



## Relación entre el proceso de conceptualización y el cambio clínico del consultante en Terapia Cognitivo Conductual

### Relationship between the conceptualization process and the clinical change of the consultant in Cognitive Behavioral Therapy.


**Cecilia Cordero-Ruz<sup>1</sup>**

 0009-0000-0848-0588  
cecilia.cordero@ug.uchile.cl

**Mario A. Laborda<sup>1</sup>**

 0000-0003-2459-3042  
mariolaborda@u.uchile.cl


**Marcela Soto<sup>4</sup>**

 0000-0002-1273-3952  
marceivsoto@gmail.com

**Luis Pardo-Garrido<sup>1</sup>**

 0009-0004-1126-4543  
luis.pardo.g@ug.uchile.cl


**Catalina Landa<sup>2</sup>**

 0009-0005-8178-5157  
catalina.landa@ug.uchile.cl

**Gonzalo Miguez<sup>1</sup>**

 0000-0001-6975-3789  
gonzalo\_miguez@uchile.cl


**José Luis Rossi<sup>1</sup>**

 0009-0001-0675-8598  
jrossimery@gmail.com


**Paulina Pino<sup>1</sup>**

 0009-0001-5468-3826  
paulina.pino.r@ug.uchile.cl

**Rodrigo Beltrán<sup>1</sup>**

 0009-0004-1921-8031  
rodrigo.beltran@ug.uchile.cl


**Vanetza Quezada-Scholz<sup>1\*</sup>**

 0000-0002-7761-0953  
qvanetza@u.uchile.cl


**Consuelo San Martín<sup>3</sup>**

 0000-0001-6999-6908  
mcsanmartin@uandes.cl

**Jeza Salvo<sup>5</sup>**

 0009-0009-2676-3093  
jeza.salvo@gmail.com

**Gabrielle González-Aravena<sup>1</sup>**

 0000-0001-9226-4174  
gabrielle.gonzalez.a@gmail.com

<sup>1</sup> Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, Santiago, Chile.

<sup>2</sup> Pontificia Universidad Católica de Chile y Universidad de Chile, Doctorado en Psicoterapia, Santiago, Chile

<sup>3</sup> Universidad de los Andes, Escuela de Psicología, Santiago, Chile.

<sup>4</sup> Pontificia Universidad Católica de Chile, Doctorado en Psicología, Santiago, Chile.

<sup>5</sup> Universidad de Chile, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente, Santiago, Chile.

\* Autora de correspondencia

#### Resumen:

El presente artículo evalúa la relación entre la conceptualización empíricamente colaborativa, su nivel de ajuste y el cambio clínicamente significativo de los consultantes. Se realizó un estudio cuantitativo con diseño intra-sujeto de medidas repetidas, del que participaron 56 consultantes adultos. Se aplicó el Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM), cuyas dimensiones son Bienestar Subjetivo, Problemas y Síntomas, Funcionamiento General y Riesgo, y el Cuestionario Ad-Hoc de Grado de ajuste de Conceptualización y de Percepción de Cambio (GA-PC). Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones del CORE-OM. Asimismo, un 61% de los consultantes presentó cambios clínicamente significativos a la sexta sesión del tratamiento. Estos cambios se correlacionan con el grado de acuerdo sobre la coherencia de la conceptualización con la demanda, la utilidad para la comprensión de esta, el cambio emocional percibido, la sensación de alivio experimentada y el avance enfrentando sus problemas. El proceso de conceptualización empíricamente colaborativa, y su óptimo grado de ajuste para el consultante, aportan al cambio clínico en un periodo reducido de tiempo, pudiendo configurarse como una intervención terapéutica en sí misma.

**Palabras claves:** conceptualización de caso; salud mental; empirismo colaborativo; investigación basada en la práctica.

#### Abstract

The present article evaluates the relation among empirically collaborative conceptualization, its level of adjustment and clinically significant change in patients. A quantitative study with a repeated measures within-subjects design was carried out with the participation of 56 adult patients. The Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM), whose dimensions are Subjective Well-being, Problems and Symptoms, General Functioning and Risk, and the Ad-Hoc Questionnaire of Degree of Adjustment Conceptualization and Perception of Change (GA-PC) were applied. The results show statistically significant differences in all dimensions of the CORE-OM. Likewise, 61% of the consultants presented clinically significant changes at the sixth session of the treatment. These changes are correlated with the degree of agreement on the coherence of the conceptualization with the demand, the usefulness for the understanding of the demand, the perceived emotional change, the sense of relief experienced and the progress in facing their problems. The empirically collaborative conceptualization process, and its optimal degree of adjustment for the client, contribute to clinical change in a short period of time, and can be configured as a therapeutic intervention in itself.

**Keywords:** case formulation; mental health; collaborative empiricism; Practice-based research.

## Introducción

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se destaca como una modalidad de psicoterapia eficaz para diversos problemas de salud mental (Butler et al., 2006; Cuijpers et al., 2019; Seekles et al., 2013). Parte fundamental de la TCC es la conceptualización o formulación de casos (Persons, 2008), la que se constituye como una habilidad nuclear para la práctica clínica basada en evidencia (Muse et al., 2017; Novoa-Gómez et al., 2020). Esta incluye una serie de hipótesis sobre el problema del consultante, abarcando sus causas, precipitantes y condiciones contextuales (Kaholokula et al., 2013).

La conceptualización, facilita la síntesis y análisis de la información sobre el problema, definiendo variables clínicamente significativas (cogniciones, afectos y conductas) y estableciendo relaciones funcionales entre estas (Eells, 2007; Needleman, 1999), contribuyendo así a la comprensión del motivo de consulta y al diseño de intervenciones terapéuticas ideográficas (Krause y Behn, 2022). Por lo anterior, la conceptualización guía la toma de decisiones sobre el tratamiento, al permitir identificar los problemas del consultante y los mecanismos psicológicos a la base, aspectos que definirán los objetivos del tratamiento y las técnicas cognitivo conductuales con soporte empírico a implementar (Beck et al., 1979; Eells, 2007; Needleman, 1999; Persons, 2006). Sumado a lo anterior, la formulación de caso es utilizada para evaluar el tratamiento y generar los cambios necesarios para su potenciación (Hardy y Llewellyn, 2015), por lo que, técnicamente, está en constante evaluación (Kuyken et al., 2009). De acuerdo a Tolin (2016), esta se puede acompañar de un diagrama o representación gráfica que facilite la comprensión sobre los diversos factores que contribuyen a la mantención del problema que aqueja al consultante.

Hallazgos previos sugieren que la formulación de caso puede resultar más beneficiosa cuando se lleva a cabo de manera colaborativa, involucrando al consultante en la síntesis y análisis de los problemas que le aquejan, como así también en la toma de decisiones sobre su tratamiento (Easden y Kazantzis, 2018). En este sentido, realizar formulaciones colaborativas propiciaría una mayor comprensión acerca de los factores de mantenimiento del problema, instando a que los consultantes realicen los esfuerzos necesarios para el cambio psicológico y fortaleciendo su adherencia al tratamiento (Padesky, 2020). No obstante, tal como indica Padesky (2020), se requieren de estudios empíricos que permitan investigar tales asociaciones.

El enfoque del empirismo colaborativo en psicoterapia brinda nuevas vías para comprender los efectos de la conceptualización de casos en los resultados del tratamiento. Sin embargo, existe una sorprendente carencia en la literatura sobre su evidencia, pasándose por alto los beneficios de construir, compartir y discutir las conceptualizaciones de caso con los consultantes, de modo que retroalimenten el proceso psicoterapéutico y se satisfagan las expectativas de cada parte (Easden y Kazantzis, 2018). Lo anterior, implica que los modelos de conceptualización colaborativos ponen el foco en desarrollar conceptualizaciones que sean útiles y adecuadas para la experiencia de cada consultante (Easden y Kazantzis, 2018), reconociendo sus valoraciones en el proceso de conceptualización (Redhead et al., 2015).

En una revisión sistemática que incluyó 24 estudios sobre la conceptualización de casos en la TCC, se sugiere que existen escasos estudios que investiguen la integración de la conceptualización de caso en las sesiones de terapia y cómo puede favorecer la elección de las técnicas de intervención para cada consultante. Sumado a lo anterior, señalan que aún no está claro si la conceptualización de caso mejora de forma directa o indirecta los mecanismos de cambio clínico y los resultados del tratamiento (Easden y Kazantzis, 2018).

Una revisión narrativa, realizada por Persons y Hong (2016), apoya la idea de que los tratamientos guiados por una formulación de caso son superiores en sus resultados de cambio psicológico en comparación a aquellos guiados por un tratamiento estandarizado. También indican que los factores que suelen incluirse en esta, como los mecanismos psicológicos que causan y/o mantienen los problemas, son predictores o moderadores del resultado y el proceso de intervención, lo que proporciona evidencia que apoya el uso de la conceptualización de caso en la toma de decisiones clínicas.

En un estudio cuyo objetivo era explorar, a través de entrevistas semiestructuradas, las experiencias de consultantes que cursaron TCC para depresión o ansiedad en relación a sus respectivas formulaciones de caso, se concluye que la TCC basada en la formulación de caso es percibida como más eficaz que aquellas que no la incorporan. Asimismo, permitiría a los consultantes comprender de mejor manera sus dificultades, sentirse comprendidos y validados, y tener una sensación de alivio y avance enfrentando sus problemas, lo que sugiere que la conceptualización colaborativa desempeñaría un papel clave y específico en psicoterapia (Readhead et al., 2015).

Kannis-Dymand et al. (2021), por otro lado, exploraron las experiencias de 30 consultantes adultos con diversos problemas de salud mental acerca del rol de las conceptualizaciones colaborativas en su proceso de cambio personal, mediante la aplicación de un cuestionario ad-hoc y entrevistas semiestructuradas. Los resultados sugieren que el proceso de formulación se constituye como colaborativo, se ajusta a la experiencia de cada consultante y resulta útil para explicar sus problemas y el malestar asociado. Además, los participantes reportan sentirse comprendidos por sus terapeutas, quienes evocan afectos positivos como optimismo, empoderamiento y disfrute, creen en la eficacia del tratamiento y entienden mejor sus dificultades.

En otro estudio, se exploraron los efectos de la formulación de caso en la TCC destinada a personas con un primer brote psicótico por medio de entrevistas semiestructuradas. Los resultados sugieren que las conceptualizaciones que se centran en los factores de mantenimiento de los problemas podrían ser experimentadas por los usuarios como empoderadoras, al aumentar la comprensión de los problemas y la auto-agencia, ambos aspectos que promoverían el cambio psicológico. También sugieren que los diagramas de conceptualización de casos simples y claros facilitarían la comprensión de los problemas que aquejan a los consultantes, lo que promovería igualmente el cambio clínico (Spencer et al., 2022).

En suma, las formulaciones colaborativas se podrían constituir como herramientas terapéuticas en sí mismas (Krause y Behn, 2022), ya que, al aumentar la toma de conciencia del consultante respecto a sus problemas, promovería el cambio terapéutico (Gazzillo et al., 2022). Entonces, la formulación de caso es común y aceptada en la práctica clínica cognitiva conductual, con pacientes que la perciben como un proceso que les permite sentirse comprendidos y avanzar en relación a sus problemas. Sin embargo, pocos estudios evalúan el cambio sintomatológico concomitante a este proceso, lo que resalta la necesidad de evaluarla como un proceso terapéutico en sí mismo, así como su rol para guiar una práctica basada en evidencia (Easden y Fletcher, 2020).

El presente artículo busca evaluar si el proceso de construcción colaborativa de la conceptualización genera cambios clínicos y estadísticamente significativos en los consultantes, y si el nivel de ajuste de la conceptualización de caso a la perspectiva del consultante se relaciona con estos. Así, el objetivo general fue evaluar el rol del Proceso de Conceptualización Empíricamente Colaborativo (PCEC) y su nivel de ajuste percibido en el cambio clínicamente significativo de consultantes de la Unidad de TCC del Centro de Psicología Aplicada (CAPs) de la

Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile (UCh). Los objetivos específicos fueron: (1) evaluar el cambio clínicamente significativo de los consultantes antes del inicio del tratamiento, durante y luego del PCEC, y (2) evaluar la relación entre el ajuste de la conceptualización y el cambio clínico de los consultantes previo y posterior al PCEC. Al respecto, como hipótesis planteamos que: (1) los consultantes experimentarán un cambio clínico y estadísticamente significativo a lo largo del PCEC, y (2) A mayor ajuste de la conceptualización, los consultantes obtendrán un cambio clínica y estadísticamente significativo al finalizar el PCEC.

## Método

### Diseño metodológico

Se diseñó un estudio clínico de control intra-sujeto con medidas repetidas (McGuigan, 1983), implementándose un muestreo por disponibilidad (Rubin, 2008).

### Participantes

Los participantes del estudio cumplieron con tener 18 o más años y dar su consentimiento informado para participar voluntariamente de la investigación, que fue aprobada por el Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile (N°22-28/2022). Si bien se consideraban 82 consultantes inicialmente, 26 no respondieron al GA-PC y/o alguna de las tres evaluaciones del CORE-OM, por lo que solo fueron posibles de ser consideradas 56 personas (47 mujeres, 34 hombres, y un participante prefirió no declarar su género).

Asimismo, participaron 47 terapeutas, 24 mujeres y 23 hombres, con una media de 29 años. 33 tenían el título de psicólogo y 10 la licenciatura en psicología, encontrándose en su último año de carrera profesional. Todos ellos cursaron el Diplomado de Postítulo en Formación en Terapia Cognitiva Conductual de la Universidad de Chile. Así, en este Programa, fueron formados para conceptualizar casos previo a iniciar psicoterapia con sus consultantes, a través de instancias de clases teóricas expositivas, supervisión clínica, lectura bibliográfica, evaluaciones formativas y un trabajo de auto-observación y auto-reflexión llamado *Proyecto de Cambio Personal* (Tolin, 2016), por medio del cual aplicaban una conceptualización de caso a un problema personal, con el propósito de experimentar y poner en práctica la habilidad. Durante el PCEC, que dura hasta la tercera evaluación

periódica (sexta sesión, aproximadamente), los terapeutas conceptualizaron el caso con su consultante y establecieron objetivos terapéuticos bajo supervisión clínica para garantizar la integridad del proceso de conceptualización, aplicando técnicas específicas acordadas con estos.

## Proceso de conceptualización

Comienza en la primera sesión, guiada por una pauta de entrevista que permite explorar la problemática del consultante, descomponiéndolo en unidades manejables clínicamente y estableciendo relaciones entre estas. En un primer nivel se trabaja en una conceptualización descriptiva (Padesky, 2020) que incluye la situación desencadenante, lo cognitivo, conductual, emocional y fisiológico. En forma paralela o posterior, se identifican elementos transversales como las consecuencias inmediatas y a largo plazo de la conducta (Padesky 2020; Barlow et al., 2011), así como también sesgos de atención y memoria, reacciones emocionales condicionadas. Estas dimensiones son diagramadas por el terapeuta para representar las relaciones funcionales entre los eventos. Una conceptualización descriptiva y transversal puede ser suficiente para establecer definir objetivos y estrategias de tratamiento. No obstante, si es necesario o si el consultante lo desea, es posible avanzar hacia una conceptualización longitudinal que permita explorar la historia de aprendizajes y las creencias centrales que contribuyen a la mantención del problema. Este trabajo se comparte sesión a sesión con el consultante, y se discute en las supervisiones semanales del equipo clínico, quienes proporcionan retroalimentación que permite ajustar y enriquecer la conceptualización, cuya propuesta será devuelta al cliente en las sesiones 4° a 5°. Cabe señalar que este esquema general siempre se puede ir ajustando durante el proceso.

## Instrumentos

1. **CORE-OM:** Se utilizó la versión española del *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure* (Evans et al., 2002; Feixas et al., 2012), cuestionario de autoreporte de 34 ítems con 5 niveles de respuesta, las cuales son: "nada", "solo ocasionalmente", "a veces", "a menudo" y "la mayoría o todo el tiempo". Este instrumento evalúa el estado de consultantes con problemas y/o psicopatologías diversas en las dimensiones: Bienestar Subjetivo (B), Problemas y Síntomas (P), Funcionamiento (F) y Riesgo (R), Todos los ítems (T) y Todos los ítems menos Riesgo (T-R). La versión original británica ha mostrado una buena consistencia interna en todas las dimensiones ( $\alpha = .75$  y  $\alpha = .94$ ) y una adecuada fiabilidad test-retest ( $p = .90$ ;

Evans et al., 2002). En la versión española el valor de  $\alpha$  oscila entre  $>.75$  y  $<.95$ , en todas las dimensiones, lo que indica que la confiabilidad del CORE-OM ha resultado satisfactoria en todas las dimensiones (Feixas et al., 2012). La validación para la población chilena muestra coeficientes de  $\alpha$  similares a los reportados en la versión española en Todos los ítems y Todos los ítems menos Riesgo, tanto en pacientes clínicos (entre  $>.68$  y  $<.94$ ) como no clínicos (entre  $>.73$  y  $<.95$ ) (Errázuriz et al., 2024). En este instrumento, se establece la puntuación 10 como punto de corte para la distinción entre población clínica y no clínica en todas las dimensiones, y como límite superior para el nivel de malestar leve, 15 para el nivel medio, 20 para el nivel moderado, 25 para un nivel moderado a severo, y una puntuación por encima de los 25 puntos reportaría malestar severo. Además, este instrumento permite calcular un índice de cambio significativo y fiable entre cada medición, cuando hay un cambio de al menos 5 puntos entre las evaluaciones (Barkham et al., 2006; Feixas et al., 2012).

2. **Grado de ajuste de Conceptualización y de Percepción de Cambio (GA-PC):** Instrumento *Ad-Hoc*, cuyos ítems están basados en los ejes temáticos resultantes del estudio cualitativo de Redhead (2015), los cuales fueron previamente traducidos y luego validados en su contenido por jueces expertos con el propósito de adaptarlo a la idiosincrasia de la población chilena. Se tuvo en cuenta la claridad del lenguaje de cada ítem, qué tan pertinente es para la dimensión, qué tan relevante es para la medida y si era necesario modificarlo. Es un cuestionario de autorreporte, que consta de 16 ítems que permiten a los consultantes mostrar su grado de acuerdo con relación al "Grado de Ajuste de la Conceptualización" (5 ítems) y su "Percepción de Cambio" (11 ítems) a partir de su conceptualización, a través de una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta que van desde 4 ("totalmente de acuerdo") a 0 ("totalmente en desacuerdo").

## Procedimiento

El estudio consta de tres fases y cuatro mediciones (tres evaluaciones del CORE-OM y una del GA-PC)

1. **Ex-ante:** La primera fase del procedimiento consistió en la primera evaluación, por medio de CORE-OM previo a la primera sesión de terapia, con el fin de generar información respecto al estado psicológico del consultante antes de iniciar el PCEC.

2. Ex-durante: La segunda fase consistió en la segunda evaluación mediante el CORE-OM en la tercera sesión del PCEC. Tuvo por propósito monitorear su evolución clínica y retroalimentar el PCEC antes de su finalización.
3. Ex-post: La última fase corresponde a la tercera evaluación a través del cuestionario CORE-OM aplicado en la sexta sesión. Además, incluyó la aplicación del GA-PC tras la sesión de devolución de los resultados de la evaluación diagnóstica (que puede ocurrir entre la cuarta y sexta sesión). Esta incluía la conceptualización de caso, que guió la identificación de focos de potencial intervención terapéutica, la delimitación de objetivos terapéuticos y el diseño de la propuesta de tratamiento. Todos los participantes tuvieron la posibilidad de continuar con su proceso psicoterapéutico tras el PCEC.

Para efectos de este estudio, se entenderá el cambio clínicamente significativo como la disminución de al menos 5 puntos en el malestar percibido por el consultante en las dimensiones Funcionamiento, Problemas y Síntomas, Bienestar Subjetivo y Riesgo (Feixas et al., 2012), y el estadísticamente significativo como las diferencias significativas ( $p < .05$ ) entre las distintas mediciones. Por su parte, se entenderá la percepción del grado de ajuste de la conceptualización de caso como la precisión percibida por los consultantes acerca de estas en relación a sus problemas (Redhead et al., 2015).

### Análisis estadístico

La información proveniente de la aplicación de los cuestionarios de autoreporte se resumió mediante estadísticos descriptivos (media y desviación estándar). Posteriormente, para evaluar el cambio en las dimensiones del CORE-OM en tres instancias de evaluación, se realizó un MANOVA de medidas repetidas que comparaba las medias de respuesta de los participantes en cada subescala del instrumento como factores intra-sujeto y Post Hoc, de la primera a la segunda evaluación, de la segunda a la tercera evaluación y de la primera a la tercera evaluación (Hipótesis 1). Por otra parte, se realizó la prueba no paramétrica de correlación de rangos Tau de Kendall para establecer la relación entre el cuestionario GA-PC y la diferencia de puntajes en el CORE-OM previo y posterior al proceso de conceptualización (Hipótesis 2).

Estos análisis se realizaron en el programa SPSS en su versión 27. Se estableció la significancia estadística en un intervalo de confianza del 95% ( $p < .05$ ). Para el cálculo del tamaño del efecto eta cuadrado ( $\eta^2$ ) del análisis MANOVA, se utilizó la calculadora del tamaño del efecto de Uanhorro (2017).



## Resultados

### Estadísticos descriptivos de la muestra

Un 77% de los participantes tenía estudios superiores, un 21% eran profesionales, un 2% tenía un oficio y sólo uno respondió "sin ocupación". Por último, en cuanto a la región de residencia en Chile, 91% de los encuestados procedían de la Región Metropolitana de Santiago y un 9% de otras regiones del territorio, dada la posibilidad de terapia online.

Los datos obtenidos muestran que de los 56 consultantes que consintieron participar en este estudio, un 32.14% finalizaron sus tratamientos con alta clínica en un promedio de 12 sesiones ( $Me=12$ ;  $Mo=15$ ), un 42.86% continúan su proceso psicoterapéutico a la fecha de análisis de los datos y 8.93% fueron dados de alta administrativa antes de terminar el PCEC. Además de lo anterior y el 61% presentaron cambio clínicamente significativo a lo largo de las primeras 6 sesiones. Respecto a la adherencia a la psicoterapia, un 75.06% de los participantes continuó en tratamiento al menos hasta la sexta sesión.

En cuanto a los puntajes de la línea base de los participantes en el CORE-OM, el 88% de estos pertenecían a la categoría de población clínica al inicio del tratamiento en la dimensión *Funcionamiento*, un 93% en la dimensión *Problemas y Síntomas*, un 96% en la dimensión *Bienestar Subjetivo* y un 14% en la dimensión *Riesgo*.

**Tabla 1. Porcentajes de cambio clínicamente significativo**

Dimensión	Sesión 1 a 3	Sesión 2 a 3	Sesión 1 a 6
Funcionamiento	38%	21%	52%
Problemas y Síntomas	46%	32%	61%
Bienestar Subjetivo	50%	46%	71%
Riesgo	23%	4%	25%
Todos los ítems	34%	16%	61%
Todos menos Riesgo	38%	20%	61%

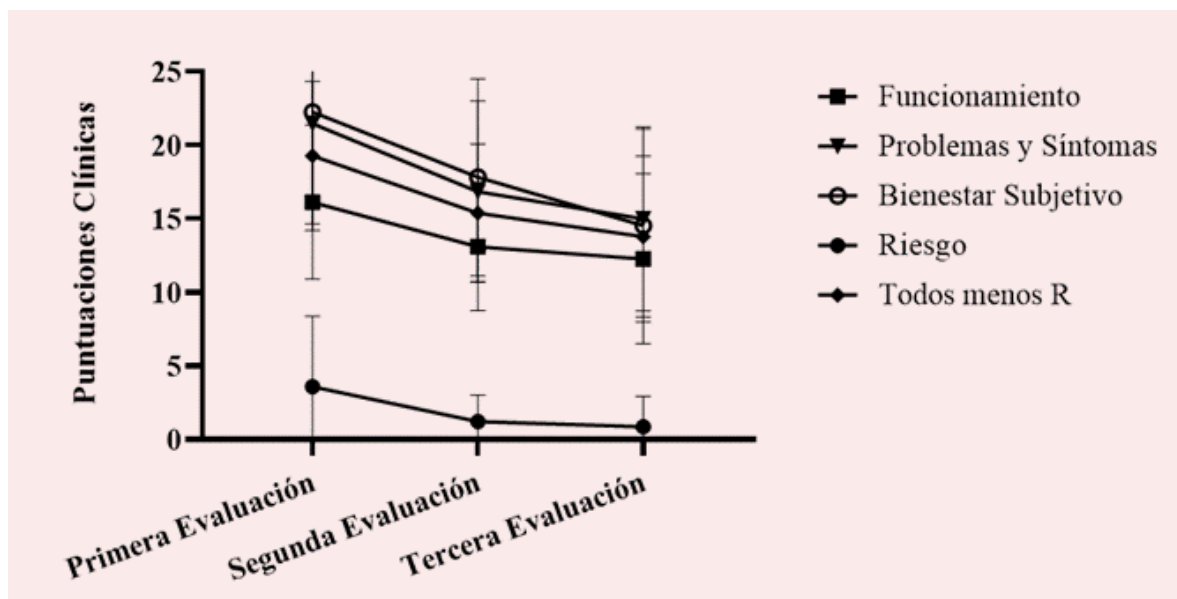
*Nota.* En el CORE-OM se establece como índice de cambio significativo y fiable cuando hay una disminución de al menos 5 puntos cada medición (Feixas et al., 2012).

En la tabla 1 se presentan los porcentajes de los consultantes que mostraron cambios clínicamente significativos entre la primera y segunda evaluación, la segunda y tercera evaluación, y la primera y tercera evaluación del CORE-OM, en

las dimensiones *Funcionamiento*, *Problemas y Síntomas*, *Bienestar Subjetivo*, *Riesgo*, *Todos los Ítems* y *Todos los Ítems menos Riesgo*.

### Prueba MANOVA del CORE-OM

Los resultados de la prueba MANOVA señalan que existen diferencias estadísticamente significativas entre la primera, segunda y tercera evaluación en todas las dimensiones del CORE-OM (*Funcionamiento*, *Problemas y Síntomas*, *Bienestar Subjetivo*, *Riesgo*, *Todos los ítems* y *Todos menos Riesgo*),  $F(12, 44) = 7.25$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 p = .66 [0.37, 0.70]$ , poder observado = 1, lo que sugiere que el 66% de la varianza es atribuida a la intervención (ver figura 1).



**Figura 1.** Promedios de respuesta al CORE-OM durante el PCEC. (Nota. Se observan las medias de las puntuaciones clínicas de los participantes en las tres medidas iniciales de las dimensiones CORE-OM, aplicadas en la primera, tercera y sexta sesión respectivamente).

En la dimensión *Funcionamiento* se encontraron cambios estadísticamente significativos de la primera a la tercera evaluación, con un tamaño del efecto grande,  $F(1.71, 93.76) = 17.7$ ,  $p < .001$ ,  $MSE = 15.17$ ,  $\eta^2 p = .24 [0.10 - 0.37]$ , poder observado = 1. El Post Hoc indica que se encontraron diferencias estadísticamente significativas,  $p < .001$ , entre la primera evaluación ( $M = 16.11$ ;  $DE = 5.23$ ) y segunda evaluación ( $M = 13.10$ ;  $DE = 4.35$ ). No se encontraron diferencias significativas, con  $p = .563$ , entre la segunda evaluación ( $M = 13.10$ ;  $DE = 4.35$ ) y la tercera evaluación ( $M = 12.27$ ;  $DE = 5.77$ ). Se encontraron diferencias significativas ( $p < .001$ ) entre la primera evaluación ( $M = 16.11$ ;  $DE = 5.23$ ) y la tercera ( $M = 12.27$ ;  $DE = 5.77$ ).

En la dimensión *Problemas y Síntomas* hay cambios estadísticamente significativos de la primera a la tercera evaluación, con un tamaño del efecto

grande,  $F(2, 110) = 29.95$ ,  $p < .001$ ,  $MSE = 20.73$ ,  $\eta^2p = .35$  [0.21 - 0.46], poder observado = 1. El Post Hoc señala que se encontraron diferencias estadísticamente significativas,  $p < .001$ , entre la primera evaluación ( $M = 21.45$ ;  $DE = 6.81$ ) y segunda evaluación ( $M = 16.84$ ;  $DE = 6.16$ ). No se encontraron diferencias significativas, con  $p = .053$ , entre la segunda ( $M = 16.84$ ;  $DE = 6.16$ ) y la tercera evaluación ( $M = 14.98$ ;  $DE = 6.25$ ). Se encontraron diferencias significativas,  $p < .001$ , entre la primera ( $M = 21.45$ ;  $DE = 6.81$ ) y tercera evaluación ( $M = 14.98$ ;  $DE = 6.25$ ).

En la dimensión *Bienestar Subjetivo* se encontraron cambios estadísticamente significativos entre las tres primeras evaluaciones, con un tamaño del efecto grande,  $F(1.84, 100.97) = 36.62$ ,  $p < .001$ ,  $MSE = 25.06$ ,  $\eta^2p = .40$  [0.25 - 0.51], poder observado = 1. El Post Hoc señala que se encontraron diferencias estadísticamente significativas,  $p < .001$ , entre la primera ( $M = 22.25$ ;  $DE = 6.25$ ) y segunda evaluación ( $M = 17.81$ ;  $DE = 6.69$ ). Se encontraron diferencias significativas, con  $p < .001$ , entre la segunda ( $M = 17.81$ ;  $DE = 6.69$ ) y la tercera evaluación ( $M = 14.52$ ;  $DE = 6.55$ ). De igual manera, se encontraron diferencias significativas ( $p < .001$ ) entre la primera ( $M = 22.25$ ;  $DE = 6.25$ ) y la tercera evaluación ( $M = 14.52$ ;  $DE = 6.55$ ).

En la dimensión *Riesgo* se encontraron cambios estadísticamente significativos de la primera a la tercera evaluación con un tamaño del efecto medio a grande,  $F(1.33, 72.87) = 17.01$ ,  $p < .001$ ,  $MSE = 10.84$ ,  $\eta^2p = .24$  [0.08 - 0.38], poder observado = 1. El Post Hoc señala que se encontraron diferencias estadísticamente significativas con  $p = .001$ , entre la primera ( $M = 3.58$ ;  $DE = 4.8$ ) y segunda evaluación ( $M = 1.22$ ;  $DE = 1.78$ ). No se encontraron diferencias significativas, con  $p = .579$ , entre la segunda ( $M = 1.22$ ;  $DE = 1.78$ ) y la tercera evaluación ( $M = 0.86$ ;  $DE = 2.06$ ). Por su parte, se encontraron diferencias significativas  $p < .001$  entre la primera ( $M = 3.58$ ;  $DE = 4.8$ ) y la tercera evaluación ( $M = 0.86$ ;  $DE = 2.06$ ).

En la dimensión *Todos los Ítems* se encontraron cambios estadísticamente significativos de la primera a la tercera evaluación con un tamaño el efecto grande,  $F(1.71, 94.07) = 34.97$ ,  $p < .001$ ,  $MSE = 12.65$ ,  $\eta^2p = .39$  [0.23 - 0.50], poder observado = 1. El Post Hoc señala que se encontraron diferencias estadísticamente significativas,  $p < .001$ , entre la primera ( $M = 16.51$ ;  $DE = 4.72$ ) y segunda evaluación ( $M = 12.89$ ;  $DE = 4.01$ ). De igual manera, se encontraron diferencias significativas, con  $p = .026$ , entre la segunda ( $M = 12.89$ ;  $DE = 4.01$ ) y la tercera evaluación ( $M = 11.47$ ;  $DE = 4.65$ ). Asimismo, se encontraron diferencias significativas con  $p < .001$ , entre la primera ( $M = 16.51$ ;  $DE = 4.72$ ) y tercera evaluación ( $M = 11.47$ ;  $DE = 4.65$ ).

En la dimensión *Todos los ítems menos Riesgo* se encontraron cambios estadísticamente significativos de la primera a la tercera evaluación, con un tamaño

del efecto grande,  $F(1.71, 93.91) = 33.3$   $p < .001$ ,  $MSE = 15.73$ ,  $\eta^2_p = .38$  [0.22 - 0.49], poder observado = 1. El Post Hoc señala que se encontraron diferencias estadísticamente significativas con  $p < .001$ , entre la primera ( $M = 19.26$ ;  $DE = 5.06$ ) y la segunda evaluación ( $M = 15.38$ ;  $DE = 4.67$ ). De igual manera, se encontraron diferencias significativas, con  $p = .031$  entre la segunda ( $M = 15.38$ ;  $DE = 4.67$ ) y la tercera evaluación ( $M = 13.77$ ;  $DE = 5.47$ ). Por su parte, se encontraron diferencias significativas  $p < .001$  entre la primera evaluación ( $M = 19.26$ ;  $DE = 5.06$ ) y la segunda ( $M = 13.77$ ;  $DE = 5.47$ ).

### Porcentajes del Cuestionario GA-PC

Con respecto a la percepción de los consultantes acerca del grado de ajuste de sus conceptualizaciones, los resultados obtenidos del GA-PC, indican que el 96.43% de los consultantes muestran estar de acuerdo o totalmente de acuerdo en que "La conceptualización me hace sentido o es coherente con el problema por el cual consulto" y el 96.43% muestra estar de acuerdo o totalmente de acuerdo en que "La conceptualización me ayuda a comprender mis problemas".

Respecto al cambio percibido por los consultantes a partir de sus conceptualizaciones, el 87.5% indica de acuerdo o totalmente de acuerdo en que "La conceptualización facilita el sentirme más comprendido y aceptado"; el 66.07% muestra estar de acuerdo o totalmente de acuerdo en que "La conceptualización me lleva a un cambio emocional"; el 75% indica que está de acuerdo o totalmente de acuerdo "A sentirme más aliviado"; el 12.5% reporta estar de acuerdo o totalmente de acuerdo en que la conceptualización les lleva a "A sentirme más angustiado" y el 85.71% reporta estar de acuerdo o totalmente de acuerdo en que "La conceptualización me permite avanzar" (para información detallada sobre la porcentajes del cuestionario, ver material suplementario, tabla 1).

### Correlación entre GA-PC y el cambio clínico en el PCEC

En la tabla 2 se presentan los coeficientes de correlación de Kendall Tau encontradas entre las escalas del cuestionario GA-PC y el cambio clínico de los participantes durante el PCEC, ( $n=56$ ). Como se muestra, se encontraron correlaciones pequeñas pero significativas (valores  $p < .05$ ) en los ítems: "1. La conceptualización me hace sentido o es coherente con el problema por el cual consulto" con el cambio clínico de la dimensión de Funcionamiento (F) ( $\tau = -.21$ ), Problemas y Síntomas (P) ( $\tau = -.18$ ) y Todos menos Riesgo (T-R) ( $\tau = -.20$ ); "2. La conceptualización me ayuda a comprender mis problemas" con las dimensiones de Funcionamiento (F) ( $\tau = -.26$ ), Problemas y Síntomas (P) ( $\tau = -.28$ ), Bienestar

Subjetivo (B) ( $r = -.20$ ), Todos los ítems (T) ( $\tau = -.27$ ) y Todos menos Riesgo (T-R) ( $\tau = -.29$ ); "2.1 El diagrama facilita mi comprensión acerca del problema por el cual consulto" con Problemas y Síntomas (P) ( $\tau = -.21$ ), Bienestar Subjetivo (B) ( $\tau = -.19$ ) y Todos menos Riesgo (T-R) ( $\tau = -.19$ ); "2.3. La exactitud de la conceptualización facilita mi comprensión del problema por el cual consulto." con Funcionamiento (F) ( $\tau = -.22$ ); "4.1 La conceptualización me lleva a un cambio emocional: A sentirme más aliviado" con la dimensión de Funcionamiento (F) ( $\tau = -.19$ ), Problemas y Síntomas (P) ( $\tau = -.31$ ), Bienestar Subjetivo (B) ( $\tau = -.31$ ) Todos los ítems (T) ( $\tau = -.30$ ) y con Todos menos Riesgo (T-R) ( $\tau = -.29$ ); "4.2. A sentirme más angustiado/a" con Bienestar Subjetivo (B), ( $\tau = .19$ ) con Todos los ítems (T) ( $\tau = .18$ ) y con Todos menos Riesgo (T-R) ( $\tau = .21$ ); "5.2. La conceptualización me permite avanzar: A enfrentar mis problemas" con Funcionamiento ( $\tau = -.21$ ) y el ítem "5.4. En comparación con mi terapia anterior" con la dimensión Bienestar Subjetivo (B) ( $\tau = -.18$ ); Riesgo ( $\tau = -.26$ ); Todos los ítems (T) ( $\tau = -.19$ ) y con Todos menos Riesgo (T-R) ( $\tau = -.20$ ).

**Tabla 2** *Correlaciones PCEC*

	F	P	B	R	T	T-R
1. La conceptualización me hace sentido o es coherente con el problema por el cual consulto	-.21*	-.18*	-.15	-.06	-.16	-.20*
2. La conceptualización me ayuda a comprender mis problemas	-.26*	-.28*	-.20*	-.15	-.27*	-.29*
2.1 El diagrama facilita mi comprensión acerca del problema por el cual consulto	-.15	-.21*	-.19*	-.06	-.15	-.19*
2.2. La guía del terapeuta facilita mi comprensión del problema	-.06	-.12	-.03	-.00	-.06	-.09
2.3. La exactitud de la conceptualización facilita mi comprensión del problema por el cual consulto.	-.22*	-.06	-.05	-.12	-.12	-.13
3. La conceptualización facilita el sentirme más comprendido y aceptado	-.09	.02	-.00	.13	-.01	-.04
3.1. La exactitud de la conceptualización facilita el sentirme comprendido y aceptado	-.00	-.05	-.04	.00	-.03	-.04
3.2. La disposición del terapeuta facilita el sentirme comprendido y aceptado	-.17	-.09	-.01	-.14	-.13	-.13
4. La conceptualización me lleva a un cambio emocional:	-.18*	-.22*	-.14	-.02	-.18*	-.22*
4.1. A sentirme más aliviado	-.19*	-.31*	-.31*	-.12	-.30*	-.29*
4.2. A sentirme más angustiado/a	.17	.19	.19*	.02	.18*	.21*
5. La conceptualización me permite avanzar	-.05	-.13	-.07	-.09	-.08	-.10
5.1. A sentirme más empoderado/a	-.11	-.15	-.00	.00	-.12	-.14
5.2 A enfrentar mis problemas	-.21*	-.11	-.14	-.01	-.14	-.16
5.3. A hablar más abiertamente	-.02	-.02	-.09	.08	.02	-.04
5.4. En comparación con mi terapia anterior	-.16	-.18	-.18*	-.26*	-.19*	-.20*

**Nota.** Se observan los coeficientes de correlación entre los ítems del cuestionario GA-PC y los índices de cambio clínico de los participantes en Funcionamiento (F), Problemas y Síntomas (P), Bienestar Subjetivo (B), Riesgo (R), Todos los ítems (T) y Todos los ítems menos Riesgo (T-R) del CORE-OM durante el PCEC. \* =  $p < .05$ .

## Discusión

Los hallazgos del artículo apoyan la hipótesis de que los consultantes experimentarán un cambio clínicamente significativo tras su paso por el PCEC. De 56 consultantes que participaron del estudio, el 61% logró este resultado de acuerdo a los criterios de Feixas et al. (2012), en un periodo de tiempo breve, consistente en 6 sesiones de psicoterapia semanales, aproximadamente. Asimismo, los resultados indican que hay cambios estadísticamente significativos en todas las dimensiones del CORE-OM (*Bienestar Subjetivo, Problemas y Sintomas, Funcionamiento y Riesgo*) durante las primeras 6 sesiones de psicoterapia, viéndose beneficiados una mayoría de los consultantes en el marco de la intervención psicoterapéutica. Esto proporciona evidencia acerca de la efectividad de la TCC basada en PCEC, ya que en un contexto clínico rutinario, con pacientes diversos, el tratamiento funciona en la disminución significativa del malestar experimentado al inicio en un periodo de tiempo breve (Bosques-Padilla y Corral-Guerrero, 2013). Al ser un estudio realizado en un contexto naturalista cuenta con mayor validez externa y por tanto sus resultados son más generalizables a contextos clínicos reales (Chambless y Hollon, 1998).

Sin desmedro de lo anterior, la dimensión *Riesgo*, pese a presentar cambios estadísticamente significativos durante el PCEC, posee un menor porcentaje de cambio clínicamente significativo (25%) en comparación a las otras dimensiones. Esto se puede explicar por la ausencia de riesgos o su no reporte por parte de consultantes a lo largo del tratamiento psicológico.

Con respecto a la segunda hipótesis, que sugiere que la percepción de los consultantes acerca de que la conceptualización (1) les hace sentido o es coherente con el problema por el cual consultan, (2) les ayuda a comprender sus problemas, (4.1) los lleva a sentirse más aliviados, (5.2) les permite avanzar a enfrentar sus problemas y (5.4) en comparación con su terapia anterior, tiene algún grado de efecto en los resultados del tratamiento después del PCEC, es decir, hasta la sexta sesión aproximadamente. Estos resultados proporcionan evidencia de efectividad en tanto el grado de satisfacción del consultante con la intervención (García y Del Carmen, 2004). Asimismo, son consistentes con los presentados en investigaciones anteriores, los cuales plantean que, cuando el tratamiento se basa en la conceptualización de casos, se observan mayores beneficios de la TCC (Easden y Kazantzis, 2018; Persons y Hong 2016; Readhead et al., 2015).

Sumado a lo anterior, estudios que exploraron las experiencias de los consultantes respecto a sus PCEC han sugerido que podría estar asociado con

resultados favorables para ellos, a través de una serie de factores inespecíficos dentro de la terapia (Kannis-Dymand et al., 2021). Por ejemplo, que el PCEC les permitió una mejor comprensión de sus dificultades, sentirse comprendidos por su terapeuta (Halpin et al., 2016; Kahlon et al., 2014; Kannis-Dymand et al., 2021; Redhead et al., 2015), les ayudó a avanzar en relación con sus problemas (Redhead et al., 2015) y suscitó respuestas emocionales como sentirse aliviados y optimistas (Kahlon et al., 2014; Kannis-Dymand et al., 2021; Redhead et al., 2015). Asimismo, distintos autores señalan que podría facilitar el cambio, al aumentar la comprensión y toma de conciencia respecto a sus problemas (Gazzillo et al., 2022; Spencer et al., 2022), así como su auto-agencia (Spencer et al., 2022). Sin embargo, una limitación presente en la literatura tiene relación con que no se ha podido determinar la relación causal entre la formulación de caso y el proceso de cambio en los resultados del tratamiento, debido a la ausencia de grupos control (Kannis-Dymand et al., 2021).

Ahora bien, pese a que se han precisado efectos favorables de PCEC en la percepción de cambio de consultantes, hay algunos estudios (Halpin et al., 2016; Redhead et al. 2015) que señalan que hubo casi la misma tasa de respuestas emocionales negativas al PCEC, lo que se contrapone a la presente investigación, puesto que solo el 12,5% (Anexo 1) indicó que el PCEC le produjo angustia. Sin desmedro de lo anterior, es importante señalar que, aquellos consultantes que reportaron “sentirse más angustiados” a partir de su conceptualización, presentaron un menor cambio después del PCEC. Esto sugiere que su respuesta a su propia conceptualización está vinculado al significado que le atribuyen, por lo que es esencial poder llevar a cabo el PCEC de forma sensible y colaborativa (Redhead et al., 2015), considerando las respuestas negativas a este de forma cuidadosa (Kannis-Dymand et al., 2021), con la intención de minimizar así posibles efectos iatrogénicos.

Cabe resaltar que, si bien este estudio se enmarca en un contexto naturalista en el cual los consultantes son evaluados rutinariamente respecto a sus procesos psicoterapéuticos, con una alta variabilidad en los motivos de consulta y en las características de los terapeutas, los resultados sugieren que la conceptualización de casos podría posicionarse como una intervención clínica efectiva en disminuir el malestar de los consultantes y mejorar la comprensión de sus problemas. No obstante, las limitaciones de la naturaleza del estudio plantean desafíos para investigaciones futuras, las cuales debieran incorporar un control experimental del PCEC que permita establecer su rol causal en el cambio clínico y estadísticamente significativo de los consultantes, lo que complementaría con alta validez interna a los resultados del presente estudio cuyo mérito radica en su valor ecológico y, por

tanto, aplicabilidad a diversos contextos. Cabe señalar que es necesario desarrollar un estudio psicométrico del cuestionario GA-PC con el propósito de medir sus variables y robustecer su validez. Además, se hace relevante investigar los mecanismos subyacentes a la eficacia de la conceptualización de casos, como podría ser el desarrollo de la alianza terapéutica, pues se ha asociado consistentemente con una mejora de los resultados del tratamiento (Fluckiger et al., 2018).

En relación a sus implicancias prácticas, es interesante el hecho que un 19.51% desertara previo a la sexta sesión, considerando que la literatura consigna tasas de deserción temprana que oscilan entre un 30% y 60% en un promedio aproximado de seis sesiones (Lambert, 2004). Lo anterior resalta un aspecto relevante para la viabilidad de la terapia psicológica que es la adherencia, que en este estudio asciende a un 76.83% en las seis primeras sesiones. Esto destaca pues si, por lo general, una parte importante de los consultantes desertan tempranamente, es necesario desarrollar intervenciones eficaces y breves que reduzcan los índices de riesgo de salud mental, y la conceptualización podría ser una clave para avanzar en tratamiento de alta relación costo-efectividad, considerando la gran prevalencia de salud mental que continúa aumentando en Chile y el mundo (Ministerio de Salud de Chile, 2017), siendo la mayor causa de discapacidad a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2022) y representando un elevado costo personal y social (Torres, 2018). En este escenario, urge ofrecer alternativas de acceso a atención psicológica (Mira et al., 2016), aún más ante el alarmante aumento de la demanda por servicios de salud mental en los últimos años (Christon et al., 2015).

## Principales conclusiones y aportes del estudio

Durante el PCEC el 61% de los participantes experimentaron un cambio clínicamente significativo, el que se asocia a la percepción de los consultantes acerca de que la conceptualización es coherente con el problema por el cual consultan y les ayuda a comprenderlo, sintiéndose más aliviados, así como también les permite percibir una sensación de avance y enfrentar sus problemas. Se destaca una alta adherencia (76.83%) durante las primeras seis sesiones, por ende el PCEC se configura como una intervención psicoterapéutica breve de alta relación entre costo y beneficio, con potencial de contribuir a disminuir la brecha existente en el acceso a tratamientos especializados en salud mental.



## Reconocimientos

Este estudio fue parcialmente financiado por el Centro de Psicología Aplicada (CAPs) y el Núcleo de Investigación en Psicología y Psicopatología Experimental (NIPPE) de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

## Referencias

- Barkham, M., Mellor-Clark, J., Connell, J. y Cahill, J. (2006). A core approach to practice-based evidence: A brief history of the origins and applications of the CORE-OM and CORE System. *Counselling & Psychotherapy Research*, 6(1), 3-15. <https://doi.org/10.1080/14733140600581218>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B. y Ehrenreich-May, J. T. (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University. <https://doi.org/nh4m>
- Beck, A. T., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford.
- Butler, A. J., Chapman, J. W., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
- Bosques-Padilla, F. J. y Corral-Guerrero, L. C. (2013). Efectividad vs. eficacia: ¿es tiempo de cambiar nuestra forma de pensar? *Medicina Universitaria*, 15(60), 99-100. <https://tinyurl.com/bdh5hksx>
- Chambless, D. L. y Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.66.1.7>
- Christon, L. M., McLeod, B. D. y Jensen-Doss, A. (2015). Evidence-based assessment meets evidence-based treatment: An approach to science-informed case conceptualization. *Cognitive and behavioral practice*, 22(1), 36-48. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.12.004>
- Cuijpers, P., Quero, S., Dowrick, C. y Arroll, B. (2019). Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. *Current Psychiatry Reports*, 21(12), 129. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1117-x>
- Easden, M. H. y Fletcher, B. R., (2020): Therapist competence in case conceptualization and outcome in CBT for depression. *Psychotherapy Research*, 30(2), 151-169 <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1540895>
- Easden, M. H. y Kazantzis, N. (2018). Case conceptualization research in cognitive behavior therapy: A state of the science review. *Journal of Clinical Psychology*, 74(3), 356-384. <https://doi.org/10.1002/jclp.22516>
- Eells, T. D. (2007). *Handbook of psychotherapy case formulation* (2a ed.). Guilford.

- Errázuriz, A., Passi Solar, A., Beltrán, R., Paz, C., Evans, C. y De la Parra, G. (2024). Psychometric properties of the Spanish version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM) in Chile. *Psychotherapy Research*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2356195>
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J. y Audin, K. (2002). Towards a standardized brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry*, 180(1), 51-60. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.1.51>
- Feixas, G., Evans, C. H., Trujillo, A. S., Gutiérrez, L. J. C., Botella, L., Corbella, S., González, E. R., López, A. B., Grau, E. G. y López-González, M. J. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure. *Revista De Psicoterapia*, 23(89), 109-135. <https://doi.org/10.33898/rdp.v23i89.641>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. y Horvath, A. O. (2018). The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-analytic Synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- García, R. F. y Del Carmen Vives Montero, M. (2004). Un análisis de los conceptos de efectividad, eficacia y eficiencia en psicología. *Panace@*, 5(16), 97-99. <https://tinyurl.com/4bmjhyc4>
- Gazzillo, F., Curtis, J. T. y Silberschatz, G. (2022). The plan formulation method: An empirically validated and clinically useful procedure applied to a clinical case of a patient with a severe personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 78(3), 409-421. <https://doi.org/10.1002/jclp.23299>
- Halpin, E., Kugathasan, V., Hulbert, C., Alvarez-Jimenez, M. y Bendall, S. (2016). Case Formulation in Young People with Post-Traumatic Stress Disorder and First-Episode Psychosis. *Journal of Clinical Medicine*, 5(11), 106. <https://doi.org/10.3390/jcm5110106>
- Hardy, G. E. y Llewelyn, S. (2015). Introduction to psychotherapy process research. En O. C. G. Gelo, A. Pritz y B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy research: Foundations, process, and outcome* (pp. 183-194). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1382-0\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1382-0_9)
- Kaholokula, J. K., Godoy, A., O'Brien, W. H., Haynes, S. N. y Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24(2), 117-127. <https://doi.org/10.5093/cl2013a13>
- Kahlon, S., Neal, A. y Patterson, T. (2014). Experiences of cognitive behavioural therapy formulation in clients with depression. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 7, e8. <https://doi.org/10.1017/S1754470X14000075>
- Kannis-Dymand, L., Myers, A., Human, B., Love, S. y Lovell, G. P. (2021). Evaluation of collaborative cognitive-behavioural case formulations in a clinical psychology program: a client perspective. *Clinical Psychologist*, 25(3), 339-349. <https://doi.org/10.1080/13284207.2021.1981745>

- Krause, M. y Behn, A. (2022). Case formulation as a bridge between theory, clinical practice, and research: A commentary. *Journal of clinical psychology*, 78(3), 454-461. <https://doi.org/10.1002/jclp.23328>
- Kuyken, W., Padesky, C. A. y Dudley, R. (2009). *Collaborative case conceptualization: Working effectively with clients in cognitive-behavioral therapy*. Guilford.
- Lambert, M. (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5a ed.). John Wiley & Sons.
- McGuigan, F. (1983). *Psicología experimental. Enfoque metodológico* (3a ed). Trillas.
- Ministerio de Salud de Chile (2016). *Estrategia nacional de salud para los objetivos sanitarios al 2020*. <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/903>
- Mira, A., Farfallini, L., Baños, R. M., Bretón-López, J. y Botella, C. (2016). Sonreír es Divertido, una intervención online para la prevención y el tratamiento de los trastornos emocionales. *Psicodebate*, 16(2), 51. <https://doi.org/10.18682/pd.v16i2.597>
- Muse, K., McManus, F., Rakovshik, S. y Thwaites, R. (2017). Development and psychometric evaluation of the Assessment of Core CBT Skills (ACCS): An observation-based tool for assessing cognitive behavioral therapy competence. *Psychological Assessment*, 29(5), 542-555. <https://doi.org/10.1037/pas0000372>
- Needleman, L. D. (1999). *Cognitive Case Conceptualization: A Guidebook for Practitioners*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781410603746>
- Novoa-Gomez, M. M., Pulido-Castelblanco, D. P. y Muñoz-Martínez, A. M. (2020). Assessing the utility of the Clinical Behavioral Case Conceptualization categories: A contextual behavioral based formulation model. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 53-58. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.08.005>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022, 17 de junio de 2022). *La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos*. <https://tinyurl.com/3j25w3y6>
- Padesky, C. A. (2020). Collaborative Case Conceptualization: Client Knows Best. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(4), 392-404. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.06.003>
- Persons, J. B. (2006). Case formulation-driven psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2), 167-170. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00019.x>
- Persons, J. B. (2008). *The Case Formulation Approach to Cognitive-Behavior Therapy*. Guilford.
- Persons, J. B. y Hong, J. J. (2016). Case formulation and the outcome of cognitive behavior therapy. En N. Tarrrier y J. Johnson (Eds.), *Case Formulation in Cognitive Behaviour Therapy* (2nd ed., pp. 14-37). Routledge. <https://tinyurl.com/2mjuseyt>
- Redhead, S., Johnstone, L. y Nightingale, J. (2015). Clients' experiences of formulation in cognitive behaviour therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(4), 453-467. <https://doi.org/10.1111/papt.12054>

Rubin, A. (2008). *Practitioner's Guide to Using Research for Evidence-Based Practice*. John Wiley & Sons.

Seekles, W., Cuijpers, P., Kok, R. N., Beekman, A. T., Van Marwijk, H. y Van Straten, A. (2013). Psychological treatment of anxiety in primary care: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 43(2), 351-361. <https://doi.org/10.1017/s0033291712000670>

Spencer, H., Dudley, R., Johnston, L., Freeston, M. H., Turkington, D. y Tully, S. (2022). Case Formulation—A vehicle for change? Exploring the impact of cognitive Behavioural therapy formulation in first episode Psychosis: A Reflexive Thematic Analysis. *British Journal of Medical Psychology*, 96(2), 328-346. <https://doi.org/10.1111/papt.12442>

Tolin, D. (2016). *Doing CBT: A comprehensive guide to working behaviors, thoughts, and emotions*. Guilford.

Torres, Y. (2018). Costos asociados con la salud mental. *Revista Ciencias de la Salud*, 16(2), 182-187. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6761>

Uanhero, J. O. (2017). *Effect size calculators*. <https://effect-size-calculator.herokuapp.com/>

### Para citar en APA

Cordero-Ruz, C., Landa, C., Quezada-Scholz, V., Laborda, M. A., Miguez, G., San Martín, C., Soto, M., Rossi, J. L., Salvo, J., Pardo-Garrido, L., Pino, P., González-Aravena, G. y Beltrán, R. (2024). Relación entre el proceso de conceptualización y el cambio clínico del consultante en Terapia Cognitivo Conductual. *Terapia Psicológica (En línea)*, 42(3), 331-351 <https://doi.org/10.4067/S0718-48082024000300331>

**Anexo 1. Cuestionario de Grado de Ajuste de Conceptualización y Percepción de Cambio**

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. La conceptualización me hace sentido o es coherente con el problema por el cual consulto	62.5%	33.93%	3.57%	0%	0%
2. La conceptualización me ayuda a comprender mis problemas	53.57%	42.86%	1.79%	1.79%	0%
2.1. El diagrama facilita mi comprensión acerca del problema por el cual consulto	55.36%	37.50%	5.36%	0%	1.79%
2.2. La guía del terapeuta facilita mi comprensión del problema por el cual consulto	64.29%	30.36%	5.36%	0%	0%
2.3 La exactitud de la conceptualización facilita mi comprensión del problema por el cual consulto	53.57%	39.29%	3.57%	1.79%	1.79%
3. La conceptualización facilita el sentirme más comprendido y aceptado	44.64%	42.86%	8.93%	3.57%	0%
3.1. La exactitud de la conceptualización facilita el sentirme comprendido y aceptado	37.5%	50%	10.71%	0%	1.79%
3.2. La disposición del terapeuta facilita el sentirme comprendido y aceptado	69.64%	28.57%	1.79%	0%	0%
4. La conceptualización me lleva a un cambio emocional	23.21%	42.86%	28.57%	3.57%	1.79%
4.1. A sentirme más aliviado/a	17.86%	57.14%	17.86%	5.36%	1.79%
4.2 A sentirme más angustiado/a	3.57%	8.93%	23.21%	41.07%	23.21%
5. La conceptualización me permite avanzar	33.93%	51.79%	12.50%	1.79%	0%
5.1. A sentirme más empoderado/a	12.5%	48.21%	30.36%	7.14%	1.79%
5.2. A enfrentar mis problemas	30.36%	55.36%	12.5%	1.79%	0%
5.3 A hablar más abiertamente	23.21%	60.71%	14.29%	1.79%	0%
5.4 En comparación con mi terapia anterior	28.57%	32.14%	37.50%	1.79%	2.5%