síntomas. Esto es coherente con la propuesta acerca de que los tratamientos con adolescentes no solo deben cubrir la sintomatología, sino también procesos y logros del desarrollo del individuo (Páramo, 2011). A su vez, al comparar la evaluación del cambio subjetivo en las terapias estudiadas desde las tres perspectivas con los cambios evaluados objetivamente por los instrumentos (YOQ y BDI), se aprecia que solo una terapia alcanza cambios. Lo anterior contrasta con lo manifestado por pacientes y terapeutas en las entrevistas y por los observadores externos en la identificación

de los EC, los que en todas las terapias perciben cambios. Esto es concordante con lo planteado por Connolly y Strupp (1996) y Castañeiras et al. (2009), quienes señalan que los pacientes no solo valoran el alivio de los síntomas, sino también aspectos asociados al bienestar emocional e interpersonal.

En cuanto a los elementos facilitadores del cambio, desde las tres perspectivas se identificaron principalmente elementos vinculados a la díada terapéutica, es decir, al paciente y al terapeuta, especialmente la buena disposición de ambos para el trabajo y la calidad de la relación de ayuda. Por su parte, los terapeutas se refieren a la importancia del compromiso de los padres con la terapia como un factor fundamental en el cambio, lo que también es mencionado por otros autores (Midgley & Navridi, 2006; Páramo, 2011). Es importante señalar que dentro de los elementos que pudiesen haber afectado el desarrollo de las sesiones terapéuticas no se encontró, ni en las entrevistas de seguimiento ni en el trascurso de las sesiones observadas, ninguna mención de los participantes sobre el hecho de que las sesiones fueran videograbadas. Esto coincide con lo encontrado en estudios previos frente a la posible influencia del registro en video sobre el curso de la terapia, en que los autores han desestimado los efectos negativos de dichos dispositivos, afirmando que los elementos para grabar son prontamente olvidados por los participantes (Brown, Moller & Ramsey-Wade, 2013).

Así, se puede ver que, a pesar de que las categorías de análisis fueron similares en las tres perspectivas, también se apreciaron diferencias entre ellas en la visión del CC. La visión sobre la efectividad y la valoración de la psicoterapia, qué cambia y qué ayuda a cambiar, varía según la perspectiva de quien la evalúa, ya que pacientes, observadores y terapeutas comprenden y ven el cambio de diferente manera.

Se observan coincidencias en repetidas ocasiones entre lo señalado por los terapeutas, lo evidenciado en los EC y lo dicho por los adolescentes. Esto puede explicarse considerando que, si bien los EC son delimitados por observadores externos, se realizó un análisis de contenido sobre lo expresado en terapia tanto por pacientes como por terapeutas. A partir de estas similitudes, se puede concluir que el estudio del cambio desde la perspectiva de los observadores externos ofrece ventajas, ya que permite identificar también aspectos presentes en los otros dos puntos de vista y en esta medida se acerca a la experiencia subjetiva de los participantes.

La investigación desarrollada profundiza en la comprensión del cambio psicoterapéutico en adolescentes, temática desatendida, en comparación con el estudio del cambio en adultos (Weisz et al., 2013), y que requiere estudios específicos por sus particularidades asociadas a aspectos evolutivos (Gibson & Cartwright, 2014; Páramo, 2011).

El principal aporte de esta investigación a la psicología clínica se focaliza en las intervenciones con adolescentes, destacando el valor de los procesos de retroalimentación y evaluación durante y al cierre de la terapia realizada por todos los participantes (paciente, terapeuta y padres, cuando participen). En dichos procesos, la reflexión sobre los momentos significativos, las fortalezas y logros, las dificultades en la forma de trabajo, las temáticas que quedan por trabajar y las limitaciones u obstáculos vivenciados, pueden contribuir a mejorar los resultados. Así, distintos autores (Amble, Gude, Stubdal, Andersen & Wampold, 2015; Lucock et al., 2015) han destacado los beneficios de la retroalimentación permanente en el proceso psicoterapéutico y el valor de la inclusión de algunos autorreportes, como actividades cotidianas de la atención clínica que pueden orientar las intervenciones y suplementar la intuición clínica. Es posible que el estar evaluando constantemente la alianza, las metas y alcances de la terapia en armonía con las necesidades del paciente, pueda llevar a que el terapeuta y el adolescente trabajen de una manera más sintonizada y efectiva.

Desde una perspectiva metodológica, esta investigación explora en un tipo de análisis descriptivo y busca una primera aproximación a la integración de diversas fuentes de información, combinando los datos arrojados durante el proceso terapéutico (EC) con datos del *outcome* o salida del proceso (entrevistas de seguimiento). Este análisis cualitativo del contenido de los episodios permite rescatar información importante de la subjetividad de los participantes y muestra nuevas áreas en las que podría desarrollarse una fructífera investigación sobre el cambio en psicoterapia. Por otra parte, los resultados de este estudio deben ser tomados con cautela, debido al tamaño muestral reducido, a la heterogeneidad de las intervenciones terapéuticas y la poca diferenciación de los niveles o grados de depresión en los adolescentes. Otra limitación de este estudio es que las tres perspectivas estudiadas consideraron diferentes momentos de la terapia, los observadores externos identificaron los EC durante la terapia y las entrevistas a los adolescentes y sus terapeutas se realizaron post terapia, lo que pudo haber incidido en las perspectivas encontradas.

Esta investigación constituye un primer paso en el estudio del cambio en psicoterapia en adolescentes desde la subjetividad de los participantes, requiriéndose nuevas investigaciones para profundizar en los

hallazgos. En futuros estudios, resultaría especialmente relevante incluir la perspectiva de los padres o adultos a cargo de los adolescentes, debido a la importancia que la literatura les ha dado en la psicoterapia en este grupo etario (Odhammar & Carlberg, 2015; Páramo, 2011) y considerando que tanto los adolescentes como los terapeutas en esta investigación señalan la relevancia de su rol dentro del tratamiento.

Finalmente, el presente estudio muestra la relevancia de incluir diferentes puntos de vista para comprender de una manera más profunda lo complejo del cambio en psicoterapia, ya que, como evidencian los resultados, pacientes y terapeutas comprenden y ven el cambio de manera diferente. Para los pacientes los logros van más allá de la disminución de los síntomas y, en este sentido, resulta pertinente que durante un proceso psicoterapéutico y en su cierre se pueda incluir una puesta en común de los aspectos que cada una de las partes de la díada considera relevantes. También se espera que la identificación de los aspectos a los que dan relevancia los pacientes, tales como los cambios intrapsíquicos, sean incluidos como importantes objetivos a trabajar en las psicoterapias de adolescentes con síntomas depresivos para que estas puedan responder también a sus necesidades asociadas a un mayor bienestar subjetivo.

Referencias

- Almonte, C. & García, R. (2003). Epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes. En C. Almonte, M. E. Montt & A. Correa (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp. 144-170). Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Altmir, C., Krause, M., de la Parra, G., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N. ... Vilches, O. (2010). Clients', therapists', and observers' agreement on the amount, temporal location, and content in psychotherapeutic change and its relation to outcome. *Psychotherapy Research, 20*, 472-487. <https://doi.org/10.1080/10503301003705871>
- Alves, D., Fernández-Navarro, P., Ribeiro, A. P., Ribeiro, E. & Gonçalves, M. M. (2014). Ambivalence and innovative moments in grief psychotherapy: The cases of Emily and Rose. *Psychotherapy, 51*, 308-321. <https://doi.org/10.1037/a0031151>
- Amble, I., Gude, T., Stubdal, S., Andersen, B. J. & Wampold, B. E. (2015). The effect of implementing the Outcome Questionnaire-45.2 feedback system in Norway: A multisite randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Psychotherapy Research, 25*, 669-677. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.928756>
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Beltrán, M. C., Freyre, M. -Á. & Hernández-Guzmán, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica, 30*(1), 5-13. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000100001>
- Berger, C. (2004). Subjetividad adolescente: tendiendo puentes entre la oferta y demanda de apoyo psicosocial para jóvenes. *Psyche, 13*(2), 143-157. <https://doi.org/10.4067/S0718-22282004000200011>
- Birmaher, B., Brent, D. & The AACAP Work Group on Quality Issues (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*, 1503-1526. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318145ae1c>
- Brent, D. & Weersing, V. R. (2008). Depressive disorders in childhood and adolescence. En M. Rutter, D. V. M. Bishop, D. S. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A. Thapar (Eds.), *Rutter's child and adolescent psychiatry* (5ª ed., pp. 587-612). Malden, MA: Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781444300895.ch37>
- Brown, B. B. (2004). Adolescents' relationships with peers. En R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (2ª ed., pp. 363-393). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780471726746.ch12>
- Brown, E., Moller, N. & Ramsey-Wade, C. (2013). Recording therapy sessions: What do clients and therapists really think. *Counselling and Psychotherapy Research, 13*, 254-262. <https://doi.org/10.1080/14733145.2013.768286>
- Burlingame, G. M., Wells, G. M., Lambert, M. J. & Cox, J. (2004). The Youth Outcome Questionnaire. En M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (3ª ed., Vol. 2, pp. 235-273). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Bury, C., Raval, H. & Lyon, L. (2007). Young people's experiences of individual psychoanalytic psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 80*, 79-96. <https://doi.org/10.1348/147608306X109654>
- Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas, 2*, 53-82. Extraído de <http://psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/3>
- Castañeiras, C., Míguez, M. F., García, F., Fernández-Álvarez, H. & Belloch, A. (2009). Procesos de cambio en el trastorno obsesivo compulsivo: análisis cualitativo de los resultados de un tratamiento cognitivo desde la experiencia subjetiva de los pacientes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 5*(1), 77-97. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20090007>
- Chile, Ministerio de Salud (2013). *Guía clínica AUGÉ: depresión en personas de 15 años y más* (2ª ed.). Santiago, Chile: Autor, Subsecretaría de Salud Pública. Extraído de <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/GUIA-CLINICA-DEPRESION-15-Y-MAS.pdf>
- Chile, Ministerio de Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile & Universidad Alberto Hurtado (2011). *Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud.
- Connolly, M. & Strupp, H. (1996). Cluster analysis of patient reported psychotherapy outcomes. *Psychotherapy Research, 6*, 30-42. <https://doi.org/10.1080/10503309612331331558>
- Cornejo, M. & Salas, N. (2011). Rigor y calidad metodológicos: un reto a la investigación social cualitativa. *Psicoperspectivas, 10*(2), 12-34. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol10-Issue2-fulltext-144>
- De la Barra, M. F., Vicente, P. B., Saldivia, B. S. & Melipillán, A. R. (2012). Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. *Revista Médica Clínica Las Condes, 23*, 521-529. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70346-2](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70346-2)
- Delgado, J. M. & Gutiérrez, J. (Coords.) (1995/1999). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (3ª Reimpresión). Madrid, España: Síntesis.

- Elliott, R. (1984). A discovery-oriented approach to significant events in psychotherapy: Interpersonal process recall and comprehensive process analysis. En L. N. Rice & L. S. Greenberg (Eds.), *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process* (pp. 249-286). New York, NY: Guilford Press.
- Elliott, R. (1991). Five dimensions of therapy process. *Psychotherapy Research, 1*, 92-103. <https://doi.org/10.1080/10503309112331335521>
- Echavarrí, O., González, A., Krause, M., Tomicic, A., Pérez, C., Dagnino, P. ... Reyes, L. (2009). Cuatro terapias psicodinámicas breves exitosas estudiadas a través de los indicadores genéricos de cambio. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 18*, 5-19. Extraído de <http://www.redalyc.org/html/2819/281921800001/>
- Fernández, O., Pérez, C., Gloger, S. & Krause, M. (2015). Importancia de los cambios iniciales en la psicoterapia con adolescentes. *Terapia Psicológica, 33*, 247-255. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082015000300008>
- Galeano Marín, M. E. (2004). Teoría fundada: arte o ciencia. En M. E. Galeano Marín (Ed.), *Estrategias de investigación social cualitativa: el giro en la mirada* (pp. 161-185). Medellín, Colombia: La Carreta.
- García, R. (2012). Trastornos del estado de ánimo. En C. Almonte V. & M. E. Montt S. (Comps.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (2ª ed., pp. 478-493). Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Gennaro, A., Al Radaideh, A., Gelo, O. C. G., Manzo, S., Nitti, M., Auletta, A. & Salvatore, S. (2010). Modelling psychotherapy process as a sense-making dynamic: The two-stage semiotic model (TSSM) and the discourse flow analyzer (DFA). En S. Salvatore, J. Valsiner, J. Simon Travers & A. Gennaro (Eds.), *YIS: Yearbook of idiographic science* (Vol. 2, pp. 131-169). Roma, Italia: Firera & Liuzzo.
- Gergov, V., Kalska, H., Marttunen, M., Lipsanen, J., Tainio, V. -M. & Lindberg, N. (2015). Subjective outcomes of psychotherapeutic interventions: A naturalistic follow-up study among Finnish adolescent psychiatric outpatients. *Psychiatra Fennica, 46*, 103-119. Extraído de http://www.psykiatriantutkimussaatio.fi/uploads/files/PF_2015/PF2015_ART8_Gergov.pdf
- Gibson, K. & Cartwright, C. (2013). Agency in young clients' narratives of counseling: "It's whatever you want to make of it". *Journal of Counselling Psychology, 60*, 340-352. <https://doi.org/10.1037/a0033110>
- Gibson, K. & Cartwright, C. (2014). Young clients' narratives of the purpose and outcome of counselling. *British Journal of Guidance & Counselling, 42*, 511-524. <https://doi.org/10.1080/03069885.2014.925084>
- Goldman, S. (2012). Developmental epidemiology of depressive disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinic of North America, 21*, 217-235. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.12.002>
- Greenberg, L. S. (1991). Research on the process of change. *Psychotherapy Research, 1*, 3-16. <https://doi.org/10.1080/10503309112331334011>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). México DF, México: McGraw Hill.
- Hill, C. E. (2009). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action* (3ª ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hill, C. E. & Kellems, I. S. (2002). Development and use of the Helping Skills Measure to assess client perceptions of the effects of training and of helping skills in sessions. *Journal of Counseling Psychology, 49*, 264-272. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.49.2.264>
- Jonsson, U., Bohman, H., von Knorring, L., Olsson, G., Paaren, A. & von Knorring, A. -L. (2010). Mental health outcome of long-term and episodic adolescent depression: 15-year follow-up of a community sample. *Journal of Affective Disorders, 130*, 395-404. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.10.046>
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y cambio: una mirada desde la subjetividad*. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Krause, M., Altimir, C., Pérez, J. C. & de la Parra, G. (2015). Generic change indicators in therapeutic processes with different outcomes. *Psychotherapy Research, 25*, 533-545. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.935516>
- Krause, M. & Dagnino, P. (2005). Evolución del cambio en el proceso terapéutico. En E. Thumala & R. Riquelme (Eds.), *Avances en psicoterapia: cambio psíquico y vínculo* (pp. 21-36). Santiago, Chile: Sociedad Chilena de Salud Mental.
- Krause, M., de la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N. ... Ben-Dov, P. (2007). The evolution of therapeutic change studied through generic change indicators. *Psychotherapy Research, 17*, 673-689. <https://doi.org/10.1080/10503300601158814>
- 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*, 299-325. Extraído de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v38n2/v38n2a06.pdf>
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., Umphress, V., Lunnen, K., Okiishi, J., Burlingame, G. M. ... Reisinger, C. W. (1996). *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire (OQ-45.2)*. Wilmington, DE: American Professional Credentialing Services.
- Larraguibel, M. (2006). Trastorno depresivo en el adolescente. En M. Valdivia Peralta & M. I. Condeza Dall'Orso, *Psiquiatría del adolescente* (pp. 145-152). Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Lucock, M., Halstead, J., Leach, C., Barkham, M., Tucker, S., Randal, C. ... Saxon, D. (2015). A mixed-method investigation of patient monitoring and enhanced feedback in routine practice: Barriers and facilitators. *Psychotherapy Research, 25*, 633-646. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1051163>
- Mander, J., Wittorf, A., Klingberg, S., Teufel, M., Zipfel, S. & Sammet, I. (2014). The patient perspective on therapeutic change: The investigation of associations between stages of change and general mechanisms of change in psychotherapy research. *Journal of Psychotherapy Integration, 24*, 122-137. <https://doi.org/10.1037/a0036976>
- McLeod, J. (2011). The role of qualitative methods in outcome research. En J. McLeod (Ed.), *Qualitative research in counselling and psychotherapy* (2ª ed., pp. 161-180). London, Reino Unido: Sage.
- Meichenbaum, D. (2010, Mayo). *Child and adolescent depression and suicide: Promising hope and facilitating change*. Ponencia presentada en la 14ª Annual Conference of the Melissa Institute for Violence Prevention and Treatment, Coral Gables, Florida, Estados Unidos. Extraído de <http://fliphtml5.com/zydk/hfwe>
- Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L., Greenberg, L. S., Sousa, I. & Gonçalves, M. M. (2010). Narrative change in emotion-focused therapy: How is change constructed through the lens of the innovative moments coding system? *Psychotherapy Research, 20*, 692-701. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.514960>
- Mergenthaler, E. & Stinson, C. (1992). Psychotherapy transcription standards. *Psychotherapy Research, 2*, 125-142. <https://doi.org/10.1080/10503309212331332904>
- Midgley, N. (2004). Sailing between Scylla and Charybdis: Incorporating qualitative approaches into child psychotherapy research. *Journal of Child Psychotherapy, 30*, 89-111. <https://doi.org/10.1080/0075417042000205814>
- Midgley, N., Ansaldo, F. & Target, M. (2014). The meaningful assessment of therapy outcomes: Incorporating a qualitative study into a randomized controlled trial evaluating the treatment of adolescent depression. *Psychotherapy, 51*, 128-137. <https://doi.org/10.1037/a0034179>

- Midgley, N., Cregreen, S., Hughes, C. & Rustin, M. (2013). Psychodynamic psychotherapy as treatment for depression in adolescence. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 22, 67-82. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2012.08.004>
- Midgley, N. & Navridi, E. (2006). An exploratory study of premature termination in child analysis. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 5, 437-458. <https://doi.org/10.1080/15289160701382360>
- Midgley, N., Parkinson, S., Holmes, J., Stapley, E., Eatough, V. & Target, M. (2015). Beyond a diagnosis: The experience of depression among clinically-referred adolescents. *Journal of Adolescence*, 44, 269-279. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.08.007>
- Moras, K. (2006). Twenty-five years of psychological treatment research on unipolar depression in adult outpatients: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research*, 16, 519-525. <https://doi.org/10.1080/10503300600919398>
- Norcross, J. C., Krebs, P. M. & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 143-154. <https://doi.org/10.1002/jclp.20758>
- Odhammar, F. & Carlberg, G. (2015). Parents' and psychotherapists' goals prior to psychodynamic child psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 17, 277-295. <https://doi.org/10.1080/13642537.2015.1059865>
- Osorio Villegas, F. (2012). *Análisis cualitativo del cambio terapéutico en psicoterapia constructivista cognitiva. Una mirada desde la experiencia subjetiva de los pacientes* (Tesis de Magister, Universidad de Chile, Santiago, Chile). Extraído de http://repositorio.conicyt.cl/bitstream/handle/10533/180002/OSORIO_FRANCISCO_2006M.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Páramo, M. Á. (2011). Psicoterapia para adolescentes y perfil del psicólogo: análisis de contenido de discursos grupales. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20, 133-142. Extraído de <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281922823004.pdf>
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102>
- Programa Chileno de Investigación en Psicoterapia y Cambio (2012). *Manual de observación, registro y codificación de episodios de cambio y estancamiento* (versión 2.0). Santiago, Chile: Autor. Extraído de http://midap.org/wp-content/uploads/2015/06/manual_cambio_y_estancamiento.pdf
- Ridge, N. W., Warren, J. S., Burlingame, G. M., Wells, M. G. & Tumblin, K. M. (2009). Reliability and validity of the Youth Outcome Questionnaire Self-Report. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 1115-1126. <https://doi.org/10.1002/jclp.20620>
- Roth, A. & Fonagy, P. (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (2ª ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Rudolph, K. D. & Klein, D. N. (2009). Exploring depressive personality traits in youth: Origins, correlates, and developmental consequences. *Development and Psychopathology*, 21, 1155-1180. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990095>
- Russell, R., Shirk, S. & Jungbluth, N. (2008). First-session pathways to the working alliance in cognitive-behavioral therapy for adolescent depression. *Psychotherapy Research*, 18, 15-27. <https://doi.org/10.1080/10503300701697513>
- Sandoval Casilimas, C. A. (1996). *Investigación cualitativa*. Bogotá, Colombia: Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior. Extraído de <https://panel.inkuba.com/sites/2/archivos/manual%20colombia%20cualitativo.pdf>
- Sepúlveda, M. G. (2013). *Psicoterapia evolutiva con niños y adolescentes*. Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Stiles, W. B. (2002). Assimilation of problematic experiences. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 357-365). New York, NY: Oxford University Press.
- Street, C. & Herts, B. (2005). *Putting participation into practice: A guide for practitioners working in services to promote the mental health and well-being of children and young people*. London, Reino Unido: Young Minds.
- Taylor, D. (2008). Psychoanalytic and psychodynamic therapies for depression: The evidence base. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14, 401-413. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.004382>
- Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 17, 305-314. <https://doi.org/10.1080/10503300600608116>
- Timulak, L. (2010). Significant events in psychotherapy: An update of research findings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83, 421-447. <https://doi.org/10.1348/147608310X499404>
- Valdés, N., Krause, M., Vilches, O., Dagnino, P., Echavarrí, O., Ben-Dov, P. ... de la Parra, G. (2005). Proceso de cambio psicoterapéutico: análisis de episodios relevantes en una terapia grupal con pacientes adictos. *Psykhe*, 14(2), 3-18. <https://doi.org/10.4067/S0718-22282005000200001>
- Valdés, C., Morales-Reyes, I., Pérez, J. C., Medellín, A., Rojas, G. & Krause, M. (2017). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck IA para la población chilena. *Revista Médica de Chile*, 145, 1005-1012. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872017000801005>
- Valles, M. S. (1997/1999). *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional* (1ª Reimpresión). Madrid, España: Síntesis.
- von Bergen, A. & de la Parra, G. (2002). OQ-45.2, Cuestionario para Evaluación de Resultados y Evolución en Psicoterapia: adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. *Terapia Psicológica*, 20, 161-176. Extraído de https://www.researchgate.net/publication/263314562_oq-452_cuestionario_para_evaluacion_de_resultados_y_evolucion_en_psicoterapia_adaptacion_validacion_e_indicaciones_para_su_aplicacion_e_interpretacion_oq-452_an_outcome_questionnaire_for_monitoring_ch
- Watsford, C., Rickwood, D. & Vanags, T. (2013). Exploring young people's expectations of a youth mental health care service. *Early Intervention in Psychiatry*, 7, 131-137. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2012.00361.x>
- Weisz, J. R., Ng, M. Y., Rutt, C., Lau, N. & Masland, S. (2013). Psychotherapy for children and adolescents. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6ª ed., pp. 541-586). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Weitkamp, K., Klein, E., Hofmann, H., Wiegand-Grefe, S. & Midgley, N. (2017). Therapy expectations of adolescents with depression entering psychodynamic psychotherapy: A qualitative study. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 16, 93-105. <https://doi.org/10.1080/15289168.2016.1268883>
- Wisdom, J. P. & Green, C. A. (2004). "Being in a funk": Teens' efforts to understand their depressive experiences. *Qualitative Health Research*, 14, 1227-1238. <https://doi.org/10.1177/1049732304268657>
- World Health Organization (2014). *Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade. Summary*. Genève, Suiza: Autor. Extraído de http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/1612_MNCAH_HWA_Executive_Summary.pdf

Fecha de recepción: Diciembre de 2016.

Fecha de aceptación: Diciembre de 2017.