

Identificando las trayectorias de cambio terapéutico en psicoterapia breve en pacientes chilenos

Identifying trajectories of therapeutic change in brief psychotherapy in Chilean outpatients

Valeria Fuentes Cerda^{1,4}

 0000-0002-7282-2834
vxfuentes@uc.cl

Paula Errázuriz Arellano²

 0000-0003-4890-7050
paulae@uc.cl

Susana Campos Soto³

 0000-0002-9455-2695
svcamposs@gmail.com

Daniel Miranda Fuenzalida²

 0000-0002-3143-8502
damiran1@uc.cl

¹Universidad de Chile, Chile.

²Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

³Universidad de Talca, Talca, Chile.

⁴Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.

Resumen:

Antecedentes: identificar subgrupos de pacientes que demuestren diferentes trayectorias de cambio terapéutico durante psicoterapia en contextos realistas es relevante para el desarrollo de procesos terapéuticos personalizados y efectivos. **Objetivos:** El presente estudio tuvo como objetivos (a) identificar trayectorias de cambios terapéuticos en pacientes chilenos (b) explorar variables que puedan predecir la probabilidad de pertenecer a ciertas trayectorias y (c) examinar si estas diferentes trayectorias desembocan en distintos resultados terapéuticos. **Método:** se llevaron a cabo análisis de modelos de crecimientos mixto (Growth Mixture Modeling - GMM) y regresiones logísticas multinomiales en una muestra de 400 pacientes chilenos recibiendo psicoterapia en un centro de salud mental privado. **Resultados:** se identificaron tres trayectorias de cambio terapéutico (a) disfunción inicial moderada con leve deterioro, (b) disfunción inicial leve con cambio favorable y (c) disfunción inicial severa con rápido cambio favorable. La edad de los pacientes fue considerada un factor predictor de trayectoria significativa, sugiriendo una peor prognosis para pacientes de mayor edad. Además, todas las trayectorias fueron predictoras del resultado terapéutico. **Conclusiones:** estos resultados pueden ser utilizados para desarrollar intervenciones enfocadas en el paciente, basadas en las trayectorias de cambio que exhiban.

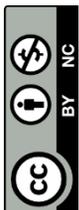
Palabras clave: proceso psicoterapéutico, estudios proceso-resultado, psicoterapia breve, GMM.

Abstract

Background: Identifying subgroups of patients that may show distinct trajectories of change during psychotherapy in realistic settings is relevant for the development of personalized therapeutic processes. **Aims:** The present study sought to (a) identify trajectories of change in Chilean patients; (b) explore variables that may predict the likelihood of belonging to certain trajectories; and (c) examine whether these different trajectories result in differences in treatment outcomes. **Method:** Growth mixture modeling (GMM) and multinomial logistic regression analysis were carried out on the data of 400 patients receiving psychotherapy at a private outpatient clinic in Chile. **Results:** Three trajectories of change were identified: (a) moderate initial dysfunction with slight deterioration, (b) mild initial dysfunction with favorable change, and (c) high initial dysfunction with rapid favorable change. Patient's age was found to be a significant predictor of trajectory assigned, suggesting a poorer prognosis for older patients. Moreover, the trajectories were significant predictors of treatment outcome. **Conclusions:** These results can be used to develop patient-specific therapeutic interventions based on the trajectories they exhibit.

Keywords: psychotherapeutic change, process-outcome assessments, brief psychotherapy, GMM.

Recibido: 11 de diciembre de 2020 – Aceptado: 07 de septiembre de 2022
Editado por: Alekha Tomicic, Universidad Diego Portales, Chile.
Revisado por: Julieta Olivera, Universidad de la Marina Mercante, Argentina;
Fernanda Serralta, Estudos Integrados em Psicoterapia Psicanalítica, Brasil.



© 2023 Terapia Psicológica



Introducción

La investigación en psicoterapia ha demostrado un creciente interés en el delineamiento del proceso de cambio terapéutico, al igual que la identificación de los posibles subgrupos de pacientes que presentan diferentes procesos de cambio (Lambert, 2013; Koffman, 2018). Estudios han señalado que la asociación entre sesiones de tratamiento como dosis, y la respuesta a éste, reporta variaciones durante la totalidad del proceso terapéutico, aunque los mecanismos que subyacen a estos cambios no han sido aun completamente dilucidados (Stulz et al., 2007; Stulz y Lutz, 2007; Castonguay et al., 2013).

Howard et al. (1986) sugirieron que el cambio en psicoterapia es el resultado de una curva de dosis-efecto obtenida al asociar el número de sesiones de terapia recibidas (dosis) y la mejoría sintomática (efecto). Ellos señalan que la curva resultante sigue una trayectoria de aceleración negativa. Estos resultados han sido subsecuentemente corroborados y expandidos, también destacando la variabilidad existente en lo que puede ser entendido como cambio, y la forma en que éste puede ser demostrado a lo largo del tiempo en psicoterapia (Barkham et al., 1996; Lutz et al., 2009; Hansen y Lambert, 2003).

Stulz y colegas (2007) encontraron que es posible predecir los diferentes patrones o trayectorias de cambio en etapas tempranas de psicoterapia, describiendo cinco trayectorias de cambio. Estas trayectorias demuestran el cambio en el individuo en psicoterapia comparando el avance sesión a sesión y también contrastando la sintomatología al inicio y final del tratamiento. Este estudio fue pionero en el uso de los modelos de crecimiento mixto para identificar diferentes trayectorias de cambio entre los pacientes (Stulz et al., 2007). Posteriormente, Lutz et al. (2009) encontraron resultados similares caracterizando tres grupos de cambio. Entre ellos el más numeroso era moderado en sintomatología en un inicio alcanzando mejoría rápidamente, otro grupo con sintomatología inicial moderada a severa que tenía una mejoría temprana conservadora y, finalmente, un grupo con sintomatología inicial leve con una mejoría temprana moderada. En 2010, Stulz et al. realizaron un análisis de trayectorias de cambio en pacientes con depresión. En este estudio, los pacientes fueron agrupados de acuerdo con su severidad, es decir, con síntomas depresivos leves, moderados y severos. Cada grupo mostró un patrón diferente de cambio durante la psicoterapia donde el grupo de sintomatología moderada mostró una disminución más lenta de síntomas que los grupos leves y severos. No obstante, los tres patrones de cambio en los pacientes fueron muy heterogéneos durante el curso de la psicoterapia.

Siguiendo esta línea, Lutz y colaboradores (2014) estudiaron las trayectorias de cambio temprano y su relación con los resultados y la finalización temprana de la psicoterapia, describiendo cuatro trayectorias de cambio durante las primeras cinco sesiones de psicoterapia. Además, Nordberg et al. (2014) realizaron un estudio de trayectorias de cambio en un mínimo de 15 sesiones e identifican tres trayectorias de cambio. Dos grupos con alta sintomatología al ingreso los que presentaron diferentes estilos de progreso, uno de respuesta rápida y otro grupo sin respuesta o que no responde, además identifican un tercer grupo que comienza con sintomatología baja y que tampoco responde a la psicoterapia.

Otras investigaciones obtuvieron hallazgos algo similares al examinar diferentes trayectorias de cambio en la psicoterapia breve (Owen et al., 2015; Trombello et al., 2020). Estos estudios encontraron trayectorias distintas donde el cambio fue evidente en las primeras sesiones, independientemente del nivel inicial de disfunción, y la mejoría se mantuvo hasta el alta en todos los grupos.

Todos estos hallazgos proporcionan evidencia acerca de la progresión del cambio a través del proceso psicoterapéutico. Muchos de ellos han identificado trayectorias de cambio diferentes de acuerdo con el nivel de sintomatología de inicio y a la cantidad de sesiones en una relación que permitiría estimar la dinámica entre costo y beneficio de la psicoterapia. En particular, la identificación de estas trayectorias de cambio temprano ha facilitado comprender que el cambio sigue una tendencia desde del inicio hasta la finalización de los procesos, relacionando así las diferentes trayectorias con los resultados psicoterapéuticos en la población adulta (Lutz et al., 2009; Lutz et al. 2014; Owen et al. 2015; Stulz et al. 2010). Gracias a este tipo de estudios y sus resultados se han desarrollado diferentes estrategias de atención en salud inclinándose por la implementación de psicoterapias breves. En Chile, el Ministerio de Salud recomienda, en las guías de salud mental del régimen de Garantías Explícitas de Salud (GES), la realización de 12 sesiones de psicoterapia en pacientes adultos que padecen depresión (Ministerio de Salud [MINSAL], 2017). Estas guías crean un estándar de procesos psicoterapéuticos breves en la salud pública y privada. Cabe destacar que la adhesión al tratamiento alcanza hasta el 70% en el sistema GES y la investigación ha encontrado evidencia de su efectividad (Vergara, 2019). Sin embargo, no hay evidencia de las trayectorias de cambio subyacentes a estos breves procesos psicoterapéuticos en este contexto.

La presente investigación buscó evidenciar las trayectorias de cambio de pacientes chilenos en psicoterapia breve enmarcada en el modelo GES. Esta evidencia contribuiría no solo a evaluar la efectividad general y las características

específicas del sistema GES, sino a estimar cómo se desarrolla el cambio en los pacientes sometidos a psicoterapia en este contexto. La comprensión profunda de este concepto es fundamental para la labor clínica de los terapeutas y la administración de los procesos psicoterapéuticos (Castonguay, 2011; Vergara, 2019).

Este estudio, además, pretende estimar la relación de estas trayectorias emergentes de cambio terapéutico y su relación con el resultado de la terapia, así como con la duración de esta. Adicionalmente, se intentó comprender la posible relación entre el estado inicial y las trayectorias emergentes de cambio terapéutico, tomando en consideración la posible predicción de los procesos de cambio en psicoterapia.

Método

Participantes

Esta investigación se llevó a cabo como un estudio secundario a partir de los datos obtenidos en la investigación de Errázuriz y Zilcha-Mano (2018), con información recolectada entre 2011 y 2014 de la atención ambulatoria atendida en un Centro de Salud Mental privado en la ciudad de Santiago de Chile.

Pacientes

Para este análisis secundario se utilizaron datos de 400 pacientes, obtenidos del estudio original que tuvo un total de 547 pacientes (Errázuriz y Zilcha-Mano, 2018). Todos los pacientes de nuestra investigación fueron adultos, con una edad media de 42 (DE = 12,75; rango 18 - 87), de los cuales el 77% (n = 310) eran mujeres. La mayoría de los pacientes fueron diagnosticados en el Eje I con trastornos depresivos (73,5%), trastorno bipolar (6,0%), trastorno de adaptación (1,2%) o trastorno distímico (1,2%). El 27,7% recibió un diagnóstico de al menos un trastorno comórbido del Eje I. Los diagnósticos de comorbilidad más prevalentes fueron los trastornos relacionados con sustancias (4,8%), el trastorno de pánico sin agorafobia (4,8%) y el trastorno distímico (3,0%). La mayoría de los pacientes con un diagnóstico del Eje II fueron diagnosticados con trastorno de personalidad dependiente (2,4%), límite (1,8%) e histriónico (0,6%). El criterio de inclusión para la participación en esta investigación fue tener al menos tres observaciones o resultado en el instrumento utilizado como medida de cambio en el funcionamiento psicológico, Cuestionario de resultados (Outcome Questionnaire

OQ-30.2, Lambert et al., 2004; Errázuriz, et al., 2017) dentro de las primeras seis sesiones de psicoterapia.

Terapeutas

Se consideraron los terapeutas de cada paciente incluido en el estudio, con un total de 28 terapeutas. La edad media de los terapeutas fue de 38 (DE = 7,8; rango 27 - 54), el 65% (n = 17) de ellos eran mujeres. Todos los terapeutas tenían un título universitario en psicología, lo que significa que se graduaron de un programa de licenciatura de cinco años en psicología. También se informó la experiencia de los terapeutas, con una media de 8 años (DE = 5,33, rango = 2 - 25).

Instrumentos

Cuestionario de resultados OQ-30.2

El Cuestionario de Resultados (Outcome Questionnaire - OQ) es un cuestionario de autoinforme creado por Lambert et al. (2004) llamado OQ 45.2, que permite la evaluación de síntomas psicológicos disfuncionales. En nuestra investigación se utilizó OQ 30.2, que es una versión abreviada del OQ 45.2, compuesta por 30 ítems en formato Likert, con 5 alternativas de respuesta que van desde nunca hasta casi siempre y que mide el estado psicológico actual de la persona. El OQ 30.2 fue traducido al español y validado por Errázuriz et al. (2017) para su uso en Chile. El cuestionario permite medir el cambio en el funcionamiento psicológico en tres áreas: malestar subjetivo, relaciones interpersonales y desempeño en el rol social. El OQ 30.2 fue diseñado para ser sensible a los cambios durante períodos cortos de tiempo y para evaluar síntomas comunes en una amplia gama de trastornos mentales en adultos, lo que lo hace ideal para monitorear el progreso psicoterapéutico. Esta medida se utilizó para estimar el cambio en el funcionamiento psíquico por sus buenas propiedades psicométricas y porque requiere un corto tiempo de administración (Errázuriz et al., 2017).

Instrumentos adicionales

Adicionalmente, los pacientes respondieron un conjunto de preguntas referentes a características demográficas como sexo, edad, existencia de psicoterapia previa (55,7%), uso actual de psicofarmacología (92,1%), consultas psiquiátricas actuales (89,1%) e historia de hospitalizaciones psiquiátricas previas (10,4%). También se recolectaron datos sobre la edad, el sexo y los años de experiencia clínica de los terapeutas.

Procedimiento

Todos los pacientes y terapeutas respondieron y firmaron el consentimiento informado declarando que estaban de acuerdo en participar en el estudio. Independientemente, cada paciente y su terapeuta respondieron a las preguntas sobre sus antecedentes demográficos (ver Errázuriz y Zilcha-Mano, 2018). Para el estudio, antes de cada una de las sesiones, los pacientes respondieron el Cuestionario de Resultados (OQ 30.2, Errázuriz et al., 2017). Así, para la inclusión a nuestra investigación de cada participante la respuesta al OQ 30.2 debía constar en, a lo menos, tres de las seis primeras sesiones de su psicoterapia. Los tratamientos se realizaron en modalidad individual y ambulatoria. La duración de cada sesión de psicoterapia fue de 50 minutos, con continuidad semanal. La duración del proceso psicoterapéutico fue determinada por un acuerdo entre el paciente y su terapeuta, así como por consideraciones prácticas (situación financiera del paciente, seguro médico, etc.). Los procesos psicoterapéuticos duraron de 3 a 55 sesiones, con una duración media de nueve sesiones ($DE = 7$, $Moda = 6$). La mayoría de los individuos 295 (74%) completaron más de seis sesiones, cumpliendo al menos la mitad del tratamiento propuesto. Para este estudio se decidió realizar un análisis sobre las primeras seis sesiones del proceso psicoterapéutico, ya que la literatura existente sugiere que dentro de este número de sesiones es posible estimar las trayectorias del cambio terapéutico con un buen nivel de ajuste a lo empírico o datos observados (Stulz et al., 2007; Tasca y Gallop, 2009). La aprobación ética de este estudio secundario fue otorgada por el Comité de Ética Científica de Universidad de Chile.

Análisis de los datos

Se utilizó el modelo de crecimiento mixto o GMM, por sus siglas en inglés (Growth Mixture Modeling) para analizar los datos (Muthén, 2004; Muthén y Muthén, 2000). Este modelo permite estimaciones con datos faltantes, como es el caso de muestras de pacientes tratados en entornos naturalistas. GMM reconoce la existencia de trayectorias heterogéneas en los datos longitudinales, mediante la estimación de diferentes curvas de crecimiento para un resultado variable, estimando la probabilidad de que un sujeto esté representado por una de estas curvas. En este estudio, los modelos de trayectorias de cambio se estimaron con dos, tres, cuatro, cinco y seis soluciones o clases latentes. Así, los individuos de cada clase pueden compararse con el desarrollo de sus propias trayectorias de cambio a lo largo del tiempo y, a su vez, dentro de su clase o grupo. Este modelo permite la estimación de trayectorias mediante algunas medidas que se consideran efectos fijos del modelo, mientras que aquellas medidas que faltan son

estimadas por el modelo de forma aleatoria, por lo que se le denomina modelo mixto dados sus efectos, tanto fijo como aleatorio.

Además, se realizaron análisis de regresión logística multinominal para estimar las asociaciones de las características sociodemográficas tanto del paciente como del terapeuta, con las trayectorias de cambio que emergen de los análisis previos. Todo el modelo mixto de clases latentes (GMM) y los análisis de regresión logística multinominal se estimaron utilizando el software estadístico Mplus (Versión 7, Muthén y Muthén, 2012).

En este estudio se utilizaron los indicadores de ajuste más utilizados para la investigación de GMM. Estos criterios respecto al ajuste son el Akaike (AIC, Akaike, 1987), de Bayes (BIC, Schwartz, 1978) y Bayes Ajustado (BIC adj., Sclove, 1987). Estos indicadores denotan el mejor ajuste del modelo de trayectoria de cambio cuando su valor se reduce al incrementar el modelo de cambio en una clase (Nylund et al., 2007).

Diferentes autores han demostrado que, en paralelo al uso de los criterios de ajuste antes mencionados, el uso del Bootstrapped Likelihood Ratio Test (BLRT, Nylund et al., 2007) favorece el reconocimiento del mejor modelo de trayectorias de cambio. El BLRT es una prueba estadística que colabora en la toma de decisiones del mejor número de clases latentes que subyacen a los datos, estimando la mejor solución de clases latentes comparando las diferencias entre un modelo de clase k y un modelo de clase $k-1$. Así, al obtener una diferencia significativa en el log-likelihood con un valor de probabilidad menor al 5% (valor de $p < 0.05$), se estima la superioridad del modelo de clase k sobre la solución del modelo de clase $k-1$. Si el BLRT no es significativo, la solución de la clase k se rechaza y el modelo de la clase $k-1$ se evalúa nuevamente con el modelo de la clase $k-2$.

Resultados

Descripción de las trayectorias de cambio

Inicialmente se estimó un modelo general para toda la muestra, representado por una intercepto promedio para el grupo de 61,09 puntos y una pendiente o tasa de cambio de una sesión a otra de -1.91 puntos en el OQ 30.2. A continuación, el modelo de tres clases latentes fue elegido como la solución más adecuada, ya que muestra el mejor ajuste a través de los criterios de estimación de AIC y BIC adj. (AIC = 12782,957, BIC adj = 12796,869) que disminuyen con respecto a la

solución de dos clases (AIC = 12792,063 y BIC Adj. = 12803,521). Estos indicadores no fueron del todo concluyentes, por lo que se incorporó la información proporcionada por el BLTR (ver Tabla 1).

Tabla 1. *Estimadores de ajuste para las clases de los modelos de crecimiento mixtos*

Número de clases	AIC	BIC	BIC Adjust.	2 LL Diff	BLTR Valor p	Entropía
Dos	12792,063	12847,944	12803,521	15,998	< 0,000	0,562
Tres	12782,957	12850,812	12796,869	15,107	< 0,000	0,631
Cuatro	12779,460	12859,289	12795,828	9,497	< 0,4286	0,566
Cinco	12779,185	12870,988	12798,008	6,275	< 0,4286	0,525
Seis	12783,457	12887,235	12804,735	1,728	< 1,0000	0,522

Nota: AIC = Akaike, BIC = Bayes, BIC Ajust. = Bayes ajustado, 2LLDiff = Diferencias dobles de log-likelihood, BLTR = Bootstrapped Likelihood Ratio Test.

Esta prueba de razón de BLTR en pasos nos permitió definir que el modelo de tres clases es superior al modelo de dos clases (2LLDiff = 15,107), con un valor de probabilidad igual a 0 ($p < 0,001$). Además, probamos un modelo de cuatro clases, que no representó una mejora significativa en comparación con el modelo de tres clases (2LLDiff = 9,497, $p < 0,43$) (ver Tabla 1). Esta información confirmó que el modelo de tres clases latentes, o tres trayectorias de cambio, describía adecuadamente la variabilidad subyacente a los datos.

Además, estimamos la probabilidad que tiene el modelo de asignar adecuadamente a cada uno de los sujetos a las diferentes clases descritas mediante entropía (Jedidi et al., 1993). La literatura recomienda que los modelos de clase tengan una entropía superior al 80% (Muthén, 2004) (ver Tabla 2). En nuestro estudio, en consecuencia, la solución definida por el modelo de 3 clases vuelve a superar a los otros modelos de clase con una entropía de 0,631 (Figura 1).

Tabla 2. *Probabilidad de pertenecer a ciertas clases para cada sujeto (Entropía).*

	Clase 1	Clase 2	Clase 3
Clase 1	0,821	0,175	0,004
Clase 2	0,093	0,833	0,074
Clase 3	0,003	0,161	0,837

Nota: el valor promedio de pertenencia de clase aparece en negrita.

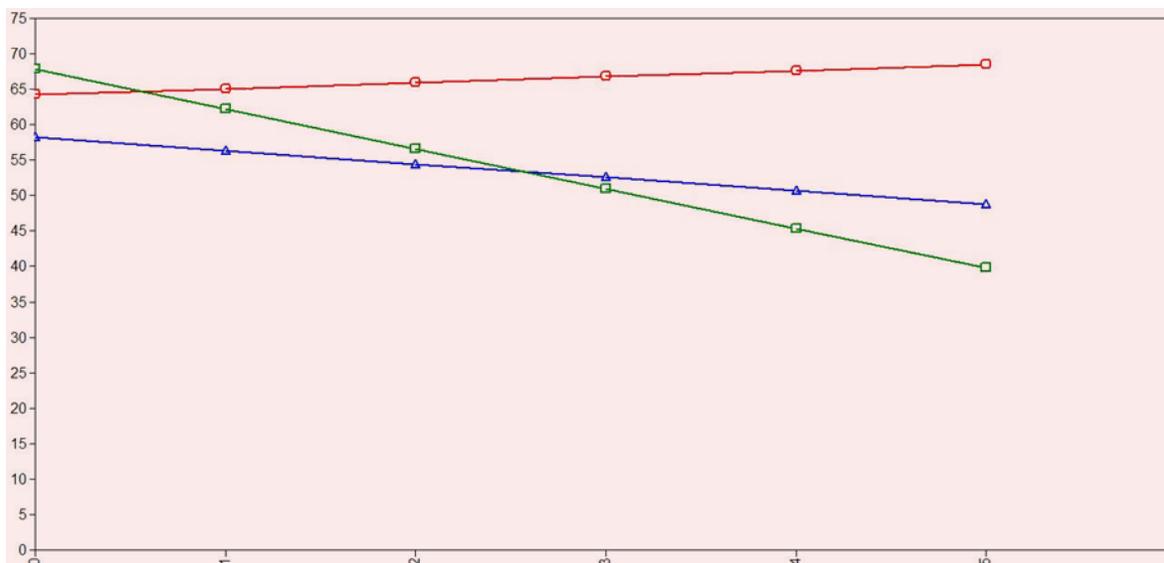


Figura 1: tres trayectorias y su forma de cambio.

Nota: Eje X corresponde a los diferentes momentos de cambio, los que inician desde la sesión 1 a la sesión 6, se representan desde el momento 0, ya que, es el puntaje de inicio que estima GMM. Eje Y corresponde a los valores de la medida de cambio en el OQ 30.2 en intervalos de 5 puntos cada uno. Las Trayectorias se identifican mediante 3 colores: Color rojo para la Clase 1, azul para la Clase 2 y verde para la Clase 3.

Las tres trayectorias del cambio terapéutico están representadas por las siguientes 3 clases:

- Clase 1, denominada "Trayectoria de cambio terapéutico con disfunción inicial moderada con leve cambio desfavorable" sesión a sesión. Esta clase está compuesta por 75 sujetos, que representan el 18,8% de la muestra, con un intercepto o nivel inicial de 64,21 puntos en OQ 30.2 y una pendiente o tasa de cambio de 0,85. En esta clase los pacientes aumentan su puntuación OQ 30.2 en 0.85 puntos sesión a sesión, lo que representaría un curso de deterioro en la medida de cambio en el funcionamiento psicológico OQ 30.2.
- Clase 2, denominada "Trayectoria de cambio terapéutico con disfunción inicial leve con cambio favorable" sesión a sesión. Esta clase está compuesta por el mayor número de sujetos de la muestra, con un total de 269 sujetos, que representan el 67,2% de la muestra, con un nivel inicial de 58,19 puntos en OQ 30.2 y una pendiente o tasa de cambio sesión a sesión de -1,88 que representa un curso de mejora en la medida de cambio en el funcionamiento psicológico OQ 30.2.
- Clase 3, denominada "Trayectoria de cambio terapéutico con alta disfunción inicial con rápido cambio favorable" sesión a sesión. Esta clase consta de 56 sujetos y representa el 14% de la muestra, con un nivel inicial

de 67,80 puntos en OQ 30.2, y una pendiente o tasa de cambio de -5,61 puntos sesión a sesión, lo que representa un curso de rápida mejoría en la medida de cambio en el funcionamiento psicológico OQ 30.2.

Previsibilidad del resultado del tratamiento

Uno de los objetivos de este estudio fue estimar la relación entre las trayectorias de cambio terapéutico y los resultados en psicoterapia. En el análisis de regresión logística multinominal se utilizó como grupo de referencia, por defecto, la trayectoria de cambio terapéutico con alta disfunción inicial con rápido cambio favorable, según la definición de Mplus (Muthén y Muthén, 2012). La variable que definimos como resultado de la psicoterapia es la puntuación final obtenida en la medida de cambio por cada paciente y que haya sido obtenida más allá de la sexta sesión. Esto supuso una reducción en el tamaño de nuestra muestra a 228 sujetos, ya que esta investigación se centra en procesos terapéuticos breves, por lo que hay un número importante de sujetos de la muestra que terminaron entre la tercera y sexta sesión y que no fueron considerados para esta estimación de resultados.

En este análisis cuando el valor del OQ-30.2 final aumenta en un punto, la probabilidad de pertenecer a la trayectoria de cambio terapéutico con disfunción inicial moderada con cambio desfavorable también aumenta en 11,3% con respecto a la probabilidad de pertenecer a la trayectoria de cambio terapéutico con disfunción inicial alta con rápido cambio favorable ($DE = 0,022$, $p < 0,001$).

Modelo de tres trayectorias tempranas de cambio y sus predictores

En este análisis se mantuvo las clases fijas y se realizó un análisis de regresión logística multinomial con la trayectoria de cambio terapéutico con disfunción inicial alta con rápido cambio favorable como clase de referencia. Así, se obtuvo una relación significativa entre la trayectoria de cambio terapéutico con disfunción inicial leve con cambio favorable y la puntuación de OQ 30.2 inicial, en la que con un punto más en la OQ 30.2 inicial la probabilidad de pertenecer a la trayectoria de cambio terapéutico con disfunción inicial leve con cambio favorable disminuye en 6,3%, cuando se compara con la probabilidad de pertenecer a la trayectoria de cambio terapéutico con disfunción inicial alta con rápido cambio favorable.

Finalmente, se buscó identificar características del paciente y del terapeuta que pudieran ayudar a comprender las trayectorias de cambio terapéutico durante

la psicoterapia. Para observar estas relaciones se realizaron varios análisis de regresión logística multinominal, los cuales se describen en la Tabla 3. De este análisis se obtuvo solo una variable significativa, la edad del paciente. En esta relación, se observó que el aumento en un año de la edad del paciente eleva su probabilidad de pertenecer a la trayectoria de cambio terapéutico con disfunción inicial moderada con leve cambio desfavorable en 1,3% con relación a la posibilidad de pertenecer a la trayectoria de cambio terapéutico con disfunción inicial alta con rápido cambio favorable.

Respecto al resto de variables incluidas en el análisis, tanto las variables sociodemográficas del paciente como del terapeuta, fueron ingresadas como variables dicotómicas en el análisis de regresión multinominal, con las tres clases fijas determinadas por el modelo de 3 trayectorias, y no arrojaron hallazgos significativos (Tabla 3).

Tabla 3. Características de pacientes y terapeutas como predictores de trayectorias de cambio.

	Clase 1				Clase 2			
	Est.	SD	Est. SD	Valor <i>p</i>	Est.	SD	Est. SD	Valor <i>p</i>
PACIENTE								
Edad	0,037	0,013	2,760	0,006*	0,018	0,011	1,663	0,096
Género	-0,118	0,453	-0,260	0,795	-0,405	0,377	-1,076	0,282
Psicoterapia previa	0,279	0,356	0,784	0,433	0,159	0,295	0,538	0,591
Cuidado psiquiátrico	0,005	0,571	0,009	0,993	-0,032	0,475	-0,068	0,946
Uso de medicamentos	1,477	0,837	1,765	0,078	0,137	0,480	0,286	0,775
Hospitalizaciones previas	0,375	0,542	0,692	0,489	-0,182	0,482	-0,378	0,705
TERAPEUTA								
Edad	0,029	0,024	1,210	0,226	0,016	0,020	0,787	0,431
Género	-0,045	0,402	-0,111	0,911	0,071	0,335	0,213	0,831
Años de experiencia clínica	0,040	0,039	1,021	0,307	0,039	0,031	1,254	0,210

Nota: Est. = Estimación, D.S. = Desviación estándar; * = valor significativo. Cada estimación se refiere a la clase en específico comparada con la clase de referencia, correspondiente a la trayectoria 3.

Discusión

Nuestra investigación corroboró la existencia de tres distintas trayectorias de cambio terapéutico en pacientes chilenos durante su proceso psicoterapéutico breve, estimado sobre la base de las primeras seis sesiones de psicoterapia. Estas trayectorias de cambio terapéutico fueron: (a) Trayectoria de cambio terapéutico con disfunción inicial moderada con leve cambio desfavorable, (b) Trayectoria de

cambio terapéutico con disfunción inicial leve y cambio favorable, y (c) Trayectoria de cambio terapéutico con disfunción inicial alta con rápido cambio favorable. Esto confirma nuestra hipótesis de que existen diferentes trayectorias de cambio terapéutico en psicoterapia breve con pacientes ambulatorios.

Estas trayectorias de cambio terapéutico coinciden con lo descrito por la literatura previa, en cuanto a la existencia de diferentes patrones de cambio desplegados a través de los procesos psicoterapéuticos (Lutz et al., 2017; Owen et al., 2015; Rubel et al., 2015; Nordberg et al., 2014; Lutz et al., 2014; Stulz et al., 2010; Uher et al., 2010; Lutz et al., 2009; Stulz et al., 2007). Las tres trayectorias encontradas tienen características similares a las halladas por Owen et al. (2015), quienes describieron una trayectoria de cambio con crecimiento lineal leve y sostenido similar a nuestra trayectoria de cambio terapéutico con disfunción inicial leve y cambio favorable.

Con relación a la descripción del nivel inicial de disfunción, nuestro estudio coincide en encontrar dos grupos con alta discapacidad inicial, similar a lo que Nordberg et al. (2014) indican. Además, de observar estas dos trayectorias, en nuestro estudio se identifica una trayectoria que se caracteriza por un nivel de disfuncionalidad inicial leve y que representa al grupo mayoritario de nuestra muestra.

Respecto de la pendiente o la tasa de cambio sesión a sesión, entre nuestras tres trayectorias de cambio terapéutico aparece una de ellas que coincide con hallazgos previos que identifican trayectorias con una tasa de cambio rápido (Nordberg et al., 2014; Lutz et al., 2009). Mientras que, como señalaron Lutz et al. (2014), también se puede observar una trayectoria de cambio terapéutico leve que se inclina hacia una mayor disfunción o deterioro sesión a sesión.

Nuestra primera trayectoria, denominada trayectoria de cambio terapéutico con disfunción inicial moderada con leve cambio desfavorable representa una quinta parte de nuestra muestra. Esta proporción es preocupante, ya que los pacientes aumentan su nivel de disfunción a través del avance sesión a sesión en la psicoterapia. En nuestros hallazgos, el grupo que se deteriora durante la terapia representa un porcentaje superior al sugerido en estudios previos que describen este tipo de trayectorias representando entre el 5% y el 10% de las muestras (Lutz et al., 2014; Lambert, 2015).

La segunda trayectoria designada como trayectoria de cambio terapéutico con disfunción inicial leve con cambio favorable, representa la mayoría de nuestra muestra. Parece ser, como señalan Rubel y colaboradores (2015), que en esta

trayectoria de cambio los pacientes logran identificar un cierto grado de progreso desde los primeros momentos de psicoterapia. Esta percepción de progreso, aunque leve, probablemente facilita la continuidad de estos pacientes en la psicoterapia, además de fortalecer la sensación de que la psicoterapia sigue siendo útil sesión a sesión.

La trayectoria denominada de cambio terapéutico con disfunción inicial alta con rápido cambio favorable puede explicarse a través de lo que algunos autores han señalado como el retorno a la media (Lutz et al. 2017). Esto significaría que luego de haber iniciado la terapia con una alta disfuncionalidad, el obtener una rápida respuesta favorable sería una expresión de un rápido retorno al funcionamiento psíquico promedio del paciente. Además, dado que nuestras trayectorias son de avance lineal, este rápido cambio se sumaría sesión a sesión, mostrando una mejora sostenida e importante al término de la psicoterapia. Por otra parte, es destacable el que esta trayectoria representa el 14% de nuestra muestra. Esta proporción del grupo de personas que tienen cambios favorables rápidos coincide con los resultados de Nordberg et al. (2014).

Las trayectorias descritas en nuestro estudio predicen de alguna manera el resultado del proceso psicoterapéutico, donde las terapias que comienzan con un progreso disfuncional lento tendrán más probabilidades de mantener malos resultados, independientemente de la duración del proceso psicoterapéutico. Además, se observa que a medida que aumenta la edad del paciente es mayor la probabilidad de pertenecer a la trayectoria de cambio terapéutico que comienza con una disfunción inicial moderada que aumenta su deterioro sesión a sesión. A este respecto, los hallazgos coinciden con los de Fishleder et al. (2016) quienes señalan que los pacientes mayores tienden a cambiar a un ritmo más lento que los pacientes más jóvenes, pese a que estos últimos puedan haber ingresado a la psicoterapia con un nivel más alto de disfunción que los pacientes mayores. Estos indicios acerca de las características del cambio en personas mayores podrían ser relevantes para la planificación de sus procesos psicoterapéuticos.

Este estudio nos ha permitido observar que existe un número significativo de personas que obtienen un cambio favorable y continuo sesión a sesión, estimado en procesos psicoterapéuticos breves bajo la modalidad de atención ambulatoria. Estos resultados aportan evidencia de la efectividad del modelo GES para tratamiento de la depresión, en términos de cambio y reducción sintomática, en pacientes adultos. Siguiendo los parámetros protocolizados de tal modelo, se puede inferir que la atención psicológica bajo el modelo GES es adecuada en esta área de la salud mental, aunque cabe destacar que existe escasa investigación

basada en evidencia que desafíe estos parámetros (duración de sesiones, cantidad de sesiones, entre otros), en búsqueda de una adaptación incluso más efectiva para el tratamiento de esta psicopatología.

Por ello, podría ser prudente el observar lo que podría aportar al proceso de cambio terapéutico favorable una nueva sesión de psicoterapia por sobre las 12 sesiones sugeridas en la guía clínica de psicoterapia del MINSAL (2017). Esta sugerencia de 12 sesiones de psicoterapia del MINSAL (2017) considera lo propuesto por el estudio de Cuijpers et al. (2010) respecto de que una nueva sesión supone un mayor costo por sobre su beneficio en el cambio psicoterapéutico. En Chile, Vergara (2019), señala que aumentar las sesiones hasta las 16 sesiones podría suponer una mejora en la percepción de cambio favorable en los pacientes, lo cual se asemeja a los resultados de nuestro estudio.

Fortalezas y limitaciones

En nuestro estudio identificamos dos fortalezas principales. Primero, el uso de GMM para los análisis, ya que es un modelo que, comparado con otras técnicas estadísticas para la estimación de trayectorias de cambio, es conservador, pero eficiente, robusto y poderoso (Arnau y Bono, 2009; Rubel et al, 2015). En segundo lugar, el uso del instrumento OQ 30.2 (Errázuriz et al., 2017) que por su efectividad logra identificar cambios significativos sesión a sesión y con un breve tiempo de aplicación, lo que facilita el proceso de investigación. Como indican Nordberg et al. (2014) la incorporación de diferentes medidas para estimar procesos de cambio en paralelo podría favorecer nuestro conocimiento de cómo ocurre la evolución del cambio en psicoterapia. Estas evaluaciones podrían ser respecto de las estrategias de un particular enfoque terapéutico o de la progresión de la alianza terapéutica, entre otras medidas que permitirían estimar sus trayectorias e influencia mutua. Nuestra investigación, tuvo la limitación de no disponer de una evaluación independiente que nos permitiera realizar, por ejemplo, la comparación entre cambio confiable y una tasa de cambio clínicamente significativa, pues nuestra medida de cambio, OQ 30.2, obtuvo dichos indicadores de la misma muestra de nuestro estudio (estudio secundario de la muestra de estudio de Errázuriz y Zilcha-Mano, 2018) lo cual podría obstaculizar la independencia de la medición. Otra limitación significativa es que nuestro estudio carece de información sobre las razones del término del proceso (es decir, ser dado de alta o abandono), por lo que no se pueden hacer suposiciones sobre el impacto de la progresión del cambio terapéutico sobre la continuidad o término del proceso. Otro aspecto que se podría incorporar es la estimación del terapeuta

del cambio logrado por sus pacientes y su relación con las trayectorias de cambio terapéutico observado a través de una medida de cambio terapéutico.

Conclusiones

Este estudio contribuye con evidencia empírica acerca de los procesos psicoterapéuticos breves ambulatorios programados bajo la modalidad de atención GES, a 20 años de su implementación, reconociendo que la gran mayoría de los pacientes logran cambios favorables. Además, sugiere la revisión de variaciones específicas, según edad de los pacientes y cantidad de las sesiones. La descripción de las tres trayectorias de cambio terapéutico encontradas contribuye en gran medida a la comprensión de las diferentes formas de cambio presentes al interior de los procesos psicoterapéuticos breves en adultos chilenos tras la implementación del modelo GES de atención en salud mental.

Reconocimientos

Este estudio recibió apoyo económico del Fondo de Innovación para la Competitividad (FIC) del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, a través de la Iniciativa Científica Milenio, Proyecto IS130005; de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica de Chile (CONICYT) a través del proyecto FONDECYT 11110041 y 1191299 de la Comisión Nacional de Investigación de Ciencia y Tecnología (CONICYT) Doctorado Nacional/2013 - Beca 21130573.

Referencias

- Akaike H. (1987). Factor analysis and AIC. *Psychometrika*, 52(3), 317-332. <https://doi.org/10.1007/BF02294359>
- Arnau, J. y Bono, R. (2008). Estudios longitudinales de medidas repetidas: Modelos de diseño y análisis. *Escritos de Psicología (Internet)*, 2(1), 32-41. <https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v2i1.13356>
- Barkham, M., Rees, A., Stiles, W. B., Shapiro, D. A., Hardy, G. E. y Reynolds, S. (1996). Dose-effect relations in time-limited psychotherapy for depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(5), 927-935. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.5.927>
- Castonguay, L. G. (2011). Psychotherapy, psychopathology, research and practice: Pathways of connections and integration. *Psychotherapy Research*, 21(2), 125-140. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.563250>
- Castonguay, L. G., Barkham, M., Lutz, W. y McAleavey, A. (2013). Practice-oriented research: Approaches and applications. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (6a ed., pp. 85-133). Wiley.

- Cuijpers, P., van Straten, A., Schuurmans, J., van Oppen, P., Hollon, S. D. y Andersson, G. (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 51-62. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.09.003>
- Errázuriz, P., Opazo, S., Behn, A., Gloger, S. y Ramirez, O. S. (2017). Spanish adaptation and validation of the Outcome Questionnaire OQ-30.2. *Frontiers in Psychology*, 8: 673. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00673>
- Errázuriz, P. y Zilcha-Mano, S. (2018). In psychotherapy with severe patients discouraging news may be worse than no news: The impact of providing feedback to therapists on psychotherapy outcome, session attendance, and the alliance. *Journal of consulting and clinical psychology*, 86(2), 125-139. <https://doi.org/10.1037/ccp0000277>
- Fishleder, S., Gum, A. M., King-Kallimanis, B. L. y Schonfeld, L. (2016). Trajectories of depressive symptoms in community-dwelling older adults: A six-month longitudinal study with monthly assessment. *Journal of affective disorders*, 198, 171-177. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.058>
- Hansen, N. B. y Lambert, M. J. (2003). An evaluation of the dose-response relationship in naturalistic treatment settings using survival analysis. *Mental Health Services Research*, 5(1), 1-12. <https://doi.org/10.1023/A:1021751307358>
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S. y Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159-164. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.159>
- Jedidi, K., Ramaswamy, V. y DeSarbo, W. S. (1993). A maximum likelihood method for latent class regression involving a censored dependent variable. *Psychometrika*, 58(3), 375-394. <https://doi.org/10.1007/BF02294647>
- Koffmann, A. (2018). Early trajectory features and the course of psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 30(1), 1-12. <https://doi.org/gd4wd7>
- Lambert, M. J. Vermeersh, D., Brown, G. C., Burlingame, G. (2004). Administration and Scoring Manual for the OQ-30.2. *OQ Measures*. <https://www.oqmeasures.com/oq-30-2/>
- Lambert, M. J. (Ed.) (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6a ed.). Wiley.
- Lambert, M. J. (2015). Effectiveness of Psychological Treatment. *Resonanze (Krems)*, 3(2), 87-100. <https://tinyurl.com/e52bv889>
- Lutz, W., Stulz, N. y Köck, K. (2009). Patterns of early change and their relationship to outcome and follow-up among patients with major depressive disorders. *Journal of affective disorders*, 118(1-3), 60-68. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.01.019>
- Lutz, W., Hofmann, S. G., Rubel, J., Boswell, J. F., Shear, M. K., Gorman, J. M.; Woods, S. W. y Barlow, D. H. (2014). Patterns of early change and their relationship to outcome and early treatment termination in patients with panic disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(2), 287-297. <https://doi.org/10.1037/a0035535>

- Lutz, W., Arndt, A., Rubel, J., Berger, T., Schröder, J., Späth, C., Psych, D., Meyer, B. Greiner, W., Gräfe, V. Hautzinger, M., Fuhr, K., Rose, M., Nolte, S., Löwe, B., Hohagen, F., Klein, J.P. y Moritz, S. (2017). Defining and Predicting Patterns of Early Response in a Web-Based Intervention for Depression. *Journal of medical Internet research*, 19(6): e206 <https://doi.org/10.2196/jmir.7367>
- Ministerio de Salud (2017). *Guías clínicas AUGÉ para el tratamiento de la depresión en personas mayores de 15 años: Actualización en psicoterapia*. MINSAL. <https://tinyurl.com/562tawj2>
- Muthén, B. y Muthén, L. K. (2000) Integrating person-centered and variable-centered analyses: Growth mixture modeling with latent trajectory classes. *Alcohol: Clinical and experimental research*, 24(6), 882-891. <https://doi.org/cpbqhw>
- Muthén, L. K., y Muthén, B. O. (2012). *Mplus: Statistical Analysis with Latent Variables; User's Guide* [version 7].
- Muthén, B. (2004). Latent variable analysis. En D. Kaplan (Ed.) *The Sage handbook of quantitative methodology for the social sciences* (pp. 345-368). Sage. <https://dx.doi.org/10.4135/9781412986311.n19>
- Nordberg, S. S., Castonguay, L. G., Fisher, A. J., Boswell, J. F. y Kraus, D. (2014). Validating the rapid responder construct within a practice research network. *Journal of Clinical Psychology*, 70(9), 886-903. <https://doi.org/10.1002/jclp.22077>
- Nylund, K. L., Asparouhov, T. y Muthén, B. O. (2007). Deciding on the number of classes in latent class analysis and growth mixture modeling: A Monte Carlo simulation study. *Structural equation modeling*, 14(4), 535-569. <https://doi.org/fhg28s>
- Owen, J., Adelson, J., Budge, S., Wampold, B., Kopta, M., Minami, T. y Miller, S. (2015). Trajectories of change in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 71(9), 817-827. <https://doi.org/10.1002/jclp.22191>
- Rubel, J., Lutz, W. y Schulte, D. (2015). Patterns of change in different phases of outpatient psychotherapy: A stage-sequential pattern analysis of change in session reports. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(1), 1-14. <https://doi.org/f6zbcn>
- Schwarz, G. (1978). Estimating the dimension of a model. *The annals of statistics*, 6(2), 461-464. <https://doi.org/10.1214/aos/1176344136>
- Sclove, S. L. (1987). Application of model-selection criteria to some problems in multivariate analysis. *Psychometrika*, 52(3), 333-343. <https://doi.org/fgs96q>
- Stulz, N. y Lutz, W. (2007). Multidimensional patterns of change in outpatient psychotherapy: The phase model revisited. *Journal of clinical psychology*, 63(9), 817-833. <https://doi.org/10.1002/jclp.20397>
- Stulz, N., Lutz, W., Leach, C., Lucock, M. y Barkham, M. (2007). Shapes of early change in psychotherapy under routine outpatient conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 864-874. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.864>

- Stulz, N., Thase, M. E., Klein, D. N., Manber, R. y Crits-Christoph, P. (2010). Differential effects of treatments for chronic depression: a latent growth model reanalysis. *Journal of consulting and clinical psychology, 78*(3), 409-419. <https://doi.org/10.1037/a0019267>
- Tasca, G. A. y Gallop, R. (2009). Multilevel modeling of longitudinal data for psychotherapy researchers: I. The basics. *Psychotherapy Research, 19*(4-5), 429-437. <https://doi.org/10.1080/10503300802641444>
- Trombello, J., South, C., Sánchez, A., Kahalnik, F., Kennard, B., y Trivedi, M. (2020). Two Trajectories of Depressive Symptom Reduction throughout Behavioral Activation Teletherapy among Underserved, Ethnically Diverse, Primary Care Patients: A VitalSign⁶ Report. *Behavior Therapy, 51*(6), 958-971. <https://doi.org/jzfm>
- Uher, R., Muthén, B., Souery, D., Mors, O., Jaracz, J., Placentino, A., Petrovic, A., Zobel, A., Henigsberg, N., Rietschel, M., Aitchison, K. J., Farmer, A. y McGuffin, P. (2010). Trajectories of change in depression severity during treatment with antidepressants. *Psychological medicine, 40*(8), 1367-1377. <https://doi.org/ccpdg5>
- Vergara, Y. (2019). *Análisis costo efectividad del plan GES para depresión* [Tesis de magister, Universidad de Chile]. Repositorio Institucional - Universidad de Chile. <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/175028>

Para citar en APA

Fuentes Cerda, V., Errázuriz Arellano, P., Campos Soto, S. y Miranda Fuenzalida, D. (2023). Identificando las trayectorias de cambio terapéutico en psicoterapia breve en pacientes chilenos. *Terapia Psicológica (En línea), 41*(1), 1-18. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082023000100001>