

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

**El éxito terapéutico:
Un análisis desde la perspectiva del cliente**

Verónica Patricia Dávila Martínez

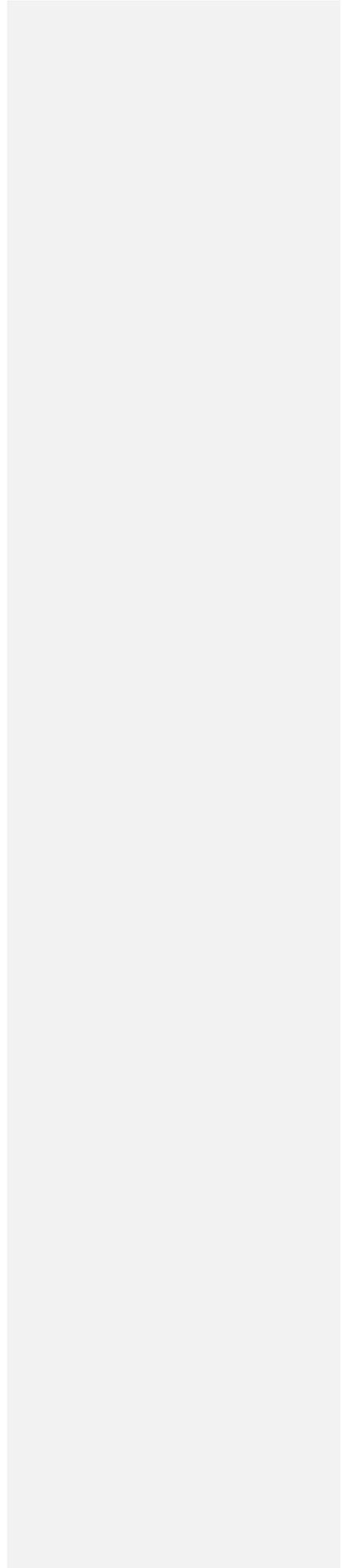
Tesis de grado presentada como requisito
para la obtención del título de “Psicólogo Clínico”

Quito, abril 2011

© **Derechos de autor**

Verónica Patricia Dávila Martínez

2011



Agradecimientos

A mis padres por su esfuerzo e infinito amor.

A mi hermano por ser un gran ejemplo.

A Mauricio por ser mi mayor apoyo en todo momento.

A todos mis profesores que han sido una luz y guía.

A Jaime Costales por ser un gran maestro y amigo.

En especial, gracias a Esteban Laso por su colaboración en este trabajo y por ayudarme a ver la terapia de una manera distinta.

Resumen

La conceptualización del éxito terapéutico es una tarea compleja, que se ha regido por los distintos modelos terapéuticos y se ha enmarcado generalmente en cambios netamente sintomáticos, dejando de lado la perspectiva del cliente sobre el éxito terapéutico y consecuentemente reduciendo su propia experiencia. Por tanto, el objetivo del presente estudio es conocer los constructos de un grupo de 8 clientes que han calificado su proceso terapéutico como “exitoso”. Utilizando una metodología mixta, se analiza la relación existente entre alianza terapéutica, el éxito terapéutico y los propios constructos de los clientes en relación al proceso terapéutico, el cambio en psicoterapia y su éxito. Se discuten las implicaciones de los resultados obtenidos tanto para su conceptualización teórica como para la práctica clínica.

Palabras clave: éxito terapéutico, modelos terapéuticos, constructos, proceso terapéutico, cambio en psicoterapia.

Abstract

The conceptualization of the therapeutic success is a complex task, which has been ruled by the different therapeutic models and has placed generally in symptomatic changes, leaving the perspective of the client on the therapeutic success and reducing his own experience. Therefore, the aim of the present study is to identify the constructs of a group of 8 clients who have qualified his therapeutic process as "successful". Using a mixed methodology, the relation of the therapeutic alliance, the therapeutic success and the own constructs of the clients are analyzed in relation to the therapeutic process, the change in psychotherapy and his success. There are discussed the implications of the results obtained so much for his theoretical conceptualization as for the clinical practice.

Key words: Therapeutic success, therapeutic models, constructs, therapeutic process, change in psychotherapy.

Tabla de contenidos

Introducción	1
Marco Teórico	
1. Escuelas terapéuticas: un batallón epistemológico y práctico.....	7
1.1 Psicoanálisis: el primer modelo terapéutico.....	8
1.1.1 El pensamiento de Freud.....	8
1.1.1 Neo freudianos – terapia psicodinámica.....	11
1.1.2 El éxito terapéutico.....	12
1.2 Conductismo: énfasis en la sintomatología.....	13
1.1.1 Inicios de la escuela conductista.....	14
1.2.1 Espectro de tratamiento.....	16
1.1.1 El éxito terapéutico.....	19
1.3 Cognitivismo: modificación de patrones de pensamiento.....	20
1.3.1 El aporte de Bandura.....	21
1.3.2 Terapia racional emotiva de Ellis.....	22
1.3.3 Terapia cognitiva de Beck.....	23
1.3.4 El éxito terapéutico.....	24

1.4 Humanismo: la tercera fuerza en psicoterapia.....	25
1.4.1 La influencia de Maslow.....	25
1.4.2 Carl Rogers – terapia centrada en el cliente.....	26
1.4.3 Terapia humanista existencial.....	27
1.4.4 Terapia Gestalt.....	28
1.4.5 El éxito terapéutico.....	30
1.5 Sistémica: del individuo a la relación.....	31
1.5.1 Nacimiento e historia de la terapia familiar.....	31
1.5.2 Conceptos básicos.....	36
1.5.3 El éxito terapéutico.....	38
1.6 Escuelas terapéuticas y las dimensiones del ser humano.....	41
2. Investigación en Psicoterapia: el estado de la cuestión.....	43
2.1 Estudio de la psicoterapia.....	44
2.2 Cambio sintomático vs. cambio estructural.....	47
2.3 Investigación de resultados.....	48
2.3.1 Efectividad general de la psicoterapia.....	51
2.3.2 Efectos iatrogénicos de la terapia.....	53

2.3.3	Número de sesiones necesarias.....	54
2.3.4	Evidencia diferencial de las escuelas terapéuticas...	56
2.4	Investigación de procesos.....	61
2.4.1	Factores comunes.....	62
3.	La construcción de la realidad: epistemología constructivista.....	69
3.1	Antecedentes.....	69
3.2	Postulados fundamentales.....	70
3.2.1	Los constructos.....	71
3.2.2	La anticipación.....	73
1.1.1	La organización.....	73
3.2.3	Dicotomía.....	73
1.1.1	El rol del lenguaje.....	74
3.2.4	Las verdades a medias.....	74
1.1.1	La divergencia del modelo médico.....	75
3.2.5	La alianza terapéutica.....	76
3.3	El éxito terapéutico.....	77
4.	La construcción del cliente: su realidad.....	79
5.	La co – construcción en psicoterapia: una aventura colaborativa.....	82

Método

1. Acercamiento metodológico.....	83
2. Sujetos.....	83
3. Instrumentos.....	86
3.1 Alianza terapéutica.....	86
3.2 Escala de Impacto de la Terapia.....	87
3.3 Información general.....	87
3.4 Entrevista semi estructurada.....	87
4. Procedimiento.....	88
4.1 Reclutamiento.....	88
4.2 Ética.....	88
4.3 Evaluación.....	88
4.4 Entrevistas.....	88
4.5 Análisis de datos.....	88
4.6 Comparación de datos.....	89

Resultados

1. Escala de Impacto de la Terapia.....	90
---	----

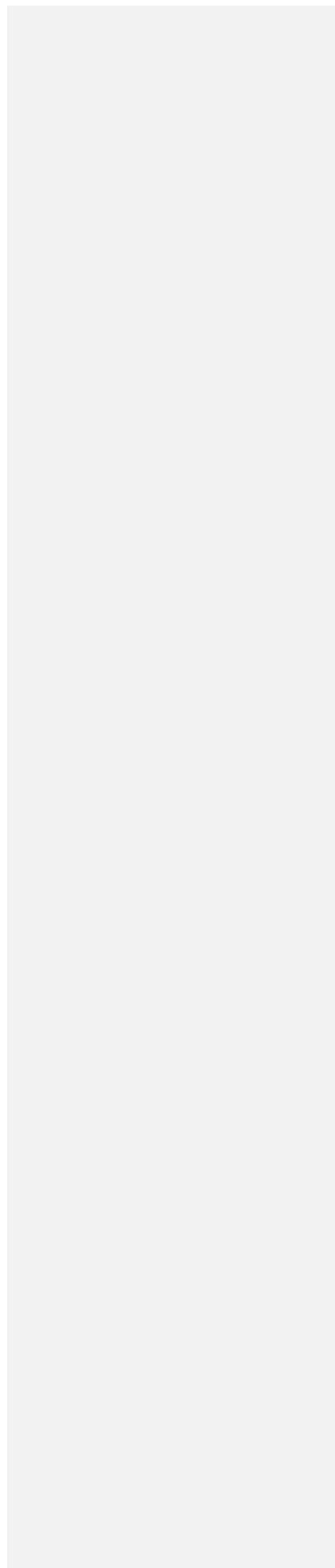
2. Alianza terapéutica.....	91
3. Correlación Escala de Impacto de la Terapia y Alianza Terapéutica.....	92
4. Entrevista semi estructurada.....	93
1.1 Percepción de la psicoterapia.....	94
1.2 Terapia previa.....	95
1.3 Estado emocional.....	95
1.4 Motivación para acudir a terapia.....	96
1.5 Beneficio de la terapia.....	96
1.6 Cambio sintomatológico vs. cambio estructural.....	97
1.7 Impacto de la terapia.....	97
1.8 Efectos iatrogénicos.....	98
1.9 Relación terapéutica.....	98
1.10 Proceso terapéutico - ¿Cómo sucedió el cambio?.....	99
1.11 Áreas de cambio - ¿En qué ayudo el cambio?.....	100
1.12 Metas – tareas.....	101
1.13 Herramientas.....	101
1.14 Cobro económico de la terapia.....	101
1.15 Otros aspectos.....	102
Discusión.....	103
1. Conclusiones.....	115
2. Limitaciones.....	119
3. Futuras investigaciones.....	120
Referencias.....	123

Anexos	133
1. Anexo #1: Inventario de Alianza Terapéutica.....	134
2. Anexo #2: Escala de Impacto de la terapia	137
3. Anexo #3: Información General.....	139
4. Anexo #4: Entrevista semi estructurada.....	140
5. Anexo #5: Información de cada sujeto.....	142
6. Anexo #6: Ejemplos de transcripciones de categorías – entrevista.....	146

Índice de cuadros

Cuadro N° 1: Elementos de Psicoterapia.....	02
Cuadro N° 2: Escuelas terapéuticas – éxito terapéutico.....	42
Cuadro N° 3: Número de sesiones necesarias para experimentar cambio.....	55
Cuadro N° 4: Estudios metaanalíticos de la evidencia diferencial de escuelas.....	57
Cuadro N° 5: Clasificación de tratamientos eficaces según el trastorno.....	59
Cuadro N° 6: Factores que explican el cambio terapéutico.....	64
Cuadro N° 7: Estudio meta-analítico - Terapia de Constructos Personales.....	78
Cuadro N° 8: Edad de los sujetos.....	84
Cuadro N° 9: Número de sesiones realizadas con cada sujeto.....	84
Cuadro N° 10: Datos de la muestra.....	85
Cuadro N° 11: Distribución de Escala de Impacto de la Terapia.....	91
Cuadro N° 12: Distribución de Alianza Terapéutica.....	92

Cuadro N° 13: Correlación Éxito Terapéutico – Alianza Terapéutica.....	93
Cuadro N° 14: Tiempo de duración de entrevistas.....	94



Prólogo

“En el hospital mental me encerraron como a un animal en su jaula, y nadie vino cuando pedía desesperadamente que alguien me dejara ir al baño. Tuve que sucumbir a lo inevitable. Afortunadamente, me daban todos los días tratamientos de electro-shock, insulina y drogas en una cantidad tal como para que no tuviera ni idea de qué fue lo que sucedió durante aquellas semanas...”

(Frankl, 1999)

¿Qué es la locura, la sanidad, la normalidad? ¿Cómo determinamos que un individuo es “patológico” o no? ¿Cómo determinamos que su realidad es “errónea”? Lastimosamente, desde sus inicios, la psicología, la psicoterapia, los psicoterapeutas (y la humanidad misma) nos hemos encargado de patologizar y etiquetar al otro; nos hemos encargado de *crear* síndromes, trastornos, síntomas, conductas mal adaptativas y disfunciones. Porque a fin de cuentas es eso: una creación. Una construcción de los profesionales que con su *autoridad* y conocimiento *científico* han emitido verdades casi absolutas sobre el ser humano y su “normalidad”. Tal como Szasz (1974) ha afirmado en *La fabricación de la locura*, los médicos psiquiatras (y ahora terapeutas), asumimos una posición de *autoridad* que nos “permite” decidir, diagnosticar y etiquetar a los otros; fabricando la locura, estableciendo las reglas de lo que (desde el poder y un estereotipo determinado), se considera como “normal”.

Desde esta postura, se deja de lado dolorosamente la visión del cliente, la vivencia y experiencia del “loco”, del “insano”, del “demente”, se lo reduce a un ser mínimo, que incluso pierde su condición humana. Sin embargo, atendiendo y respetando su experiencia comprendemos que su realidad va más allá de la “locura”:

“... Afortunadamente, me daban todos los días tratamientos de electro-shock, insulina y drogas en una cantidad tal como para que no tuviera ni idea de qué fue lo que sucedió durante aquellas semanas...”

Pero en la oscuridad, tomé conciencia de cuál era mi única misión en el mundo. Supe entonces, como sé ahora, de que fue por alguna razón que permanecí vivo: aunque sea algo pequeño, se trata de algo que sólo yo puedo hacer, y resulta de vital importancia que lo haga. Y dado que estaba en el momento más tenebroso de mi vida, abandonado como un animal en una jaula, dado que estaba en estado inconsciente inducido por los ECT, no podía apelarlo a Él; sin embargo, Él sí estaba allí. En la solitaria oscuridad de la celda donde había sido abandonado por los hombres, Él estaba allí. Dios estaba allí”

(Frankl, 1999)

¿Un ser humano que, sumido en el dolor y el encierro, encuentra un sentido para su vida es “patológico”? Su realidad se ha transformado, su visión y dolor también, su estado emocional es entonces más placentero y admisible. Los terapeutas, psicólogos y psiquiatras podrán diagnosticar la narración del sujeto como simples alucinaciones o delirios y probablemente aumentarán su dosis de neurolépticos o incrementarán las sesiones de electroshock. Es así, como los profesionales de la salud, los encargados de aliviar el dolor de las personas, los encargados de resolver conflictos y reducir el malestar, somos en muchas ocasiones quienes lo generamos.

El hecho de que la psicoterapia y la psicología se encuentren observadas a la luz de cientos de teorías (la mayoría de veces contrapuestas entre sí) intensifica aún más la cuestión. Son innumerables los terapeutas que en la práctica clínica se han enfrentado con clientes que luego de visitar distintos psicólogos, con lineamientos teóricos dispares, acuden a consulta con su problema intensamente agudizado y además con una

confusión insostenible. Los terapeutas en pos de defender *nuestra escuela*, hemos caído en el reduccionista error de creer que nuestra verdad es única e irrefutable, hemos emprendido una lucha que busca desacreditar a las escuelas rivales; logrando únicamente detener el avance de la psicoterapia y peor aún causando mayor malestar en nuestros clientes. “El peligro de conocer la «verdad», aprisiona tanto al «experto» como al «aprendiz»” (Cecchin, Lane & Ray, 2002, pg. 21).

Con estos precedentes es claro que la comprensión del proceso psicoterapéutico y así también la conceptualización del “éxito terapéutico” pueden ser vistas tradicionalmente bajo estos lineamientos: desde una postura de autoridad e irrefutabilidad teórica y en medio de un batallón de las diferentes escuelas terapéuticas.

Es así, que desde un distanciamiento teórico rígido y considerando a la psicoterapia como una co-construcción entre el sistema del cliente y del propio terapeuta, el presente estudio pretende tener un acercamiento a la experiencia misma de los clientes en psicoterapia, a sus constructos sobre el “éxito terapéutico”, a su realidad en el proceso; dejando de lado los distintos diagnósticos y sistemas de evaluación a la que los terapeutas estamos acostumbrados desde la *autoridad*.

Al comprender cómo conceptualiza el cliente el éxito terapéutico se hace hincapié en la necesidad de formar al terapeuta empáticamente, para que comprenda la postura de su cliente, para que valore su propia experiencia más allá de la escuela teórica con la que se identifica, para que aprehenda a cuestionar la realidad de su práctica.

Muchas gracias a todos los clientes con quienes he co-construido nuevas realidades y que ellos (sin saberlo), me han hecho aprender, crecer y cuestionarme mucho más de lo que yo he intentado hacer con ellos.

“Había una fiesta en la Europa medieval llamada el Carnaval de los Locos. La nobleza y las clases dominantes la abominaban, pero los parroquianos la celebraban disfrazándose de cortesanos y obispos y ridiculizando los más venerados rituales, ideas, ideales y costumbres.

El carnaval de los Locos permitía despojar de su poder a los poderosos para dárselos a los parroquianos. Como indica Harvey Cox: desenmascarar la simulación de los poderosos permite resistir un poco más a su poder y por eso “los tiranos tiemblan ante los bufones y los dictadores prohíben las charlas de café”

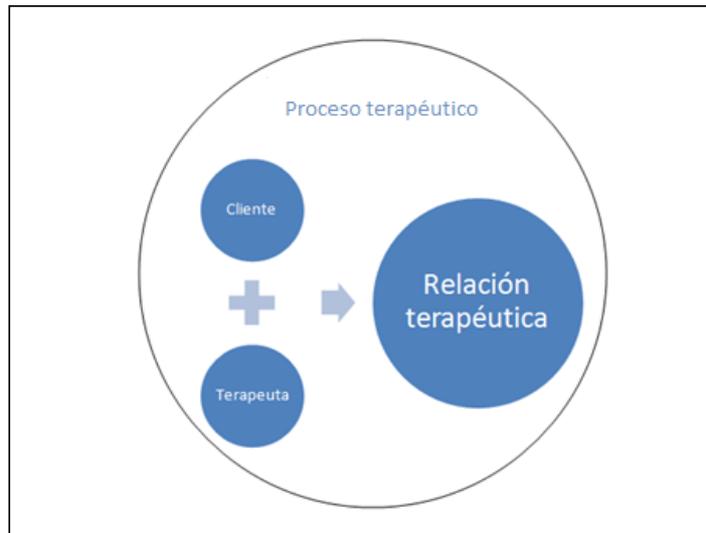
(Keeney, 2002, pg. 13)

Introducción

“La psicoterapia se conoce como un tratamiento de naturaleza psicológica que a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro, el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social de las personas y grupos, tales como la pareja o la familia” (Feixas & Miró, 1993, p. 16).

Feixas y Miró (1993), en *Una Introducción a los Tratamientos Psicológicos* describen cuatro elementos que serían imprescindibles en toda psicoterapia: el cliente, el psicoterapeuta, la relación terapéutica y el proceso terapéutico.

En primer lugar, se entiende por *cliente* aquella persona que solicita un servicio profesional generalmente porque tiene un malestar percibido por sí mismo o por terceros en su vida y siente la necesidad de realizar cambios que no puede ejecutar de forma autónoma, por lo que requiere la ayuda de otra persona especialmente preparada (Feixas & Miró, 1993). Esta última, se conoce como *psicoterapeuta*, que es aquel individuo con formación profesional que guía al cliente a conseguir el cambio deseado (Feixas & Miró, 1993). La *relación terapéutica*, por su parte, se entiende como el elemento esencial en toda psicoterapia; se caracteriza por ser de carácter profesional y guiarse por los distintos modelos o enfoques existentes (Feixas & Miró, 1993). Finalmente, el *proceso psicoterapéutico* se refiere al conjunto de procesos psicosociales que se dan desde el inicio al fin de la psicoterapia (Feixas & Miró, 1993).



Cuadro #1

Elementos de la Psicoterapia

Fuente: Feixas y Miró (1993)

Al comprender a la psicoterapia como un proceso que promueve el cambio hacia una dirección más positiva, irremediamente aparece el cuestionamiento sobre qué se considera como “positivo”. Es así que la documentación sobre la eficacia en psicoterapia se encuentra en el corazón de la práctica clínica.

La psicoterapia cuenta con un número cada vez mayor de escuelas y modelos que intentan explicar la naturaleza del fenómeno terapéutico. Asimismo, cada escuela terapéutica ha planteado sus propios objetivos para la psicoterapia y ha implementado herramientas propias de evaluación de su eficacia. José Carlos Loredó, Tomás Sánchez-Criado y Daniel López (2009) nos recuerdan: “el objeto de estudio de la Psicología siempre está constantemente desdoblándose como cabezas de Hidra o jugando al escondite como un niño travieso” (pp. 447 - 448). Se comprende entonces, que al hablar de “éxito terapéutico”, es complicado establecer un único criterio de evaluación, pues como se ha apuntado, cada escuela terapéutica tiene su propia explicación del fenómeno

en psicoterapia, de sus objetivos y así también, cuentan con sus propios estándares de lo que se considera como una terapia “exitosa”.

Otra de las cuestiones relevantes sobre la evaluación de la terapia, tiene relación con las variables utilizadas para su medición. Al no contar con una explicación unificada sobre la naturaleza del fenómeno, sino con decenas de visiones de evaluación de la terapia, se suma el hecho de que la mayor parte de indicadores o herramientas utilizadas para la medición del éxito terapéutico son difusas y no siempre concordantes con el fenómeno existente. Así por ejemplo, un cliente que acude a terapia por ansiedad podrá ser tratado y evaluado de innumerables maneras:

- ❖ Para un psicoanalista, la ansiedad podrá estar relacionada con la neurosis. El objetivo de la terapia, será realizar un largo proceso de descubrimiento de sus deseos inconscientes, de la historia de sus primeros años de vida y la relación con sus figuras primarias y de aceptación de la ansiedad neurótica. La terapia no será valorada como exitosa en términos de la disminución de síntomas, sino de la reducción de mecanismos de defensa y acceso al inconsciente del paciente (en palabras analíticas, de hacer consciente el inconsciente) (Trull & Phares, 2003).

- ❖ Un terapeuta cognitivo, por otro lado, diría que el cliente presenta pensamientos irracionales sobre el estímulo ansiógeno (el hablar en público, por ejemplo). El objetivo para la terapia será eliminar dichos pensamientos y lograr que el cliente reduzca su síntoma. Es decir, la terapia será exitosa en términos de la reducción de pensamientos irracionales y de la capacidad de hablar en público.

- ❖ Un humanista por su parte, podrá centrarse en los sentimientos que la ansiedad provoca en el sujeto, se interesará en cómo el cliente vivencia su sintomatología. Se puede afirmar que un terapeuta humanista no clasificaría como una terapia exitosa a la reducción de los síntomas, sino a la consciencia del aquí y ahora del cliente, de sus emociones y de su crecimiento personal.
- ❖ Un terapeuta sistémico, por el contrario, enmarcará el síntoma en términos de su relacionamiento familiar; podrá afirmar que la ansiedad es consecuencia de una dinámica familiar específica y planteará los objetivos de la terapia, y así su éxito, en relación a la transformación de dicha dinámica, más no en la reducción sintomatológica.
- ❖ Finalmente, un terapeuta conductual, se centrará únicamente en la reducción de la ansiedad y la capacidad del sujeto de hablar en público. Probablemente, realizará una desensibilización sistemática para exponer a su cliente y valorará el éxito de la terapia exclusivamente en relación a la reducción de la ansiedad presentada, es decir, de sus síntomas.

Así, cada una de las escuelas podrá explicar el fenómeno, plantear sus objetivos y determinar el éxito de la terapia desde sus propias explicaciones y teorías. Pero, ¿qué sucede si el cliente considera que la psicoterapia ha sido exitosa, aunque no han existido cambios en sus síntomas? ¿Qué sucede si el cliente afirma sentirse “bien”, a pesar de que continúa con su comportamiento inicial? ¿Qué sucede si el terapeuta considera el proceso como “exitoso” a pesar de que el cliente continúe sintiéndose desconsolado (incluso cuando sus síntomas han desaparecido)? Queda claro entonces, que la conceptualización sobre el “éxito terapéutico” es una tarea compleja, la misma que la

mayoría de veces, ha sido reducida a criterios focalizados de una teoría específica y generalmente en términos de reducción sintomatológica.

En línea con estos antecedentes, el objetivo del presente estudio es conocer la percepción de un grupo de 8 clientes del Servicio Gratuito de Psicoterapia de la Universidad San Francisco de Quito entre el año 2009 y 2010 sobre el cambio y éxito psicoterapéutico. El estudio utiliza una epistemología constructivista que busca acercarse a la realidad del cliente y establecer así una co-construcción en psicoterapia.

Keneey (2002) afirma que los seres humanos participamos en la construcción de nuestro “mundo de experiencia”. Relata que Puharich (1962) (citado en Kenney, 2002) reunió a un grupo de estudiosos y los llevó a la India para observar a un faquir. Los asistentes presenciaron cómo éste lanzaba al aire una cuerda y trepaba por ella; todos testimoniaron haber visto que esto sucedía (Kenney, 2002). Cuando proyectaron la filmación del suceso, fue evidente que después de que el faquir arrojara la cuerda al aire, ésta había caído al piso (Kenney, 2002). Es decir, nunca permaneció en el aire como todos habían *creído* que sucedía (Kenney, 2002). Los presentes construyeron su propio “mundo de experiencia”, distinto al que fue registrado por la película cinematográfica (Kenney, 2002).

Este episodio ilustra como los participantes crearon su “mundo de experiencia”, distante e incongruente con lo que sucedía en la *realidad* (Kenney, 2002). Ilustra además cómo los seres humanos estamos distantes de conocer una verdad absoluta. Esta concepción es aplicable (sobre todo aplicable) a la psicoterapia. Citando a Kenney: “No creo que nadie conozca totalmente o pueda jamás conocer totalmente, los procesos que dan cuenta del cambio personal y social dentro o fuera de la terapia. Más bien, pienso que las tentativas de la ciencia social por comprender el cambio suministran

innumerables modelos parciales del proceso terapéutico, que con suma frecuencia se desdoblán en disyuntivas del tipo "o bien... o bien...", en las que se sostiene que sólo una de las partes de esta dualidad es verdadera, correcta o más útil que la otra" (Kenney, 2002, pp. 3-4).

Esta idea se convierte en una premisa del presente estudio: no es posible conocer la *verdad* del proceso terapéutico; se intenta, por el contrario, conocer una parcialidad del proceso y del cambio en psicoterapia; tener un acercamiento a la realidad del cliente, la misma que muchas veces se contrapone a la del terapeuta, de su escuela teórica e incluso a la de la sociedad misma. Se discute además, la necesidad de establecer una relación dialéctica entre la visión del cliente y la del terapeuta, para esbozar así un modelo que integre ambas realidades y lograr un proceso más completo e integral.

Se realiza inicialmente un acercamiento a las distintas escuelas terapéuticas, así como a su concepción sobre el "éxito terapéutico". Posteriormente, se da un vistazo al estado actual de la investigación en psicoterapia. A continuación, se realiza una aproximación a la epistemología constructivista, para llegar al establecimiento de la denominada "co-construcción en psicoterapia". Finalmente, se describe el proceso investigativo, para generar la discusión sobre uno de los temas centrales en psicoterapia: el éxito terapéutico.

Escuelas terapéuticas: un batallón epistemológico y práctico

Como ha sido mencionado, las distintas escuelas terapéuticas la mayoría de ocasiones han estado contrapuestas entre sí. Para comprender las diferencias epistemológicas existentes, así como sus implicaciones en la práctica clínica, es menester realizar un breve recorrido por los distintos conceptos y bases teóricas de las principales escuelas terapéuticas que dieron origen a la psicoterapia y aquellas que continúan vigentes hasta la actualidad. Se realizará además un breve análisis sobre la conceptualización del “éxito terapéutico” de cada una de dichas escuelas para así tener un acercamiento más profundo al tema en cuestión.

A mediados del siglo XX se podían distinguir 36 modalidades psicoterapéuticas; veinte años más tarde ya se identificaban 130 (Parloff, 1976 citado en Fernández – Álvarez & Opazo, 2005). Durante los años ochenta la cifra incrementa de manera desproporcionada llegando hasta las 460 contabilizadas por Goleman (1986) (citado en Fernández – Álvarez & Opazo, 2005). La gran cantidad de orientaciones psicoterapéuticas refleja la creatividad de los diferentes movimientos psicoterapéuticos, pero ilustra también el acercamiento a un estado de crisis provocado por la diversidad fragmentada que no logra plantear acuerdos (Fernández Álvarez & Opazo, 2005).

Adicionalmente, los distintos modelos terapéuticos, han desarrollado cientos de teorías que nacen de éstos (e.g. del humanismo se han creado otras teorías como la terapia centrada en el cliente, la terapia Gestalt o la terapia experiencial). Sin embargo, para efectos del presente trabajo, se analizarán las principales fuerzas de psicoterapia: el psicoanálisis, la terapia conductual, la terapia cognitiva, la terapia humanista y la terapia sistémica.

Psicoanálisis: el primer modelo psicoterapéutico

El psicoanálisis es considerado como el primer sistema integrado de psicoterapia (Feixas y Miró, 1993). Dicha escuela abarca un modelo de la estructura y desarrollo de la personalidad, así como de la patología, la relación terapéutica y el proceso terapéutico (Feixas y Miró, 1993). En términos generales, el psicoanálisis se centra en los motivos y conflictos inconscientes que dan origen a un comportamiento determinado (Feixas y Miró, 1993). En gran medida, la terapia psicoanalítica depende del análisis de la experiencia pasada, en especial de los primeros años de vida (Trull & Phares, 2003).

Baker (1985), afirma que la premisa central del psicoanálisis, es “que personas con diferentes constituciones físicas saludables pueden llegar a enfermar psicológica o físicamente debido al conflicto y la aflicción experimentadas en las relaciones básicas de la vida” (p.40, citado en Feixas y Miró, 1993).

Sin embargo, el psicoanálisis es también considerado por mucho como una revolución de la concepción sobre la naturaleza humana, pues esta teoría contribuyó a cambiar la imagen del hombre racionalista del siglo XIX (Feixas y Miró, 1993). La teoría de Freud, junto con otras corrientes irracionistas, introdujeron la imagen de fuerzas instintivas desconocidas del ser humano (Feixas y Miró, 1993).

i. El pensamiento de Freud

Sigmund Freud (1865-1939), descendiente judío y médico, es reconocido como el fundador del psicoanálisis (Lomelí, 2006). Vivió y estudió medicina en Viena, especializándose en neuropatología, parálisis infantil y en problemas del lenguaje

(Lomelí, 2006). Se dedicó a la consulta privada por su incapacidad de trabajar en el sector público debido a su religión (Lomelí, 2006). En este ámbito, Freud inició sus estudios sobre la histeria, una reacción neurótica en la que los conflictos emocionales son transformados en síntomas físicos (Lomelí, 2006).

Freud desarrolla su teoría en la segunda mitad del siglo XIX, en un contexto dominado por una imagen mecanicista del hombre y del universo, basada en la física de Newton (Feixas y Miró, 1993). Dicho contexto, enfatizaba la observación objetiva en la recolección de datos y su organización reduccionista; para plantear así leyes de descripción y predicción (Feixas y Miró, 1993). Dentro de la medicina, reinaba un paradigma “localista”, es decir, la idea de que cada malestar físico debe tener su origen en una región orgánica específica (Feixas y Miró, 1993). Dentro de este contexto, Freud establece su teoría de la mente influido por la ola mecanicista y localista de la época (Feixas y Miró, 1993). Es influido también por la denominada “moral victoriana”, valores claramente evidenciados en sus postulados (Feixas y Miró, 1993).

Al conocer a Jean-Martin Charcot, médico especializado en enfermedades nerviosas, Freud se acerca a la hipnosis como herramienta para curar la histeria (Lomelí, 2006). A partir de esta experiencia, el analista plantea que existe un nivel inconsciente que continúa en funcionamiento incluso bajo los efectos de la hipnosis (Lomelí, 2006). El trabajo de Breuer (renombrado médico de Viena) fue otra de las influencias para el desarrollo de la teoría psicoanalítica postulada por Freud (Trull & Phares, 2003). En la publicación del famoso caso de Anna O., Breuer menciona que los síntomas histéricos de la joven paciente, desaparecieron luego de realizar un trance hipnótico, con lo que posteriormente desarrolla un modelo generalizado del procedimiento ejecutado (Trull & Phares, 2003). Luego de familiarizarse con el trabajo expuesto por Breuer, Freud plantea que la *asociación libre* permite acceder al inconsciente de las personas para así

trabajar con la vida psíquica (Lomelí, 2006). Plantea adicionalmente, una teoría de personalidad y desarrollo psicosexual, otorgando a la psicología un nuevo estandarte dentro de las ciencias humanas (Lomelí, 2006). Habló también de la curación con la conversación, de la catarsis, la transferencia y la ansiedad moral (Trull & Phares, 2003).

Una suposición de gran relevancia dentro del psicoanálisis es el denominado *determinismo psíquico* que sostiene que cada acción de los seres humanos, tiene un significado, un propósito y se encuentra dirigida hacia una meta (Trull & Phares, 2003). De manera similar, Freud sostuvo que la *motivación inconsciente* es la fuerza que moviliza a las personas (Trull & Phares, 2003).

Dentro de las técnicas utilizadas en el psicoanálisis se destaca el uso de la *asociación libre* como una regla cardinal de la escuela, en donde el paciente (en términos psicoanalíticos) debe expresar toda la información de su mente, sin censurarla o juzgarla (Trull & Phares, 2003). El *análisis de los sueños* significó para Freud otra de las herramientas ideales para acceder al inconsciente del paciente (Trull & Phares, 2003). El análisis de la *transferencia y contratransferencia*, es asimismo, un pilar de la terapia freudiana en donde se asume que tanto el paciente como el analista depositan sus deseos inconscientes entre sí (Trull & Phares, 2003). Finalmente, la *interpretación* es considerada como la piedra angular del psicoanálisis, se define como el método por el que se revela el significado inconsciente de los pensamientos y comportamientos (Trull & Phares, 2003). Una interpretación psicoanalítica se encuentra diseñada para abrir en el paciente nuevas formas de ver sus problemáticas, de neutralizar los conflictos y sus defensas inconscientes (Trull & Phares, 2003).

ii. Neofreudianos – terapias psicodinámicas

A lo largo de los años, la terapia psicoanalítica ha sufrido diversas transformaciones, inducidas por los denominados neofreudianos, entre ellos se destaca la figura de Alfred Adler, Carl Jung, Otto Rank, Melanie Klein y los analistas del yo (que incluyen a Hartmann, Anna Freud, Kris, Erikson y Rapaport) (Trull & Phares, 2003). Jung puso mayor énfasis en los sueños, los procesos simbólicos y el inconsciente colectivo; Rank elevó el trauma del nacimiento a una posición sublime; Adler subrayó la importancia de la cultura, el aprendizaje y las relaciones sociales dejando de lado las fuerzas instintivas; por último, Melanie Klein con su teoría de las relaciones objetales, se interesó en la escisión de la personalidad durante los primeros años de vida y la importancia de los objetos primarios en el infante (Trull & Phares, 2003).

El grupo de los analistas del yo se originó desde dentro de la estructura del psicoanálisis, sin embargo, divergía con el psicoanálisis en la idea de que éste otorgaba demasiada importancia al inconsciente y determinantes instintivos (Trull & Phares, 2003). Por el contrario, este grupo de teóricos introdujo la función adaptativa del yo, denominadas “libres de conflicto”, que incluían la memoria, el aprendizaje y la percepción (Trull & Phares, 2003).

Es importante mencionar que quizá uno de los cambios más radicales transcurridos en relación al psicoanálisis es la reducción del tiempo de los procesos terapéuticos (Trull & Phares, 2003). Mientras un proceso analítico clásico podía durar años, los movimientos psicodinámicos más contemporáneos han modificado la duración de la terapia desarrollando métodos breves (Trull & Phares, 2003). Strupp y Binder (1984), mencionan que otras de las modificaciones de los modelos psicodinámicos tienen relación con la reducción del interés de los recuerdos infantiles y su análisis, en el

uso de la interpretación y análisis de sueños y en la transferencia existente entre analista y paciente (citado en Trull & Phares, 2003).

iii. El éxito terapéutico

En términos generales, el objetivo de la terapia psicoanalítica y de la mayor parte de movimientos psicodinámicos es lograr, mediante las interpretaciones del terapeuta, hacer consciente el inconsciente (Trull & Phares, 2003). Es así que el éxito de la terapia se enmarca dentro de éstos términos. Sin embargo, y como es claro, resulta complicado establecer medidas que se correlacionen con el objetivo planteado por esta escuela terapéutica. En relación a este aspecto Henry & cols. (1994) ofrecen conclusiones generales:

- ❖ La frecuencia de las interpretaciones realizadas no se relaciona con el éxito terapéutico, incluso algunos estudios han encontrado que una frecuencia de interpretaciones más alta se relaciona con un resultado contraproducente o iatrogénico (Henry & cols., 1994).
- ❖ Las interpretaciones de transferencia no generan mayor grado de experiencia afectiva en relación con otras interpretaciones o intervenciones; sin embargo, cuando son seguidas por respuestas afectivas, pueden mostrar resultados positivos (Henry & cols., 1994).
- ❖ Las interpretaciones del terapeuta tienen mayor probabilidad de originar una respuesta defensiva por parte del paciente que otro tipo de intervenciones realizadas, pueden entonces perjudicar la relación terapéutica (Henry & cols., 1994).

- ❖ La precisión de las interpretaciones de los terapeutas puede ser menor de lo que se creía en el psicoanálisis ortodoxo (Henry & cols., 1994).

Smith, Glass y Miller (1980) en su estudio metaanalítico sobre la efectividad de la psicoterapia, encontraron que el paciente promedio que había realizado un proceso psicodinámico funcionaba mejor que el 75% de aquellos que no recibieron tratamiento alguno. Sin embargo, estudios posteriores (Svartberg & Stiles, 1991) presentaron resultados contrapuestos, afirmando que éste tipo de terapia no produce efectos estadísticamente significativos en los usuarios.

Se debe añadir que la terapia psicoanalítica y sus movimientos posteriores, tienen un disminuido énfasis en el comportamiento (Trull & Phares, 2003). Muchos críticos afirman que el fracaso en tratar el comportamiento y el papel pasivo de los terapeutas pueden prolongar de manera innecesaria la psicoterapia sin producir efectos positivos (Trull & Phares, 2003). No obstante es necesario recordar que el objetivo de ésta escuela no se relaciona con la reducción sintomática, por lo que se retorna al cuestionamiento sobre la conceptualización del “éxito terapéutico”.

Conductismo: énfasis en la sintomatología

Como ha sido referido, dentro de las escuelas terapéuticas se han creado nuevos modelos, lo que ha dificultado realizar una conceptualización general de una teoría específica. En este sentido, Goldfried y Davison (1994, pp.3-4), comentan:

“Creemos que la terapia del comportamiento se interpreta en forma más apropiada como un reflejo de una orientación general al trabajo clínico que se alinea desde el punto de vista filosófico con un enfoque experimental para el estudio del

comportamiento humano. La suposición básica de esta orientación es que los comportamientos problemáticos vistos dentro del ámbito clínico pueden comprenderse mejor a la luz de los principios derivados de una amplia variedad de experimentación psicológica, y que estos principios tienen repercusiones para el cambio conductual dentro del escenario clínico” (citado en Trull & Phares, 2003).

Trull & Phares (2003), afirman que de manera tradicional el enfoque conductual tiene relación con un énfasis científico y con la disminución del interés de las variables inferidas (e.g. la historia de la infancia). La atención se centra entonces en los estímulos y respuestas relacionados con una conducta determinada (Trull & Phares, 2003).

i. Inicios de la escuela conductista

John Broadus Watson (1878-1958) desarrolló el conductismo, siendo enemigo de las ideas desordenadas y las investigaciones desprolijas (Lomelí, 2006). Para Watson, las teorías de Freud eran muy vagas, centradas en la filosofía especulativa que generaban únicamente una psicología subjetiva (Lomelí, 2006). Para sopesar este problema, Watson consideraba que el conductismo era la escuela de psicología en la cual, la descripción y comprensión de la conciencia carecía de relevancia al ser un objeto abstracto de estudio (Lomelí, 2006).

Watson propuso un programa de investigación que se basaba en el diseño de experimentos controlados; para él, la finalidad de la ciencia era poder predecir la respuesta de un organismo frente a un estímulo determinado (Lomelí, 2006). La psicología conductista de Watson presta poca atención a los pensamientos, sentimientos o vida psíquica de los individuos; por el contrario, se basa únicamente en el estudio de

su comportamiento (Lomelí, 2006). Este autor ha sido considerado uno de los personajes más importantes de la psicología contemporánea, así como una gran influencia para la psicología del aprendizaje (Lomelí, 2006).

Los estudios de Watson y Rayner (1920) con ratas de laboratorio ilustraron cómo estímulos específicos pueden desarrollar neurosis en un infante (citado en Trull & Phares, 2003). Posteriormente, Mary Cover Jones (1924) demostró cómo los miedos engendrados podían extinguirse de la misma manera en la que aparecieron (citado en Trull & Phares, 2003).

Influenciada por el condicionamiento de Watson y el “recondicionamiento” de Jones, aparece la terapia desarrollada por Wolpe (1958) (Trull & Phares, 2003). Este autor fue pionero en aplicar los resultados de la investigación del condicionamiento animal para tratar la ansiedad en humanos (Trull & Phares, 2003). Con la *desensibilización sistemática* implantada por Wolpe se proporcionó una demostración empírica de cómo los principios de aprendizaje pueden ser aplicados en el ámbito clínico (Trull & Phares, 2003).

Siguiendo con una línea similar, Frederic Skinner (1940 – 1990) originó el *condicionamiento operante*, mediante el cual intenta controlar la conducta de cualquier organismo a partir de las consecuencias o efectos de ésta (Lomelí, 2006). Skinner planteó que las conductas tienen efectos y que éstos pueden ser controlados para predecir su ocurrencia en el futuro (Lomelí, 2006). Skinner, fue precursor en el desarrollo de programas experimentales minuciosos y que otorgaban respuestas contundentes (Lomelí, 2006).

Es importante mencionar que todos los investigadores y clínicos hasta aquí mencionados, sostuvieron con vigor que sus técnicas y métodos eran derivadas de la

estructura de una ciencia experimental sistemática (Trull & Phares, 2003). De manera similar, afirmaban que sus tratamientos se distanciaban de la “deontología mentalista” del freudianismo y del “encasillamiento psiquiátrico” de Kraepelin (Trull & Phares, 2003).

Fue significativo también el aporte de Bandura (1969), quien con su contribución del aprendizaje social, favoreció la expansión de la teoría de modificación del comportamiento, otorgando un carácter de mayor alcance para la ciencia (Trull & Phares, 2003).

ii. Espectro de tratamiento

La escuela conductual se ha caracterizado tradicionalmente por contar con un amplio espectro de técnicas que pueden ser complementarias dentro de un mismo proceso terapéutico (Trull & Phares, 2003). Para aplicar la amplia gama de herramientas existentes, este tipo de terapia tiende a utilizar un análisis funcional del problema en donde se identifica (Trull & Phares, 2003):

1. Las condiciones del estímulo que llevaron al comportamiento problemático (Trull & Phares, 2003).
2. Las variables orgánicas que se relacionan con el comportamiento problemático (Trull & Phares, 2003).
3. La descripción exacta del problema (Trull & Phares, 2003).
4. Las consecuencias del comportamiento problemático (Trull & Phares, 2003).

Al completar éste análisis detallado, los terapeutas conductuales están en condiciones de determinar que técnicas serán más favorables para la reducción de la sintomatología (Trull & Phares, 2003).

Dentro de las principales técnicas utilizadas dentro de ésta escuela se identifica la desensibilización sistemática desarrollada por Wolpe (1958) (Trull & Phares, 2003), técnica utilizada básicamente para la reducción de la ansiedad; cuyo objetivo principal es enseñar a los pacientes a relajarse, para luego presentar el estímulo anisogino y relacionarlo con el estado inicial de relajación (Trull & Phares, 2003). Para la aplicación de ésta técnica, los terapeutas del comportamiento utilizan la relajación y la jerarquía de la ansiedad como las herramientas para lograr una desensibilización completa (Trull & Phares, 2003).

Otra de las herramientas utilizadas por clínicos conductuales es la denominada terapia de exposición, en donde se expone a los clientes al estímulo temido para, mediante la inundación o implosión, lograr una asociación de relajamiento y eliminar así la ansiedad (Trull & Phares, 2003). La terapia de exposición puede utilizarse como un tratamiento autónomo o como uno multimodal, es decir, con el uso de otras técnicas y herramientas terapéuticas (Trull & Phares, 2003).

El ensayo conductual es una herramienta que tiene como objetivo el incrementar el repertorio de comportamientos de afrontamiento del cliente (Trull & Phares, 2003). Luego de establecer las metas comportamentales deseadas, se desarrolla una jerarquía de situaciones de ensayo, para que posteriormente el cliente las realice en su contexto natural (Trull & Phares, 2003). El entrenamiento en asertividad es otra variante de ésta técnica, en donde se enseñan habilidades específicas al cliente para ser aplicadas posteriormente (Trull & Phares, 2003).

El manejo de contingencias se basa en procedimientos operantes y comparten la meta común de controlar el comportamiento manipulando sus consecuencias (Trull & Phares, 2003). La economía de fichas es un claro ejemplo de ésta técnica en donde, a partir de premios y castigos, se espera que el sujeto asuma comportamientos específicos (Trull & Phares, 2003).

Finalmente, la terapia aversiva, uno de los tratamientos más controvertidos, se caracteriza por contar con una serie de procedimientos que se aplican a comportamientos indeseados (Trull & Phares, 2003). Se basa en el principio operante de que una consecuencia desagradable (como castigo o dolor) extinguirá un comportamiento indeseado y así disminuirá su fuerza de hábito (Trull & Phares, 2003). Un ejemplo de éste tipo de terapia es el utilizado en el alcoholismo, donde se utilizan fármacos o incluso estimulación eléctrica para inhibir la conducta adictiva (Trull & Phares, 2003).

iii. El éxito terapéutico

Como ha sido ampliamente expuesto, la terapia conductual (o terapias conductuales) ponen énfasis en la reducción del comportamiento problemático. La meta de la terapia, y así la concepción del éxito terapéutico, se basa exclusivamente en la reducción de la sintomatología (Trull & Phares, 2003). Los terapeutas conductuales ponen poca o nula atención a los asuntos de las figuras primarias, las dificultades relacionales u otras variables distintas a la del comportamiento per se (Trull & Phares, 2003), lo que se evidencia claramente en las técnicas expuestas con anterioridad.

Ya que este tipo de terapia se basa exclusivamente en la reducción de sintomatología, es evidente que su evaluación es más clara y consistente que otras escuelas terapéuticas (e.g. que la evaluación en psicoanálisis). De manera similar, debido a su facilidad de evaluación y a la documentación de técnicas sistemáticamente presentadas, existe vasta investigación que sustenta su eficacia (Trull & Phares, 2003). De hecho, las terapias conductuales y cognitivo-conductuales son las que cuentan con el mayor número de investigaciones científicas de todas las escuelas terapéuticas (Trull & Phares, 2003).

Existe amplia evidencia de la efectividad de las terapias conductuales y cognitivo – conductuales (Chambless y cols., 1998; Emmelkamp, 1994; Hollon y Beck, 1994; Smith & cols., 1980; citado en Trull & Phares, 2003). El meta análisis realizado por Smith y colaboradores (1980) (citado en Trull & Phares, 2003), arroja resultados contundentes. La desensibilización sistemática, la modificación del comportamiento y terapia conductual presentaron que, en promedio un cliente que recibió cualquiera de estas terapias, funcionaba mejor que al menos el 75% de aquellos que no habían recibido terapia alguna (Smith & cols., 1980 citado en Trull & Phares, 2003). Adicionalmente, la mayor parte de estudios meta analíticos (Dobson, 1989; Dush, Hirt & Schoroeder, 1983; Nicholson & Berman, 1983; Robinson, Berman & Neimeyer, 1990; Shapiro & Shapiro, 1982; Svartberg & Stiles, 1991; citado en Trull & Phares, 2003) que han comparado la efectividad de las distintas escuelas, han encontrado una superioridad pequeña pero consistente de las terapias conductuales y cognitivo-conductuales con otras formas de terapia (como por ejemplo, la psicodinámica o la terapia centrada en el cliente).

Sin embargo, es importante recalcar que dichos resultados se encuentran relacionados con la evaluación realizada en las terapias conductuales y en su

conceptualización de éxito terapéutico, no obstante y como ha sido expuesto, la reducción sintomatológica no implica necesariamente que una terapia haya sido exitosa o que el cliente se encuentre totalmente satisfecho con el proceso.

Escuela cognitiva: modificación de patrones de pensamiento

Una perspectiva cognitiva de la terapia y los problemas clínicos recalca la función de los pensamientos para la formación y mantenimiento de síntomas mal adaptativos o patológicos (Trull & Phares, 2003). Por lo tanto, la terapia cognitiva busca modificar o alterar dichos patrones de pensamiento que se cree que mantienen la sintomatología (Trull & Phares, 2003).

La idea básica del cognitivismo es que “el trabajo y el lenguaje son el fundamento y reflejo de lo humano” (Lomelí, 2006, p. 23). Lev Semiónovich Vygotsky (1896-1934) es uno de los representantes centrales de la escuela cognitivista, en su época, divergió de manera significativa con las principales escuelas terapéuticas (el conductismo estadounidense y la Gestalt alemana) (Lomelí, 2006). Este autor consideraba de gran importancia la influencia del entorno en el desarrollo del niño, criticando el trabajo de Piaget por no dar importancia al mismo (Lomelí, 2006). Vygotsky planteaba que los procesos psicológicos son cambiantes, nunca fijos y que dependen del entorno (Lomelí, 2006). De igual manera, afirmaba que la asimilación de las actividades sociales es la clave del desarrollo humano y que es lo que los diferencia de otras especies animales (Lomelí, 2006).

Para Vygotsky, la gramática cobraba gran importancia en el aprendizaje, pues afirmaba que es una herramienta para formar los procesos cognitivos superiores de la

consciencia (Lomelí, 2006). Afirmaba que la conciencia en conexión con la conducta es la piedra angular de la actividad humana (Lomelí, 2006). El trabajo de este autor se centra en el pensamiento, el lenguaje, la memoria y el juego y es una de las influencias más significativas para la escuela cognitiva (Lomelí, 2006).

i. El aporte de Bandura

Dentro del campo de la teoría de aprendizaje, Bandura (1969-1971) introdujo el concepto de *modelamiento* o aprendizaje por observación como una herramienta para modificar el comportamiento sobre todo en niños (Trull & Phares, 2003). Para Bandura la imitación, modelamiento y observación son instrumentos más eficientes de aprendizaje, que el uso y dependencia de premios y castigos como las utilizadas por la escuela conductual (Trull & Phares, 2003).

En el modelamiento, la persona observa actuar a otra (el modelo) y de esta manera aprende y modifica sus esquemas mentales y así también su comportamiento (Trull & Phares, 2003). Esta técnica ha sido ampliamente utilizada para eliminar miedos irreales o conductas problemáticas (Trull & Phares, 2003). Las técnicas del modelamiento incluyen videgrabaciones, instrucciones escritas e imitación directa (Trull & Phares, 2003). El modelamiento constituido por Bandura debe cumplir con cuatro condiciones para ser eficiente (Trull & Phares, 2003):

1. Los clientes deben atender al modelamiento (Trull & Phares, 2003).
2. Los clientes deben ser capaces de retener la información proporcionada por el modelo (Trull & Phares, 2003).

3. Los clientes deben ejecutar el comportamiento modelado (Trull & Phares, 2003).
4. Los clientes deben aplicar el comportamiento modelado en su ambiente natural (Trull & Phares, 2003).

ii. Terapia racional emotiva de Albert Ellis

El objetivo primordial de la terapia racional emotiva instaurada por Ellis (1962) es cambiar el comportamiento alterando los esquemas cognitivos del cliente (Trull & Phares, 2003). Para este autor, los comportamientos problemáticos se encuentran determinados por la interpretación que las personas otorgan a los acontecimientos vitales (Trull & Phares, 2003). Ellis comenta que “las creencias existentes sobre las situaciones activadoras son las que determinan las consecuencias emocionales o conductuales” (citado en Trull & Phares, 2003, p. 391).

Por tanto, la meta de la terapia racional emotiva es transformar las creencias irracionales sobre situaciones determinadas para así modificar el consecuente comportamiento o emoción (Trull & Phares, 2003).

iii. Terapia cognitiva de Beck

Aaron Beck ha sido uno de los pioneros en la terapia cognitiva y la psicoterapia en general. Propone el uso de técnicas cognitivas y conductuales para modificar patrones de pensamiento disfuncionales, los mismos que caracterizan y sostienen el comportamiento problemático (Trull & Phares, 2003).

Algunas de las técnicas propuestas por Beck para transformar el pensamiento disfuncional incluyen la identificación de pensamientos automáticos e irracionales para desafiar su validez, encontrar soluciones alternativas para dichos pensamientos, realizar acciones concretas que desafíen los pensamientos existentes, representación de papeles y experimentos conductuales y cuestionamiento socrático (Trull & Phares, 2003).

Cabe destacar el papel de Beck para la terapia cognitiva y la Psicología en general con la creación del *Manual Para la Depresión* (1960), con el cual instauró el primer modelo sistematizado de psicoterapia y facilitó los procesos de investigación (Caro, 1997). Durante este intervalo de tiempo, la psicología clínica sufrió una transformación paradigmática, no sólo por la innovación en el tratamiento, sino también por el alejamiento de las perspectivas psicodinámicas y conductuales de la época (Caro, 1997).

Para Beck (1976) la terapia es más allá de un conjunto de técnicas, un modelo cognitivo que guía la organización del ser humano. Es así que la comprobación de sus supuestos teóricos, juega un papel crucial en la validación de su teoría (Caro, 1997). La teoría cognitiva de Beck asume que los seres humanos forman esquemas, es decir, estructuras funcionales de representación de la experiencia, que guían la búsqueda, modificación, organización y recuperación de la información (Beck, 1976). Teniendo en cuenta éstos postulados, la teoría cognitiva de Beck establece hipótesis en relación al mal funcionamiento de los esquemas mentales creados por el ser humano (Beck, 1976).

iv. El éxito terapéutico

La meta de la terapia cognitiva es la modificación de patrones de pensamiento que, para ésta escuela, son los causantes y mantenedores del síntoma (Caro, 1997). Por tanto, el éxito terapéutico se encuentra mediado por la modificación de dichos pensamientos y consecuentemente por el cambio de comportamientos específicos.

En relación a la tradición de la terapia cognitiva, la mayor parte de investigaciones se centran en la eficacia de la terapia cognitiva en trastornos depresivos (Beck, 1976). En este tipo de trastornos, la terapia cognitiva de Beck ha mostrado ser altamente efectiva; adicionalmente, se han realizado estudios sobre la eficacia de éste tipo de tratamiento en trastornos de ansiedad, fobias y trastornos alimenticios; mostrando ser igualmente efectivos (Beck, 1976). Cabe destacar que estudios recientes afirman que la combinación de terapia cognitivo-conductual parece ser más efectiva que la terapia cognitiva por sí sola (Caro, 1997).

Humanismo: la tercera fuerza en psicoterapia

A principios de la década de los cuarenta apareció una revolución a los enfoques psicodinámicos y cognitivo-conductuales, un enfoque conocido como *consejo no directivo* y que posteriormente se transformaría en la *terapia centrada en el cliente* (Trull & Phares, 2003).

Abraham Maslow, junto con Carl Rogers, constituyen los fundadores de la psicología humanista, contribuyendo al establecimiento de la denominada “tercera

fuerza en psicología” (siendo la primera y segunda fuerza el psicoanálisis y el conductismo respectivamente) (Trull & Phares, 2003).

i. La influencia de Maslow

Maslow plantea el concepto de *autorrealización*, afirmando que los seres humanos tienen una tendencia innata de sacar el mayor provecho de los recursos y potencialidades (Lomelí, 2006). Adicionalmente, Maslow propuso la ordenación jerárquica de la motivación, conocida como la “pirámide motivacional de Maslow” (1968) (Lomelí, 2006). Para el autor, la persona tiene la capacidad inherente de autorrealizarse y es la motivación última en su pirámide de necesidades (Lomelí, 2006).

De acuerdo a Maslow, las necesidades humanas siguen un orden concreto y jerárquico, primero se encuentran las fisiológicas, posteriormente las de seguridad (protección), siguiendo las de afiliación (afecto y pertenencia a un grupo), posteriormente se encuentra la necesidad de autoestima y finalmente, la de autorrealización (Lomelí, 2006). Para él, una necesidad superior no puede ser cumplida sino lo ha sido una inferior, es decir, existe un orden rígido e inflexible (Lomelí, 2006).

Al plantear la autorrealización como un fin último de la motivación humana, Maslow otorgó un nuevo significado a la condición humana, la misma que posteriormente fungió como influencia para la creación de la escuela humanista y todas sus ramas.

ii. *Carl Rogers - Terapia Centrada en el Cliente*

Carl Rogers (1902-1987), creador de la terapia centrada en el cliente, es uno de los personajes más influyentes dentro de la escuela humanista (Lomelí, 2006). Desde sus inicios, Rogers se presentó como un opositor de la escuela psicodinámica, formuló una serie de proposiciones teóricas que plantearon una nueva visión de las teorías de personalidad existentes hasta la época (Trull & Phares, 2003).

Planteó que las personas existen en un mundo fenomenológico en el cual son el centro y cuya experiencia puede ser conocida únicamente por ellos mismos; por lo tanto, el individuo es la mejor fuente sobre sí mismo y su experiencia (Trull & Phares, 2003). La teoría de Rogers pone énfasis en la importancia de la capacidad de cada individuo para el cambio y el crecimiento personal (Lomelí, 2006); su concepto básico es la denominada aceptación incondicional positiva, en donde supone que al aceptar al otro como es, se ejercerá una influencia terapéutica (Lomelí, 2006). Sus ideas plantean que los seres humanos son capaces de resolver sus propios problemas, que son capaces de ser participantes activos de su destino y que la conversación entre las personas puede mejorar aplicando determinados principios y herramientas (Lomelí, 2006).

En palabras de Rogers (1959) la psicoterapia es la “liberación de una capacidad existente en un individuo competente en potencia, no la manipulación experta de una personalidad más o menos pasiva” (p.221). Este es el denominado *potencial de crecimiento*, que es la base de la terapia centrada en el cliente (Trull & Phares, 2003). Para Rogers, el terapeuta debe ser el liberador de dicha capacidad mediante tres características primordiales:

1. La comprensión empática: es la capacidad del terapeuta de transmitir al cliente la sensación de ser comprendido (cuando se lo ha comprendido genuinamente) (Rogers, 1959). Se trata de “ponerse en los zapatos del otro” e intentar ver el mundo tal como el cliente lo experimenta (Rogers, 1959).
2. La aceptación incondicional positiva: la terapia centrada en el cliente asume que el terapeuta debe aceptar a su cliente sin ninguna condición impuesta, es el respeto por el cliente como ser humano (Rogers, 1959).
3. La autenticidad: se refiere a la responsabilidad del terapeuta de expresar todas las emociones, pensamientos o sentimientos que su cliente despierta en él (Rogers, 1959).

iii. Terapia humanista existencial:

Binswanger, Boss, Gendlin, Frankl, May y Laing son exponentes sobresalientes de la terapia existencial (Trull & Phares, 2003). Para ellos, la meta final de la psicoterapia puede entenderse como la toma de consciencia de los individuos y la responsabilidad en la toma de decisiones para alcanzar así estados superiores de amor, intimidad y comportamiento social saludable (Trull & Phares, 2003).

La terapia existencial no se preocupa por las técnicas, por el contrario, pone énfasis en comprender al cliente como una esencia única (Trull & Phares, 2003). La logoterapia desarrollada por Frankl, por ejemplo, alienta al cliente a encontrar el significado en lo que parece una vida sin sentido y vacía (Trull & Phares, 2003).

iv. *Terapia Gestalt*

La creación de la teoría Gestalt se la atribuye a Max Wertheimer (1880-1943) (Lomelí, 2006). Con la teoría del movimiento aparente, el fenómeno *fi*, la misma que sostuvo que los seres humanos creamos una configuración total que precede a las partes, con su argumentación, se opuso abiertamente a la escuela estructuralista de Wundt (Lomelí, 2006).

Wertheimer se caracterizó por realizar diversos experimentos, con los que intentaba demostrar su postulado sobre la percepción de la totalidad, luego de observar dichos experimentos, Koffka (1886-1941) y Kohler (1887-1967), iniciaron una campaña de difusión de la teoría Gestalt, así como de la creación de nuevos experimentos que sustenten sus hallazgos (Lomelí, 2006). Adicionalmente, Wertheimer, contó con el apoyo y amistad personal de Einstein, continuando con su experimentación científica y publicando su teoría en *Productive Thinking* (1959) (Lomelí, 2006).

Wertheimer desarrolló una serie de leyes relacionadas con la organización perceptual, como la del cierre y la relación figura-fondo; para el autor dichas organizaciones perceptuales son innatas, características del sistema nervioso humano que procesa los datos (Lomelí, 2006). Es importante mencionar que la teoría Gestalt tiene una relación tenue con la terapia Gestalt. Sin embargo, aplicando su teoría a la educación, Wertheimer afirmaba que era preciso enseñar a los niños conceptos globales, antes que enseñar detalles, pues el cerebro aprende mejor de ésta manera (Lomelí, 2006). Pese a no ser un autor prolífico, Wertheimer ejerció una importante influencia en el medio científico y sus publicaciones han sido de gran relevancia para la psicología experimental y aplicada (Lomelí, 2006).

Comentario [V1]: La terapia Gestalt tiene una relación muy tenue con la teoría de la Gestalt.

Comentario [V2]:

Aunque no existe una relación directa, los terapeutas de la Gestalt tomaron como influencia la idea de totalidad para desarrollar un nuevo movimiento terapéutico. En ésta se destaca la experiencia y la conciencia de la emoción y la acción (Lomelí, 2006). Afirman que lo importante es “estar en contacto” con los sentimientos para así encontrar los orígenes de un comportamiento determinado (Lomelí, 2006).

Frederick Perls es la figura más representativa de la terapia Gestalt (Trull & Phares, 2003). Conceptualizó a la persona como un todo organizado, no como una separación de emoción, cognición y acción (Trull & Phares, 2003). Habló también de la importancia de la responsabilidad como una noción básica para lograr el cambio (Trull & Phares, 2003).

v. *El éxito terapéutico*

Dentro de la terapia humanista, la meta general es lograr que los seres humanos liberen su potencial y alcancen niveles superiores de crecimiento (Trull & Phares, 2003). Como puede comprenderse, éste objetivo es difícilmente cuantificable lo que se refleja en la escasez de estudios que validen la eficacia de éste tipo de terapias (Trull & Phares, 2003). Resulta irónico que exista tan poca evidencia científica al considerar que Rogers fue un pionero de investigación en psicoterapia; es necesaria mayor información que verifique los resultados de las terapias (Trull & Phares, 2003).

Otros autores como Elliot (2002), consideran lo contrario. En un meta análisis realizado por el autor, refiere la efectividad de las terapias humanistas (Elliot, 2002). El análisis realizado por Elliot (2002) arroja resultados determinantes; afirma que las personas que realizaron terapias de corte humanista mostraron mejor pronóstico que

aquellas que no tuvieron ningún tipo de tratamiento. Sin embargo, su estudio presenta que las terapias humanistas son, en general, igualmente efectivas que terapias con otros modelos teóricos (Elliot, 2002). Adicionalmente, se asevera que los sujetos mostraron mayor tasa de cambio en problemas individuales, más que en cambios sintomáticos o relacionales (Elliot, 2002).

Los resultados sintetizados por Elliot (2002) reafirman la falta de evidencia empírica sobre diferencias en la efectividad general de las psicoterapias de distintas escuelas. De manera similar, reafirma la efectividad general de la psicoterapia (Elliot, 2002).

Sistémica: del individuo a la relación

Las diferentes escuelas de la terapia familiar sistémica tienen sustento en una epistemología rica, aunque no siempre homogénea, debido a que su origen procede de ámbitos relativamente independientes (Botella y Vilaregut, 2004). Se identifican tres principales influencias para la creación de esta escuela y nuevo paradigma: la Teoría General de los Sistemas de Bertalanffy (1954); la Cibernética de Wiener (1948) y la Teoría de la Comunicación ampliamente desarrollada por Watzlawick, Beavin y Jackson (1967) (citado en Botella y Vilaregut, 2004).

En términos generales, el sistema ha sido definido por Watzlawick (1971) como “un conjunto de objetos y relaciones entre los objetos y entre sus atributos” “[...] los objetos son componentes o partes del sistema, los atributos son las propiedades de los objetos y las relaciones mantienen unido al sistema” (p.114) (citado en Botella y

Vilaregut, 2004). De manera similar, Bertalanffy (1950) definió al sistema como un conjunto de elementos que interactúan entre sí (citado en Campani y Luppi, 2004).

La terapia familiar sistémica produjo un cambio de paradigma, en donde se transformó la visión lineal (como la del psicoanálisis), a una visión circular; en donde las dinámicas relacionales del sujeto (como parte de un sistema y un sistema en sí mismo) pasaron a ser relevantes (Campani y Luppi, 2004).

i. Nacimiento e historia de la Terapia Familiar Sistémica

El contexto de Estados Unidos durante 1900 es el de un país cada vez más laico e industrial, durante el siglo XX, EEUU se establece como la nación más rica, poderosa y dinámica (Bertrando & Toffanetti, 2004). Asimismo, durante estos años la asistencia social adquiere una relevancia de gran magnitud, la sociedad consumista promueve cada vez más el consumo de terapias y asistencia (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Bajo este contexto, fueron tres los factores que permitieron sentar las bases para el desarrollo de la terapia familiar en Estados Unidos. En primer lugar, el nacimiento del *National Council of Family Relations* fundado en 1938 (Bertrando & Toffanetti, 2004). En segundo, la fundación de los centros Universitarios de consultoría destinada a estudiantes (Bertrando & Toffanetti, 2004). Finalmente, el nacimiento de la consultoría matrimonial creada en 1930 por Paul Popenoe, Emily Mudd y el matrimonio Stone (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Con estos antecedentes, empieza la terapia familiar a tomar forma, absorbe conceptos de distintos grupos, científicos y teorías (Bertrando & Toffanetti, 2004). Es así que adquiere su optimismo característico de la *Child Guidance*; incorpora la

atención al contexto y la visión cósmica del psicoanálisis neo freudiano; del movimiento de desinstitucionalización psiquiátrica, toma la idea de la terapia ambiental; de la cibernética, adquiere la visión sistémica; del contexto norteamericano, adquiere su carácter apolítico y la imposibilidad de transformarlo en crítica social; y finalmente, de las tecnologías existentes, la tendencia a la rápida difusión de lo nuevo y el cambio veloz (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Es importante señalar el origen multidisciplinario y holístico que dio paso a la formación de la terapia familiar; pues tanto médicos, psicólogos, economistas, antropólogos e incluso ingenieros fueron parte del desarrollo de esta rama (Bertrando & Toffanetti, 2004). Tal como Bateson (1951) afirma: todo está conectado con todo y, por tanto, los límites usuales entre disciplinas deben ser superados (citado en Bertrando & Toffanetti, 2004).

Sentadas las bases de una terapia familiar incipiente, durante la década de 1950 a 1960, distintos teóricos dieron paso a la investigación y futura diferenciación de enfoques y teorías de la profesión (Bertrando & Toffanetti, 2004). El contexto de Estados Unidos durante esta década, es de conflictos y enfrentamientos políticos y sociales (Bertrando & Toffanetti, 2004). Durante la post guerra, el mundo está dividido en dos; este clima demanda cada vez más psicoterapeutas y es así donde continúan desarrollándose las terapias familiares con sus distintos enfoques (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Por un lado, aparecen las terapias psicoanalíticas modernas, mucho más breves y con un enfoque un tanto distinto (Bertrando & Toffanetti, 2004). Nathan Ackerman ocupa una posición clave en la primera década de la terapia familiar, quien afirma que la fuente del conflicto es de naturaleza relacional (Bertrando & Toffanetti, 2004). Otro

exponente de las terapias psicoanalíticas es el alemán Helm Stierlin, quien igualmente comienza a interesarse por el contexto familiar de los pacientes (Bertrando & Toffanetti, 2004). Minuchin por su parte, forma un equipo de terapeutas con el fin de convertir la escuela en un programa terapéutico orientado a la familia (Bertrando & Toffanetti, 2004). Por otro lado, dentro de las terapias integrativas aparece Murray Bowen quien es el único terapeuta que rastrea las generaciones más antiguas para reconstruir la historia familiar (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Aparecen también las terapias sistémicas; donde se encuentra el grupo de Bateson, el mismo que realiza importantes descubrimientos sobre comunicación, presentando la hipótesis del doble vínculo, y otorgando el verdadero punto de origen de la concepción sistémica y la terapia familiar (Bertrando & Toffanetti, 2004). Adicionalmente, encontramos a Don Jackson quien funda en 1959 el MRI (*Mental Research Institute*) (Bertrando & Toffanetti, 2004). Aparecen también las terapias estratégicas, donde Erickson postula que cada individuo tiene dentro de sí las posibilidades suficientes para mejorar por sí solo y se sitúa en la terapia en el plano de la estrategia (Bertrando & Toffanetti, 2004). Finalmente, surgen las terapias experienciales, su exponente más importante Carl Withaker con su estilo único, logra importantes avances en terapia; considera a la familia como una unidad global más que como la suma de sus individuos (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Con la suma de todas estas terapias y la investigación realizada en esta década se establecen los cimientos de la terapia familiar sistémica y a pesar de que aún no existe una profesión entendida como tal, se logra construir los cimientos científicos que permitirán desarrollarla en décadas siguientes (Bertrando & Toffanetti, 2004). “Se requerirán todavía algunos años más para que la terapia familiar atraiga más seguidores

y se convierta en una profesión propiamente dicha” (Bertrando & Toffanetti, 2004, p. 115).

La década del sesenta, es un periodo de reformas y renovaciones que presenta características diferentes en las diversas partes del mundo (Bertrando & Toffanetti, 2004). Esta década inicia con la renovación de las instituciones norteamericanas e inglesas, por otra parte, en todo el occidente afloran movimientos de protesta, renace el feminismo y, por último, la familia sufre un importante cambio: nace la idea de que “la familia está en crisis” (Bertrando & Toffanetti, 2004). Aumentan los divorcios, disminuye la tasa de natalidad, los jóvenes respetan menos a sus padres y esto favorece al incremento del consumo de terapia y a la idea de la prevención de las disfunciones familiares y los trastornos mentales (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Con esta idea de consumo de terapia en auge, la psiquiatría y psicología afianzan métodos de rehabilitación social, son los años de las intervenciones en las comunidades, se crea una serie de centros comunitarios para la salud mental y programas de asistencia sanitaria pública (Bertrando & Toffanetti, 2004). Asimismo, la psiquiatría tradicional experimenta un cambio intelectual, es atacada frontalmente y nacen los distintos movimientos de anti psiquiatría: políticas por un lado y culturales por otro (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Las teorías más importantes desarrolladas durante ésta década, son la cibernética donde resaltan el trabajo de Bateson y Wiener, y posteriormente la informática que será trasladada al campo de la terapia sistémica (Bertrando & Toffanetti, 2004). En cuanto a los modelos de la época, son importantes los trabajos de Stierlin en cuanto a las terapias psicoanalíticas; el de Bowen en la terapia intergeneracional; el MRI en las terapias sistémicas; el de Haley en las estratégicas; el de Minuchin en las estructurales; el de

Whitaker y Satir en las experiencias; y finalmente, el de Laqueur en la terapia multifamiliar (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Con todos estos exponentes, la terapia familiar durante esta década inicia el camino hacia un reconocimiento más amplio (Bertrando & Toffanetti, 2004). Entre 1965 y 1975 el número de centros de terapia familiar en Estados Unidos aumenta rápidamente (Bertrando & Toffanetti, 2004). Por otra parte, la terapia de la familia comienza a despertar interés fuera de Estados Unidos, expandiendo aún más a la profesión (Bertrando & Toffanetti, 2004).

A continuación, la década de los setenta se convierte en una época difícil y profundamente contradictoria; la aclamada idea de renovación política, social y cultural característica de la década anterior, se aleja cada vez más; sin embargo, se acentúan ciertas ideas liberales y progresistas (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Es en las décadas siguientes (1970-1990), cuando la expansión de la terapia familiar es irrefrenable (Bertrando & Toffanetti, 2004). Se incorporan a la profesión nuevos países que han sido hasta ahora relegados; Australia, Nueva Zelanda, Argentina, Italia e Israel se convierten en los guías teóricos para años siguientes (Bertrando & Toffanetti, 2004). De igual manera, se incrementa el número de publicaciones y fuera de Estados Unidos se multiplican las revistas de publicación sistémica (Bertrando & Toffanetti, 2004). La actuación de nuevas potencias teóricas es imprescindible durante estos años, se realizan importantes intercambios e incrementa la necesidad de crear modelos que se adapten a la realidad de cada país, dándose de esta manera un cambio trascendental: la investigación e intervención ya no es realizada únicamente en la sociedad estadounidense, sino que ahora se da paso a la creación de teorías multiculturales y adaptativas a las propias realidades (Bertrando & Toffanetti, 2004).

ii. *Conceptos básicos:*

Como ha sido comentado, la terapia familiar sistémica tiene su origen en tres fuentes primordiales: la Teoría General de los Sistemas, la Cibernética y la Teoría de la Comunicación, desprende así sus conceptos básicos de éstas ramas (Botella y Vilaregut, 2004):

- a. Teoría General de los Sistemas (Bertalanffy, 1954): se entiende en primer lugar, que un *sistema* es un conjunto de elementos de interacción dinámica; cada elemento se encuentra determinado e influido por el estado de cada uno de los elementos que lo conforman (Botella y Vilaregut, 2004). Dicho sistema puede ser *cerrado* cuando no intercambia materia o información con su entorno o *abierto* cuando sí lo hace (Botella y Vilaregut, 2004). Adicionalmente, los sistemas cuentan con el principio de *no sumatividad* que afirma que el funcionamiento del sistema no se reduce a la suma de sus elementos (Botella y Vilaregut, 2004). Cuenta también con el principio de *circularidad* que hace referencia a la recursividad de sus elementos (Botella y Vilaregut, 2004). Finalmente, la Teoría General de los Sistemas, afirma que todo sistema cuenta con el principio de *equifinalidad*, el mismo que supone que un mismo efecto puede responder a distintas causas (Botella y Vilaregut, 2004).
- b. Cibernética (Wiener, 1948): el concepto primordial de la cibernética es la *retroalimentación* o *feedback* que se refiere a la forma en la que cada elemento se convierte en fuente de información de los otros y de sí mismo (Botella y Vilaregut, 2004). El concepto de *homeostasis* tiene relación con

proceso de mantenimiento de la organización de un sistema; el de *morfogénesis* por su parte, se refiere al proceso que facilita el cambio en el sistema (Botella y Vilaregut, 2004).

c. Teoría de la comunicación (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1967): expone cinco axiomas que según los autores, son todos componentes de la comunicación humana. Dichos axiomas son los siguientes:

- ❖ Es imposible no comunicar (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1967).
- ❖ En toda comunicación existe un nivel digital y uno analógico (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1967).
- ❖ En toda comunicación existe puntuación (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1967).
- ❖ En toda comunicación existe un nivel de relación y uno de contenido (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1967).
- ❖ En toda comunicación existe una relación simétrica o complementaria (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1967).

iii. El éxito terapéutico:

En primer lugar, es importante señalar que dentro de la terapia familiar sistémica existen innumerables escuelas, lo que reconfirma el planteamiento del presente trabajo y dirige nuevamente al cuestionamiento sobre la conceptualización del éxito terapéutico. No obstante y debido a la necesidad de enmarcar el éxito terapéutico para la escuela sistémica, se lo plantea como la transformación de la dinámica familiar o del sistema.

Por tanto, para un terapeuta sistémico una terapia no será exitosa si se han producido únicamente cambios de primer orden (o sintomáticos); esperará por el contrario, cambios relacionales y en la dinámica de todo el sistema familiar.

En cuanto a la investigación realizada dentro del campo sistémico, como es característico de la investigación sobre otros modelos psicoterapéuticos, la eficacia general se considera probada (Botella y Vilaregut, 2004). Estudios metaanalíticos (Hazelrigg et al., 1987; Markus et al., 1990; Shadish et al., 1993) han demostrada que las familias tratadas con terapia sistémica mejoran en promedio un 67% más que aquellas que no recibieron tratamiento (citado en Botella y Vilaregut, 2004). Adicionalmente, ningún modelo específico de terapia familiar sistémica muestra una eficacia diferencial superior al de otros (Botella y Vilaregut, 2004), siendo coherente con estudios similares realizados sobre la psicoterapia general.

Es relevante destacar el papel de la investigación de la terapia familiar sistémica en la esquizofrenia, pues la investigación y nacimiento de la rama se dio justamente con este trastorno (Botella y Vilaregut, 2004). Aunque originalmente las hipótesis sobre el doble vínculo y las madres esquizofrenógenas tuvieron grandes adeptos, en la actualidad estos planteamientos no cuentan con una sólida base empírica, sin embargo, dichos postulados han servido para establecer patrones de interacción que caracterizan a las familias con miembros esquizofrénicos y con otro tipo de trastornos (Botella y Vilaregut, 2004). Esta conceptualización del problema ha sido ampliamente evidenciada, demostrando que las atribuciones negativas de los padres, un patrón de elevada crítica, hostilidad y excesiva implicación parental, pueden predecir el inicio de esquizofrenia durante la etapa de la adolescencia (Doane, West, Goldstein, Rodnick, & Jones, 1981, citado en Botella y Vilaregut, 2004).

De manera similar, otros autores sistémicos (e.g. Selvini Palazzoli, 1974) han expuesto ampliamente la existencia de ciertos patrones o dinámicas familiares que parecen constituir factores de riesgo para la manifestación de trastornos alimenticios (Botella y Vilaregut, 2004). Una revisión de 19 estudios sobre este postulado, realizado por Humphrey (1994), encontró que existen factores diferenciales en familias que padecen trastornos alimenticios de aquellas que no los padecen (citado en Botella y Vilaregut, 2004).

Varios estudios relacionados con conducta problemática en niños y delincuencia infantil (Parsons y Alexander, 1973), han demostrado de igual manera la efectividad de la terapia familiar sistémica (citado en Botella y Vilaregut, 2004). La terapia familiar de las adicciones, arroja igualmente abundante sustentación empírica (Botella y Vilaregut, 2004). Beutler y Crago (1991), presentan una amplia investigación publicada por la American Psychological Association (APA), en donde aplicando terapia sistémica breve (12-15 sesiones), se demuestra que éste tipo de terapia fue eficaz para reducir el comportamiento adictivo (citado en Botella y Vilaregut, 2004).

Es así que en términos generales, la terapia familiar sistémica cuenta con importante sustentación empírica sobre su eficacia, aunque sus reportes continúan siendo escasos en comparación con los desarrollos teóricos existentes (Botella y Vilaregut, 2004).

Escuelas terapéuticas y las dimensiones del ser humano

Al comprender teóricamente las distintas escuelas terapéuticas, es posible entrever como cada una de ellas, tradicionalmente, se ha centrado en una única

dimensión del ser humano. Consecuentemente, en terapia no necesariamente se trabajan todas las áreas en cuestión, aunque se espera que el individuo sufra un cambio global positivo como consecuencia del proceso (Castelló, 2009).

En primer término, las escuelas psicoanalíticas y psicodinámicas, se centran primordialmente en la historia pasada del individuo (sus relaciones iniciales con las figuras primarias) y en el material inconsciente que libera, aunque éste hecho sea en extremo complicado de investigar (Castelló, 2009).

Dentro de la escuela cognitiva los pensamientos son el foco de atención. La psicología cognitiva trabaja con la supresión y modificación de “pensamientos errados” (Castelló, 2009), con lo que queda claro que la dimensión estudiada se restringe a los pensamientos y patrones cognitivos existentes (Castelló, 2009).

La escuela conductual, es un área de especial interés en cuanto a la psicoterapia, su práctica e investigación. Su énfasis de estudio se encuentra enfocado exclusivamente en la dimensión comportamental del ser humano, dejando de lado otras áreas de los individuos (Castelló, 2009).

Las distintas escuelas humanistas (terapia centrada en el cliente, terapia centrada en las emociones, terapia experiencial) se encuentran, en términos generales, centradas en la emocionalidad del ser humano (Castelló, 2009). Adicionalmente, estas escuelas ponen énfasis en la trascendencia de las personas. Sin embargo, existe una falta de interés en otras dimensiones del ser humano, resultando igualmente restringida y limitada (Castelló, 2009).

La dimensión interpersonal, por su parte, es estudiada primordialmente por la escuela sistémica y es aquella relacionada con las pautas de interacción de los sujetos

(Castelló, 2009). “Las relaciones interpersonales más antiguas son la base sobre la que se sustentan las posteriores” (Castelló, 2009, p.5). Dichas pautas no son estáticas, se modifican con el tiempo y las futuras relaciones; así como pueden ser modificadas con la psicoterapia (Castelló, 2009). Como es evidente la aplicación de éste tipo de terapias, resulta también limitado y condicionado a una dimensión particular: la interpersonal, dejando de lado otros aspectos primordiales de la individualidad de las personas (Castelló, 2009).

Escuela Terapéutica	Principales exponentes	Dimensión del ser humano estudiada	Éxito terapéutico
Psicoanalítica Psicodinámica	Sigmund Freud, Alfred Adler, Carl Jung, Otto Rank, Melanie Klein, Hartmann, Anna Freud, Kris, Erikson, Rapaport.	Intrapsíquica, inconsciente, relaciones primarias	Liberación del inconsciente, catarsis, insight.
Conductual	Watson, Jones, Wolpe, Skinner.	Conductas.	Modificar la conducta problemática, cambio sintomatológico.
Cognitiva	Vygotsky, Bandura, Ellis, Beck.	Patrones de pensamiento.	Modificar patrones de pensamiento para eliminar sintomatología.
Humanista	Maslow, Rogers, Binswanger, Boss, Gendlin, Frankl, May Laing, Greenberg, Pearls.	Emociones.	Encontrar un sentido último de vida.
Sistémica	Bateson, Minuchin, Satir, Whitaker, Selvini, Andersen, Ackerman, Bowen, Don Jackson, Erikson	Relaciones interpersonales.	Modificar la dinámica familiar.

Cuadro #2

Escuelas terapéuticas – éxito terapéutico

Investigación en psicoterapia: el estado de la cuestión

Las prácticas basadas en evidencia, como se dice a menudo sobre la psicología clínica, cuenta con un largo pasado pero una corta historia (Norcross, Beutler y Levant, 2006). El largo pasado de las prácticas basadas en evidencia, incluyen cientos de años de esfuerzo para fundamentar la práctica clínica en resultados de investigación sólida (Norcross, et al., 2006).

En primer término, es importante resaltar la tradición médica del nacimiento de la psicología, lo que ha llevado a la investigación a regirse con bajo estos términos. De manera similar, es importante resaltar el papel del mencionado *Manual para la Depresión* (1960), publicado por Beck, con el cual se instauró un modelo de investigación en base a modelos sistematizados de terapia (Beck, 1976).

Los esfuerzos para establecer parámetros fiables de psicoterapia se traducen hasta la actualidad. Desde 1993 una división de la American Psychological Association (APA) ha elaborado una lista de intervenciones psicológicas manualizadas para desórdenes específicos con sustentación empírica, desarrollando estudios controlados con un estricto rigor metodológico (Chambless & Hollon, 1998; Chambless et al., 1996, 1998; Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995; citado en Norcross, et al., 2006).

La investigación en psicoterapia y la demostración experimental de la eficacia de los procedimientos terapéuticos se ha convertido en un objetivo prioritario. Citando a Herrera y García (2003): “La Psicoterapia, considerada durante más de un siglo bajo el manto de diversas escuelas teóricas, muchas veces excluyentes, está llamada a perfeccionarse y convertirse en una esfera profesional profundamente humanística, con

un fundamento científico coherente y un arsenal de recursos técnicos que demuestren su efectividad práctica” (p.111).

La necesidad de contar con fundamentación científica sobre la psicoterapia se resume, según Labrador, Echeburúa y Becoña (2000), en tres razones primordiales:

- a. La multiplicidad de los modelos teóricos, además de la separación creciente entre el mundo académico y la realidad clínica (Labrador, et al., 2000).
- b. La demanda social de tratamientos eficaces con menor coste, así como la necesidad de contar con sustentación empírica para el uso de seguros médicos (Labrador, et al., 2000).
- c. La responsabilidad ética y profesional de ofrecer un servicio más eficiente para los usuarios (Labrador, et al., 2000).

Estudio de la psicoterapia

Dentro del campo de la investigación en psicoterapia; las epistemologías, objetivos, teorías, hipótesis, metodologías y el contexto histórico y científico se encuentran interrelacionados entre sí (Corbella & Botella, 2004). Por este motivo, la investigación en esta rama ofrece una gran diversidad de áreas de análisis, así como modos de estudiarlos (Corbella & Botella, 2004).

Como ha sido expuesto ampliamente, la psicoterapia es una rama que comprende innumerables variables, por lo que se sitúa como una ciencia compleja dentro del área de investigación (Corbella & Botella, 2004). Para manejar dicha

complejidad, la investigación en psicoterapia y específicamente sobre su eficacia se ha centrado en temas específicos como: la comparación de la eficacia de las distintas modalidades terapéuticas (coherente con la batalla ya mencionada), la selección de tratamientos para las necesidades de cada cliente específico, la validación empírica de herramientas específicas y el estudio del proceso terapéutico (Corbella & Botella, 2004).

Sin embargo y a pesar de los adelantos en cuanto a la investigación, existe aún un limitado número de investigación científica en relación con la cantidad de terapias y tratamientos existentes (Corbella & Botella, 2004). La escasa cantidad de producción científica puede estar relacionada con dificultades de tipo teórico, metodológico y práctico (Jiménez y Medina, 2003, citado en Corbella & Botella, 2004). Adicionalmente, la psicoterapia posee una naturaleza única que consecuentemente, enmarca a la investigación bajo particularidades específicas que circunscriben la producción científica (Corbella & Botella, 2004).

Una peculiaridad tiene relación con que los resultados del tratamiento psicoterapéutico se encuentran establecidos bajo un contexto socio - histórico - cultural determinado y dependen en gran medida del significado que adquieran dichos procedimientos (Corbella & Botella, 2004).

Otra cuestión tiene relación con que los resultados del tratamiento no siempre son observables directamente, por el contrario, son cambios que se producen internamente a nivel de la forma de pensar, de percibir o sentir de las personas (Corbella & Botella, 2004). Debe agregarse además, que la investigación contemporánea se encuentra aún muy marcada por el positivismo y así por el registro directo de cambios observables, es decir, por cambios sintomatológicos (Corbella & Botella, 2004), lo que

deja de lado otras variables de interés como la percepción del cliente sobre el cambio terapéutico.

Por otro lado, la percepción existente sobre la salud y enfermedad se encuentran en un proceso dialéctico de transformación (Corbella & Botella, 2004). Es así que las metas del tratamiento pueden variar de un grupo a otro y de cliente a cliente, por el carácter irrepetible de su existencia y de sus experiencias (Corbella & Botella, 2004); consecuentemente, se modifican también las variables involucradas en el proceso de investigación.

El seguimiento de los estados psicológicos de un cliente en tratamiento, es seguramente una de las peculiaridades más complejas en cuanto a la investigación científica (Valdivieso, 1994). Es imprescindible incluir variables que influyen en el proceso psicoterapéutico, adicionalmente, se debe generar criterios operacionales medibles sobre dichas variables para obtener resultados significativos que sean válidos y confiables, lo que no siempre sucede ni es posible (Valdivieso, 1994). Como se ha expuesto, generalmente las herramientas utilizadas son difusas en relación a las variables a estudiar.

Otro aspecto primordial que debe considerarse en esta área de estudio, tiene relación con la consideración del cambio terapéutico como estadísticamente significativo versus clínicamente significativo (Santibáñez, 2004). Jacobson y Truax (1991) plantean que el efecto estadístico no siempre es aplicable a la práctica clínica. Por tanto, los mismos autores sugieren integrar a la significancia estadística algunos criterios para evaluar la significancia clínica de los resultados experimentados por el cliente a través de la psicoterapia, proponiendo la construcción de un *índice de cambio*

confiable que integre tanto el valor estadístico como el clínico (Jacobson y Truax, 1991).

Cambio sintomático vs. cambio estructural

Tradicionalmente, el cambio en psicoterapia ha sido valorizado desde dos visiones: el cambio sintomático y el cambio estructural (Castelló, 2009). El primero toma en cuenta únicamente los cambios visibles en la conducta sintomática como por ejemplo, la reducción del consumo en una adicción; por otro lado, el cambio estructural se relaciona con cambios más “profundos” de la personalidad, funcionamiento relacional o estructura misma del *self* (Castelló, 2009). Este tipo de cambios pueden ser comparados con los mencionados por Bateson (1951) como cambio de primer orden (cambio sintomático) y cambio de segundo orden (cambio estructural).

Ambos polos de análisis del fenómeno han sido cuestionados y desacreditados. Del cambio sintomático se ha debatido el hecho que deja de lado las verdaderas interacciones relacionales, la estructura de personalidad, el contexto y la dimensión del problema para centrarse únicamente en conductas que no siempre son la fuente del problema (Castelló, 2009). Por otra parte, se afirma que el cambio estructural deja de lado el pedido del cliente y la situación “real” que lo trae a consulta al desatender el síntoma y el problema concreto del individuo (Castelló, 2009). Sin embargo, estas dos posturas dicotómicas cuentan con puntos de encuentro, sin tener que ser excluyentes entre sí y por el contrario, complementándose para el beneficio del cliente (Coderech, 1995; citado en Castelló, 2009).

Claramente, todas estas visiones vuelven al tema primordial: la psicoterapia y su investigación, se encuentran enmarcadas desde una visión positivista y generalmente reduccionista, dejando de lado la percepción del cliente y etiquetándolo como “funcional”, “disfuncional”, “saludable” o “enfermo”.

Es así que los psicoterapeutas deben reflexionar sistemáticamente sobre las cualidades de sus actividades profesionales y sobre sus resultados en diferentes campos de acción como debe ocurrir en otras esferas del quehacer humano (Herrera & García, 2003). La investigación en psicoterapia se vuelve entonces, una herramienta imprescindible para valorar el trabajo realizado en la práctica, aunque se la debe perfeccionar para volverla holística e integradora.

Para contrarrestar las peculiaridades de la investigación en psicoterapia, se han desarrollado varios métodos e instrumentos que buscan obtener resultados demostrados empíricamente. Dentro de la psicoterapia, la investigación de resultados y la investigación de procesos son las más utilizadas.

Investigación de resultados

Como su nombre lo indica, la investigación de resultados consiste en obtener información confiable y válida sobre los resultados obtenidos de un determinado proceso psicoterapéutico (Corbella & Botella, 2004).

La investigación de resultados en psicoterapia surge de la creciente necesidad de la población general así como de los actores en psicoterapia, de contar con evidencia científica sobre la efectividad de los diferentes procesos (Corbella & Botella, 2004). Adicionalmente, se necesita conocer a profundidad el tipo de cambio y magnitud de

cada tipo de intervención terapéutica (Corbella & Botella, 2004). Se tiene además la responsabilidad ética de realizar evaluaciones objetivas de la calidad de los servicios y al mismo tiempo orientar la labor clínica desde una perspectiva científica (Ministerio de Salud del Ecuador, 2007).

A lo largo de los años, la investigación para medir resultados terapéuticos ha evolucionado de manera importante (Lambert y Bergin, 1994). Se han planteado diversas fuentes desde donde se puede evaluar resultados terapéuticos (como por ejemplo, impresiones clínicas de los terapeutas, autoevaluaciones de los clientes, registros fisiológicos, instrumentos que incluyen perspectivas teóricas o ateóricas para evaluar cambio, etc.), lo que da cuenta de la necesidad de incluir, para dicha finalidad, diferentes perspectivas que den riqueza a la información (Corbella & Botella, 2004).

Dado que el cambio terapéutico es un fenómeno multidimensional, es necesario contar con las diferentes fuentes desde donde se extrae la información, siendo necesario considerar la perspectiva del cliente, del terapeuta, de la familia, de la sociedad, así como de la teoría que aporta un marco referencial y ético (De la Parra, 2002; citado en Ministerio de Salud del Ecuador, 2007). Sin embargo, como se ha discutido, la mayor parte de investigaciones dejan de lado la propia perspectiva del cliente.

Se han empleado diferentes métodos e instrumentos para evaluar los resultados psicoterapéuticos. Algunos como el CORE – OM (Barkham, 2001; citado en Corbella & Botella, 2004) son de dominio público, otros como el AKQUASI (Kordy, Hannover y Richard, 2001; citado en Corbella & Botella, 2004) reciben el apoyo de instituciones gubernamentales y otros como el OQ – 45 (Lambert, Hansen & Finch, 2001; citado en Corbella & Botella, 2004) y el COMPASS (Lueger et al., 2001; citado en Corbella & Botella, 2004) son ofrecidos (previo pago) para ser utilizados en el contexto terapéutico.

Por su parte el *Outcome Questionnaire – 45* (OQ – 45) desarrollado por Lambert y colaboradores es un instrumento de evaluación en formato de auto informe que debe ser contestado por el cliente (Corbella & Botella, 2004). A diferencia de los métodos expuestos anteriormente, el OQ-45 no cuenta con apartados destinados a ser contestados por el terapeuta u observadores clínicos (Corbella & Botella, 2004). Al igual que el COMPASS, el OQ-45 tiene un único formato destinado a evaluar a clientes externos (Corbella & Botella, 2004).

El instrumento de evaluación de resultados más empleado en el Reino Unido es el *CORE Outcome Measure* creado por Barkham y colaboradores (2001) (citado en Corbella & Botella, 2004). El CORE-OM es un auto informe que consiste en 34 ítems que debe contestar el cliente (Corbella & Botella, 2004). Como el OQ-45, no cuenta con otras fuentes de información; es un instrumento corto y rápido, lo que facilita su aplicación (Corbella & Botella, 2004). Adicionalmente, el CORE-OM cuenta con dos versiones reducidas de tan sólo 18 ítems, la existencia de diferentes formatos permite cierta flexibilidad en la aplicación del instrumento en función del cliente (Corbella & Botella, 2004).

Otro de los instrumentos existentes es el desarrollado por el *Consumers Report*, que pretende obtener resultados del éxito del proceso terapéutico, al momento que éste ha finalizado (Corbella & Botella, 2004).

Formas diferentes de evaluación incluyen métodos mixtos, llegando a la conclusión de que en la investigación en psicoterapia es recomendable utilizar una variedad de instrumentos y formas de evaluación para que garanticen la confiabilidad y validez de los resultados obtenidos (Corbella & Botella, 2004). Todos los instrumentos de evaluación comentados tienen índices de cambio propios para lograr evaluar una

mejoría durante el tratamiento, al finalizar y durante el seguimiento. De manera similar, todos cuentan con indicadores de riesgo del cliente durante la evaluación (Corbella & Botella, 2004).

Sin embargo, la mayor parte de los instrumentos mencionados obtienen información restringida, por lo que se hace hincapié en la necesidad de contar con investigación de orden cualitativo que proporcione información abierta del cliente.

i. Efectividad general de la psicoterapia

Dentro de la investigación de resultados, la efectividad de la psicoterapia ha sido uno de los temas de mayor estudio (Santibáñez, 2001). La década de los cincuenta supuso un gran impulso dirigido a comprobar la eficacia de la psicoterapia (Santibáñez, 2001). Eysenck (1952), fue el pionero en el área, revisó un conjunto de estudios sobre resultados en psicoterapia y concluyó que el tratamiento psicológico no conductual no era eficaz (citado en Santibáñez, 2001). Eysenck (1952) cuestionó la utilidad del tratamiento psicológico no conductual, dado que parecía demostrar que el efecto de la psicoterapia era inferior incluso al de la remisión espontánea de los clientes que no recibían ningún tipo de tratamiento (citado en Santibáñez, 2001). El trabajo realizado por Eysenck (1952) presentó graves sesgos metodológicos, no obstante, su trabajo impulsó el crecimiento de investigaciones sobre el tema de la efectividad en psicoterapia (Santibáñez, 2001).

Dentro de la evaluación de la efectividad general de la psicoterapia, es importante señalar nuevamente el papel del *Manual para la Depresión* (1960) publicado por Beck,

que fue pionero en el desarrollo de modelos sistematizados de investigación en modelos psicoterapéuticos y así también de su efectividad (Corbella & Botella, 2004).

Con el modelo instaurado por Beck, se generó una ola de investigación sobre la efectividad de la terapia que se obtenía con diferentes modalidades, lo que impulsó al desarrollo de investigaciones comparativas de la situación del cliente pre tratamiento y post tratamiento (Corbella & Botella, 2004). Este desarrollo significó la integración de medidas estandarizadas para obtener resultados estadísticamente significativos (Corbella & Botella, 2004).

Uno de los trabajos básicos en el terreno de la eficacia de la psicoterapia fue el meta análisis realizado por Smith, Glass y Miller (1980) quienes revisaron 475 estudios concluyendo que las personas que reciben terapia mejoran más que el 80% de las personas no tratadas. Estudios posteriores (e.g. Andrews & Harvey, 1981; Elliott, 2001; Lambert, 1986; Lambert & Cattani – Thompson, 1996; citado en Corbella & Botella, 2004) han dado apoyo y consistencia a los estudios que afirman la eficacia de la psicoterapia. “El porcentaje de clientes que mejoran como resultado de la psicoterapia se ha cifrado entre un 65% y un 70% (Lambert, Shapiro & Bergin, 1986; Whiston & Sexton, 1993), mientras que la remisión espontánea no supera el 40%. Lambert y Bergin (1994) encontraron que la media de la magnitud del efecto contrastando psicoterapia con no tratamiento era de 0,82” (citado en Corbella & Botella, 2004, p. 17).

ii. Efectos iatrogénicos de la psicoterapia

Los efectos iatrogénicos tienen relación con aquellas consecuencias negativas que pueden producirse en un proceso psicoterapéutico (Corbella y Botella, 2004).

Lambert y Bergin (1992), afirman que si bien la mayoría de clientes en psicoterapia mejoran, un porcentaje de la población no mejora y otros pueden presentar efectos perjudiciales (citado en Corbella y Botella, 2004).

Varios estudios han demostrado que la psicoterapia puede, en algunas ocasiones, tener efectos negativos o de deterioro en ciertos clientes. Orlinsky y Howard (1980) (citado en Corbella y Botella, 2004) encontraron un que 7% de clientes empeoraron debido a la terapia. Por su parte, Shapiro (1982), habla de un 11.3% de clientes que experimentaron efectos iatrogénicos debido a un proceso psicoterapéutico (citado en Corbella y Botella, 2004).

Es importante recalcar que dichos efectos no son específicos de ninguna modalidad de terapia ni orientación teórica (Corbella y Botella, 2004). En concreto, las intervenciones confrontativas dirigidas a socavar las estrategias de afrontamiento del cliente han demostrado tener efectos de deterioro sobre clientes con personalidades borderline o esquizofrénicos (Corbella y Botella, 2004). Por otra parte, las actitudes negativas del terapeuta hacia el cliente como desagrado, falta de respeto, falta de empatía o juzgamiento han demostrado ser efectos iatrogénicos para las personas durante la terapia (Corbella y Botella, 2004).

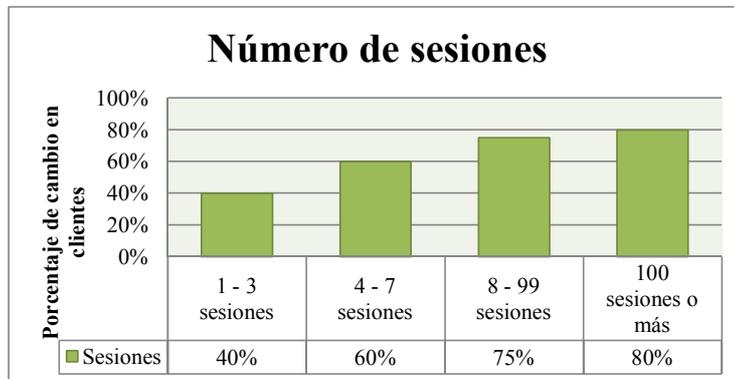
iii. *Número de sesiones necesarias para experimentar cambio terapéutico*

Uno de los aspectos más relevantes en cuanto a la eficacia de la psicoterapia tiene relación con el número de sesiones realizado en el proceso. La variabilidad de la duración de la terapia de las diferentes escuelas fue la que impulsó al estudio de la

cantidad de sesiones necesarias para experimentar cambios terapéuticos (Corbella y Botella, 2004).

Entre un 30% y un 40% de clientes en psicoterapia experimentan cambios importantes entre la primera y la tercera sesión; en el período comprendido entre la cuarta y la séptima sesión el porcentaje de clientes que experimentan cambios importantes alcanza entre un 50% y un 60% (Kadera, Lambert y Andrews, 1996; citado en Corbella y Botella, 2004). Al cabo de seis meses de terapia semanal mejoran el 75% de los clientes (Kadera, Lambert y Andrews, 1996; citado en Corbella y Botella, 2004). Alargar la terapia más allá de 100 sesiones sólo consigue incrementar el porcentaje a un 80% de clientes que perciben un cambio significativo (Kadera, Lambert y Andrews, 1996; citado en Corbella y Botella, 2004). Estos resultados se dan con independencia tanto del modelo teórico desde el que se trabaja como de las técnicas empleadas durante el tratamiento (Corbella y Botella, 2004).

“La idea básica que se desprende de este estudio es que los clientes en psicoterapia suelen experimentar los cambios más significativos durante las fases iniciales del tratamiento. A partir de los mismos datos, los autores concluyeron que cuanto mayor era el número de sesiones consecutivas en las que los clientes no experimentaban cambios, más aumentaba la probabilidad de un resultado negativo en la terapia” (Corbella y Botella, 2004, p.22). Es relevante reconocer que la relación entre la duración del tratamiento y la eficacia del mismo, cuenta con una gran diversidad de variables que interactúan entre sí, éstas van desde el tipo de trastorno presente hasta las características del cliente (Corbella y Botella, 2004). Sin embargo, en el ámbito general, las investigaciones prueban la importancia de las primeras sesiones (1-7) en la eficacia de la psicoterapia (Corbella y Botella, 2004).



Cuadro #3

Número de sesiones necesarias para experimentar cambio terapéutico

Fuente: Corbella y Botella (2004).

iv. Evidencia diferencial de las escuelas terapéuticas

Una vez resuelta la interrogante sobre la eficacia de la psicoterapia, se inició una carrera para demostrar qué tipo de tratamiento mostraba resultados más eficaces (Corbella y Botella, 2004). Es así que a partir de la década del setenta, las diferentes escuelas terapéuticas emprendieron la tarea de demostrar la efectividad y superioridad de cada una de ellas (Corbella y Botella, 2004).

En el estudio meta analítico realizado por Smith y cols. (1960) se compararon hasta 78 tipos de psicoterapia concluyendo que no existieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los resultados de los distintos enfoques teóricos. Los resultados de otros estudios (Lambert y Bergin, 1992; Lambert, Shapiro y Bergin, 1986; Luborsky et al. 1975; Stiles, Shapiro y Elliott, 1986; citado en Corbella y Botella, 2004), continuaron demostrando la imposibilidad de que algún modelo teórico

o forma de tratamiento fuese más eficaz que los demás. Resultados similares se observan en trabajos más recientes (Castonguay et al., 1996; Lambert, Berrett, Fisher y Porter, 1997; Miller, Duncan y Hubble, 1997; Wampold, et al., 1997; citado en Corbella y Botella, 2004) constatando de esta manera que ningún modelo teórico (de los más de 130 estudiados) supera a los demás en términos genéricos (Corbella y Botella, 2004).

AUTORES	TRATAMIENTOS	N (número de estudios)	TAMAÑO DEL EFECTO
Christensen et al. (1980)	Terapia de conducta	14	1,16
Smith, Glass y Miller (1980)	Varias	475	0,85
Crits – Christoph (1992)	Terapia Psicodinámica breve	11	0,82
Dunn y Schwebel (1995)	Terapia de pareja	15	0,79
Engels, Garnefski y Diekstra (1993)	Terapia racional emotiva	31	1,62
Gaffan, Tsaousis y Kemp – Wheeler (1995)	Terapia cognitiva	6	0,72
Lyons y Woods (1991)	Terapia racional emotiva	70	0,98
Markus, Lange y Pettigrew (1990)	Terapia familiar	10	0,70
Svartberg y Stiles (1991)	Terapia Psicodinámica breve	3	0,14
Kirsch, Montgomery y Sapirstein (1995)	Hipnoterapia cognitiva conductual y psicoterapia cognitiva conductual	20	1,23
Greenberg, Elliott y Lieater (1994)	Humanista	37	1,24
Weisz et al. (1995)	Terapia de conducta (en niños)	197	0,54
Viney (1998)	Terapia de Constructos Personales	9	1,21

Cuadro # 4

Estudios meta analíticos de la evidencia diferencial de enfoques terapéuticos

Fuente: Corbella y Botella, 2004

A pesar de que diversos estudios no han presentado resultados significativos sobre una diferencia real de la aplicación de un modelo terapéutico frente a otro; existen diversos estudios que demuestran que ciertos tipos de trastornos responden mejor a determinadas técnicas terapéuticas provenientes de escuelas específicas (Norcross, et al., 2006).

Norcross, Beutler y Levant (2006), hacen hincapié en la necesidad de transformar la investigación en psicoterapia en el estudio de determinados tratamientos para trastornos específicos. Se resalta nuevamente, el trabajo realizado por la división 12 de la APA, encargada de realizar estudios sistemáticos, rígidos y empíricos sobre éste tema (Norcross, et al., 2006).

Siguiendo esta línea, otros autores como Álvarez y Fernández Hermida (2001), han publicado investigaciones que analizan los tratamientos eficaces o empíricamente validados en relación a su uso en trastornos específicos. Estos autores realizan una clasificación de tratamientos «Bien establecidos», «Probablemente eficaces» y «en fase experimental» para diferenciar el tipo de resultados encontrados (Álvarez y Fernández Hermida, 2001).

Los mismos autores afirman que “en conjunto, y en principio, se revela un panorama positivo, al que no se puede por menos que saludar enfáticamente, tanto desde el punto de vista del cliente como del clínico y, en su caso, del tercer pagador. Habida cuenta, por lo demás, que se refiere en general a tratamientos de corta duración, en torno a quince sesiones, consistentes en programas más o menos estructurados”. (Álvarez y Fernández Hermida, 2001, p. 524). A continuación se presenta un cuadro de los resultados arrojados por los autores.

CLASIFICACIÓN DE TRATAMIENTOS EFICACES SEGÚN LOS TRASTORNOS

Tipo 1: Tratamiento Bien establecido Tipo 2: Tratamiento Probablemente Establecido Tipo 3: Tratamiento en Fase Experimental

Trastornos	Tipo 1		Tipo 2	Tipo 3
	a	b		
Tratamientos				
Esquizofrenia				
• Paquetes integrados Multimodales	X			
• Entrenamiento en habilidades sociales		X		
• Intervenciones Familiares Psicoeducativas			X	
• Tratamientos Cognitivo-Conductuales para delirios y alucinaciones				X
• Farmacología				
		X		
Drogodependencias				
<i>Nicotina</i>				
• Programas Conductuales Multicomponentes	X			
• Sustitutivos de nicotina (chicles y parches)	X			
<i>Alcohol</i>				
• Aproximación de Tratamiento Comunitario	X			
• Entrenamiento en Habilidades Sociales		X		
• Prevención de Recaídas			X	
• Terapia Conductual Familiar y de Pareja				
• Medicamentos	X			
<i>Cocaína</i>		X		
• Programa de Reforzamiento comunitario			X	
• Terapia Cognitivo – Conductual				
<i>Heroína</i>				
• Manejo de contingencias				
• Metadona	X			
• Programas cognitivo – conductuales			X	
• Exposición a estrés				
	X			
	X			
			X	
				X

Trastornos del comportamiento alimentario

Anorexia

- Terapia Cognitivo – Conductual X
- Rehabilitación nutricional
- Intervención Psicosocial X
- Farmacoterapia X

Bulimia

- Terapia Cognitivo – Conductual X
- Terapia Interpersonal
- Farmacoterapia X
- Exposición – Prevención de recaída X
- X
- X
- X

Trastornos de Personalidad

Trastorno de personalidad límite

- Terapia Dialéctica X
- Terapia Cognitivo – Conductual X

Trastorno de Personalidad por evasión

- Terapia de habilidades sociales
- Terapia de conducta X

Trastornos de Personalidad en general

- Terapia Cognitivo – Conductual / Terapia Estratégica/ Terapia Psicoanalítica X
- X

Hipocondrías

- Terapia de Conducta X
- Terapia Cognitivo-Conductual X
- Terapia Psicodinámica X
- Farmacoterapia X
- X

Trastorno Obsesivo – Compulsivo

- Exposición con Prevención de Respuesta X
- Terapia Cognitiva X
- Farmacoterapia X
- X

Disfunciones sexuales			
<i>Disfunción eréctil</i>			
• Terapia Sexual	X		
• Farmacoterapia			
• Desensibilización Sistemática		X	
• Terapia de vacío			X
• Terapia Racional Emotiva			X
<i>Eyacuación precoz</i>			
• Terapia Sexual			X
• Farmacoterapia			X
<i>Inhibición eyaculatoria</i>			
	X		
• Terapia sexual		X	
<i>Trastorno orgmásmico femenino</i>			
• Entrenamiento masturbatorio		X	
		X	
Ansiedad Generalizada			
• Terapia Cognitivo-Conductual	X		
• Farmacoterapia			
• Reestructuración cognitiva		X	
• Relajación			X
• Terapia no directiva			X
• Hipnosis adjunta a Terapia Cognitivo – Conductual			X
			X
			X
Fobias específicas			
• Exposición	X		
• Terapia Cognitivo-Conductual			
• Realidad Virtual		X	
			X
Trastorno de pánico			
• Tratamiento para el Control de Pánico (Barlow)	X		
• Programa de Terapia Cognitiva para el Pánico (Clark)	X		
• Relajación Aplicada			
• Exposición		X	
• Farmacoterapia			
			X
			X

Trastorno por Estrés Post-traumático		
• Terapia de exposición	X	
• Terapia Cognitiva	X	
• Manejo de la ansiedad		X
• Hipnoterapia		
• Farmacoterapia		X
		X
Depresión		
• Programa de Actividades Agradables	X	
• Entrenamiento en Habilidades Sociales		
• Curdo de Afrontamiento de la Depresión (Lewinsohn)	X	
• Terapiade Autocontrol de la Depresión	X	
• Terapia de Solución de Problemas		
• Terapia Conductual de Pareja	X	
• Terapia Cognitiva de Depresión de Beck		
• Terapia Interpersonal	X	
• Farmacoterapia		
• Psicoterapia psicodinámica	X	
• Terapia sistémica	X	
	X	
	X	
		X
		X
Trastorno Bipolar		
• Psicoeducación	X	
• Terapia Marital y Familiar		
• Terapia Cognitivo-conductual	X	
• Terapia Interpersola y del Ritmo Social	X	
• Farmacoterapia (litio)		
		X
	X	

Cuadro # 5

Clasificación de tratamientos eficaces según los trastornos

Fuente: Álvarez y Fernández Hermida (2001).

Investigación de procesos

La investigación de procesos en psicoterapia es definida como el estudio de la interacción entre el terapeuta y el cliente con el fin de identificar los procesos que generan cambio terapéutico (Greenberg & Pinsoff, 1986).

Este tipo de investigación tiene como objetivo aumentar la comprensión de los procesos de cambio y así también de los resultados de la psicoterapia (Kopta, 1999). La investigación de procesos identifica los componentes activos del proceso terapéutico y de los mecanismos de cambio (Kopta, 1999). Mientras la investigación de resultados se relaciona con el “qué”, la de procesos tiene relación con el “como” (Greenberg y Pinsoff, 1986).

Pese a que algunos autores consideran que el área de estudio del proceso de terapia es reciente, se habla de su origen en los estudios de los años cuarenta realizados con el inicio de la terapia centrada en el cliente en donde Rogers filmaba las sesiones terapéuticas para comprender el proceso de cambio (Greenberg y Pinsoff, 1986).

Las investigaciones de proceso psicoterapéutico guarda estrecha relación con los aspectos relacionados con el cliente, el terapeuta y así también con la relación entre ambos, es decir, con la relación terapéutica (Greenberg y Pinsoff, 1986).

Es importante mencionar que el interés por la investigación de procesos no deja de lado el interés relacionado con la investigación de resultados; por el contrario, es evidente que ambos tipos de terapia deben ser aplicados conjuntamente y deben complementarse (Greenberg y Pinsoff, 1986). De acuerdo a varios autores (Lambert y Hill, 1999; Stiles, Shapiro y Harper, 1994) la investigación de procesos y resultados

resulta inseparable ya que no dejan de formar parte del estudio del mismo fenómeno: la psicoterapia (citado en Greenberg y Pinsoff, 1986).

En relación a lo mencionado, autores como Beutler (1990) o Marmar (1990) consideran que durante los últimos años se ha producido una aproximación de interés por parte de los investigadores de proceso y de resultado; dicha aproximación responde a la necesidad de comprender al cambio en psicoterapia desde una visión integral (citado en Greenberg y Pinsoff, 1986)

Con el inicio de la investigación de procesos y resultados, distintos autores (Elliot y Anderson, 1994; Rice y Greenberg, 1984) han entendido el cambio terapéutico como una asociación de diversas variables en interacción que ocurren dentro del espacio terapéutico (citado en Corbella & Botella, 2004).

A partir de diferentes estudios de procesos psicoterapéuticos, muchos investigadores han llegado a la conclusión de que el cambio del cliente en el proceso terapéutico deriva de la acción de variables inespecíficas o factores comunes compartidos por los diferentes enfoques (Opazo, 2001).

i. Factores comunes: más allá de enfoques psicoterapéuticos

Como conclusión de lo mencionado hasta el momento, en las últimas décadas autores de distintas líneas teóricas han llegado a afirmar que el cambio en el proceso psicoterapéutico sería atribuible a principios comunes compartidos por los diversos enfoques teóricos (Arrendondo & Salinas, 2005).

Estos principios, también denominados variables inespecíficas, son definidos como aquellos aspectos del cliente, del terapeuta y de la relación entre ambos, que son comunes a cualquier psicoterapia independiente de la escuela o técnicas utilizadas durante el proceso (Opazo, 2001).

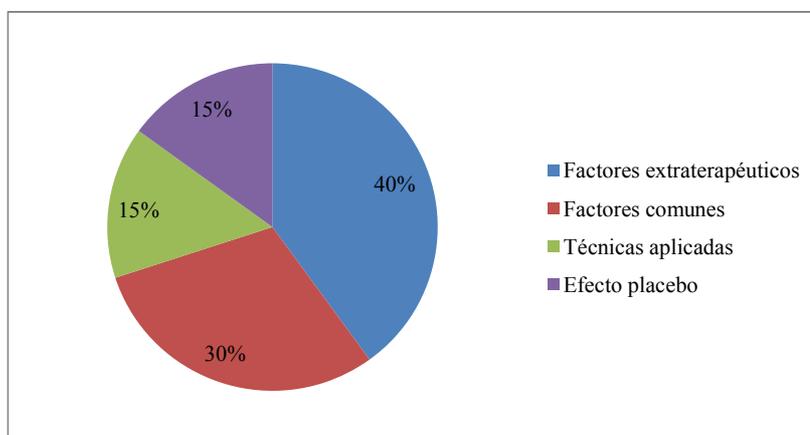
Durante los últimos años, los investigadores han centrado su atención al análisis de la interacción entre variables del terapeuta y del cliente con el fin de obtener factores comunes que guíen a la terapia y que cuenten con evidencia científica de ser variables efectivas para el cliente (Frances, 1985; Omer, 1989, en Bagladi, Carrasco & Lira, 1992, citado en Arrendondo & Salinas, 2005).

Es así que el constructo de principios comunes se ha ido cimentando a través del tiempo con los planteamientos y aportes de distintos teóricos e investigadores, cuyo interés ha generado en las últimas décadas, una cantidad considerable de investigaciones a nivel mundial planteando la necesidad de generar mayor cantidad de estudios sobre factores comunes que ayude a la creación de un modelo integral de psicoterapia (Santibáñez, 2001).

Corbella y Botella (2004) afirman que los resultados encontrados sobre la eficacia diferencial, la alianza terapéutica, las variables del cliente y el estilo personal del terapeuta han indicado la importancia de los principios comunes existentes entre las diferentes modalidades de psicoterapia y especialmente la relación que se establece entre el terapeuta y el cliente. Aportaciones desde el constructivismo y el construccionismo social como los planteamientos de la reconstrucción relacional ponen de manifiesto la relevancia de la dimensión relacional en el contexto psicoterapéutico (Salvo, 2002; citado en Corbella y Botella, 2004).

Varios estudios afirman que aproximadamente un 40% de la variabilidad en relación a la eficacia de todas las formas de psicoterapia podría deberse a la calidad de variables inespecíficas o denominados factores comunes, los mismos que guardan estrecha concordancia con la relación terapéutica (Valdivieso, 1994).

De manera similar, Lambert (1986) identifica que del total del cambio que experimenta el cliente en psicoterapia un 40% se debe a factores extra terapéuticos; un 30% se debe a factores comunes; un 15% es el resultado de las técnicas aplicadas en la terapia y; finalmente, un 15% proviene del efecto placebo (citado en Corbella y Botella, 2004). Este estudio demuestra nuevamente, que los principios comunes son más importantes dentro de la psicoterapia que la aplicación estricta de un determinado modelo psicoterapéutico o técnicas terapéuticas.



Cuadro #6

Factores que explican el cambio terapéutico

Fuente: Corbella y Botella (2004)

Dentro de los principios comunes se establecen cuatro características básicas que se enmarcan dentro del término “*alianza terapéutica*”:

1. La relación afectiva del paciente con el terapeuta (Gaston, Marmar, Thompson, y Gallager, 1991).
2. La alianza de trabajo o la capacidad del paciente para actuar con propósito en la terapia (Gaston, et al., 1991).
3. La comprensión empática y el compromiso del terapeuta (Gaston, et al., 1991).
4. El acuerdo entre paciente y terapeuta sobre los objetivos y tareas del tratamiento (Gaston, et al., 1991).

Como se ha mencionado, el término *alianza terapéutica* engloba a los principios comunes o variables inespecíficas de toda psicoterapia que la hacen efectiva independientemente al marco teórico o enfoque utilizado.

En principio, el concepto de *alianza terapéutica (AT)* fue utilizado para explicar la relación existente entre terapeuta y cliente durante el proceso psicoterapéutico (Hartley, 1985). Sin embargo, en la década de 1970 Bordin (1976) presentó una definición transteórica del concepto, estableciendo que la alianza involucra acuerdos y colaboración entre terapeuta y cliente integrando tres componentes constitutivos: *vínculo, tareas y metas*, los que en combinación definirían la calidad y fuerza de toda alianza (citado en Arrendondo & Salinas, 2005).

Según Talley (1990), la calidad de la alianza terapéutica está en función del modo en que las personalidades del paciente y del terapeuta interactúan y se combinan, lo que se pone de manifiesto por la calidad del “equipo” que se ha formado, se entiende además como el compromiso personal de cada uno de los participantes y su habilidad

para coordinar las acciones específicas que cada uno de ellos cumple durante el proceso (citado en Arrendondo & Salinas, 2005).

Considerando lo anterior, una alianza terapéutica se verá fortalecida cuando exista compromiso con el proceso tanto del paciente como del terapeuta, cuando el terapeuta sea percibido como creíble y seguro, el paciente perciba a su terapeuta como comprometido en el proceso, la relación se plantee como una colaboración entre iguales (relación simétrica), el terapeuta sea empático y sea percibido como tal por el paciente, exista “sintonía” entre paciente y terapeuta, y cuando existan sentimientos positivos y recíprocos entre paciente y terapeuta, siendo los sentimientos del paciente más discriminativos con relación al resultado (Talley, 1990 citado en Arrendondo & Salinas, 2005).

Kleinke (1995) (citado en Fernández Álvarez y Opazo, 2004) señala que la importancia de desarrollar una buena alianza terapéutica para el éxito de la terapia ha sido documentada en una importante cantidad de estudios empíricos (Saltzman et al., 1976; Waterhouse y Strupp, 1984; Orlinsky y Howard, 1986; Luborsky, Barber y Crits-Christoph, 1990; citado en Fernández Álvarez y Opazo, 2004), y que es posible sostener que probablemente, la característica común más reconocida para la efectividad de la psicoterapia sea la trascendencia que entraña la relación terapéutica, es decir, los principios comunes en psicoterapia. Incluso se ha llegado a plantear que, en psicoterapia, la relación es lo que cura (Yalom, 1980; citado en citado en Fernández Álvarez y Opazo, 2004).

Una revisión de 132 investigaciones de proceso y resultado psicoterapéutico realizada por Orlinsky, Grawe y Parks en 1994, concluyó que existe una fuerte relación

entre la calidad de la alianza terapéutica y el resultado del proceso de psicoterapia, surgiendo una amplia gama de investigaciones a nivel mundial que plantean que diversos aspectos de la alianza terapéutica han sido correlacionados positivamente con los resultados del tratamiento (citado en Stiles, Agnew-Davies, Hardy, Barkham & Shapiro, 1998).

Asimismo, Krause (2005), apuntó que la falta de alianza terapéutica pone en peligro el proceso de cambio, llegando incluso a generar efectos iatrogénicos. Se plantea además la necesidad de crear un vínculo fuerte desde fases iniciales de la terapia, pues de lo contrario, será cada vez más complicado crearlo con el transcurso de las sesiones (Krause, 2005).

Hovarth (2005), señala una correlación entre resultado de la terapia y alianza del .22 al .68, mostrando un resultado significativo y consistente. El mismo autor señala que la evaluación precoz de la alianza puede ser considerada como el mejor predictor de éxito (Hovarth, 1995).

Gelso y Carter (1985) definieron la relación terapéutica como “los sentimientos y actitudes que los participantes en el counseling (consejo o psicoterapia) tienen entre sí y su manera de expresión” (p.159).

Por otra parte, diversos autores (Bein et al., 2000; De la Parra & Isla, 2000) señalan que la aplicación rígida de manuales de psicoterapia pueden llevar al deterioro de la alianza (citado en Kleinke, 1995), lo que parece ser apoyado con los planteos de Safran y Muran (2000) (citado en Kleinke, 1998), quienes refieren que los terapeutas deben desarrollar habilidades de auto observación para así establecer una buena alianza terapéutica.

Considerando que la alianza es importante para el proceso y el resultado en la psicoterapia, aparece el cuestionamiento sobre la posibilidad de entrenar en esta habilidad a los psicoterapeutas en formación (Winkler, Avendaño, Krause & Soto, 1993). Estudios comparativos sobre resultados obtenidos por terapeutas profesionales y terapeutas en formación no muestran diferencias significativas en cuanto a la efectividad terapéutica existente, lo que lleva a concluir que el desarrollo de determinadas habilidades (como la generación de alianza terapéutica), es independiente de la formación y experiencia profesional (Winkler, et al., 1993).

En una línea similar, diversos autores (Durlak, 1979; Nietzel & Fisher, 1981; Strupp & Binder, 1984) compararon los resultados terapéuticos obtenidos por terapeutas profesionales con resultados obtenidos por legos (personas que no eran terapeutas y presentaban una “empatía natural”, o que habían tenido únicamente pocas sesiones de instrucción). Estos estudios constataron que no existe una diferencia significativa entre profesionales y legos en lo concerniente a su efectividad (Durlak, 1979; Nietzel & Fisher, 1981; Strupp & Binder, 1984). De lo anterior se concluyó que existen factores inespecíficos como la comprensión o la empatía que son independientes de la experiencia profesional y el modelo terapéutico empleado.

La construcción de la realidad: epistemología constructivista

El verbo *construir* significa organizar u ordenar (Mahoney, 2005). El orden es esencial para la percepción y básico para el significado, contempla un sentido dinámico en la reorganización continua de la realidad (Mahoney, 2005).

La construcción de la realidad es para los constructivistas, la base de la comprensión del ser humano (Mahoney, 2005). Más allá de ser una teoría, el constructivismo es una concepción epistemológica que considera al ser humano como un ente activo, creador de significados que mantiene constantemente redes relacionales que demandan nuevas direcciones (Mahoney, 2005). Para los constructivistas, las personas construyen significados y viven en una red invisible de significados tejidos durante su vida (Mahoney, 2005).

i. Antecedentes

Mahoney (2005) afirma que el constructivismo no es algo nuevo o limitado, por el contrario, comenta que la filosofía oriental lo ha anticipado. El Lao Tse (s.vi a.C.) y Buda (560-477 a.C.), hablaron ya sobre la fluidez de la vida, la unión esencial de elementos aparentemente opuestos, de la naturaleza cambiante de la vida, de la construcción de nuestros mundos gracias al significado de nuestros pensamientos, fantasías y todas formas de imaginación (Mahoney, 2005).

El mismo autor comenta que la cultura occidental, habló ya sobre aspectos esenciales del constructivismo (Mahoney, 2005). El filósofo presocrático Heráclito (540-475 a.C.), sostenía que todo cuanto existe debe fluir, planteamiento denominado posteriormente como filosofía del proceso (Mahoney, 2005). De manera similar,

Heráclito inmortalizó su máxima de que no podemos bañarnos dos veces en el mismo río (Mahoney, 2005). No solamente por el agua de dicho río, que se encuentra en constante cambio y movimiento, sino además porque el ser humano tampoco será el mismo, el ser humano es en sí mismo objeto de cambio (Mahoney, 2005).

El constructivismo contemporáneo tiene además influencia filosófica de varios autores, incluye la nueva ciencia y concepto de “universales imaginativos” de Vico (1725-1748), el análisis de los límites del conocimiento derivado de Kant (1791-1804) y la filosofía neokantiana del “como si” de Vaihinger (1911-1924) (Mahoney, 2005).

En cuanto a las aportaciones pioneras del constructivismo en psicología se destaca el trabajo de Piaget (1926), el análisis constructivista de la memoria de Barlett (1932), el tratado sobre la naturaleza constructiva del sistema nervioso de Hayek (1952), la psicología de los constructos personales de Kelly (1955) y la metateoría motriz de la mente de Weimer (1977) (Lyddon & Alford, 1996).

ii. Postulados fundamentales

Para Mahoney (2005), son cinco temas primordiales los que conforman el sustento de la epistemología constructivista:

1. Actividad: la experiencia humana supone una actividad continua, incluso el “no hacer nada” presume ya actividad (Mahoney, 2005).
2. Orden: gran parte de la actividad humana está dedicada a los denominados *procesos de ordenamiento*, que son pautas de organización de la experiencia, principalmente emocionales, tácitos y categoriales (dependen de contrastes)

que constituyen el elemento central de la creación de significado (Mahoney, 2005).

3. Identidad: la organización de la actividad personal es autorreferente o recursiva, es decir, siempre tiene relación con uno mismo (Mahoney, 2005).
4. Relación socio simbólica: la auto organización y creación de significados del ser humano, está influido en gran medida por procesos socio simbólicos, lo que significa que las personas existen dentro de redes vivas relacionales, las mismas que son mediadas por el lenguaje y sistemas simbólicos (Mahoney, 2005).
5. Desarrollo vital: existe la *dialéctica dinámica del desarrollo*, que se entiende como un complejo flujo de relación entre los patrones y ciclos de experiencia y la relación con uno mismo y los demás (Mahoney, 2005).

Adicionalmente, existen conceptos primordiales del constructivismo, que son la base de dicha epistemología. A continuación se presenta un breve resumen de los conceptos más importantes.

a. Los constructos:

Como ha sido mencionado, la epistemología constructivista asume que los seres humanos construyen su realidad y sus propios mundos (Kelly, 1955). Asume además un “alternativismo constructivo” (*constructive alternativism*) (Kelly, 1955), con el cual se afirma que los seres humanos no sólo construyen sus mundos, sino además son capaces de reconstruirlos (Kelly, 1955).

A partir de éste postulado, Kelly (1955) desarrolla la noción de constructo, el mismo que se comprende en palabras del autor como: “transparent patterns or templets’ that the person ‘creates and then attempts to fit over the realities of which the world is composed’ (Kelly, 1955 pp. 8-9). Lo relevante en cuanto a la noción de constructo, es que éstos varían de persona en persona, pues cada individuo los desarrollará de acuerdo a sus propias experiencias (Kelly, 1955).

Adicionalmente, es trascendental comprender que los constructos se entienden desde la persona que los emite y no desde el objeto o sujeto referido (Kelly, 1955). Así por ejemplo, si un profesor afirma que su alumna es “desordenada”, el constructo deberá ser comprendido desde los ojos del profesor, más no desde los actos de su alumna (Kelly, 1955). No se debate el hecho de que la alumna sea o no desordenada; por el contrario, se debaten los constructos de la persona que los afirma, en este caso del profesor (Kelly, 1955).

Otro hecho de gran relevancia, tiene relación con la capacidad permeable de los constructos (Kelly, 1955). Para Kelly, (1955) ciertos individuos tienen mayor capacidad de transformar sus constructos que otros, ésta habilidad podrá estar relacionada con la percepción de “problema” que los individuos menos capaces de transformar sus constructos presentan. Dicha habilidad se encuentra de igual manera relacionada con la validación e invalidación de los constructos realizada durante las experiencias vitales (Kelly, 1955).

b. La anticipación

Otro de los postulados fundamentales de la epistemología constructivista tiene relación con la noción de la anticipación. Los seres humanos, afirman los

constructivistas, se anticipan a los eventos que sucederán, construyendo de antemano sus implicaciones (Kelly, 1955). En este sentido, se afirma que los seres humanos viven más afectados por su futuro, de lo que creen terapeutas de otras escuelas terapéuticas (e.g. el psicoanálisis). La anticipación guarda estrecha relación con las experiencias vividas, y con las diferencias que los seres humanos suelen realizar en torno a éstas (Kelly, 1955).

c. Organización

Los seres humanos al crear diversos constructos sobre la realidad, realizan una organización jerárquica, en donde ciertos constructos son superordinados a otros (Kelly, 1955). Se realiza entonces una jerarquía de constructos en donde los más superficiales son los menos relacionados con la identidad y los centrales son aquellos estrechamente vinculados con la identidad (Kelly, 1955).

d. Dicotomía

El sistema de constructos de un individuo posee un número infinito de constructos dicotómicos, pues éstos son bipolares (p. eg. “bueno” “malo”) (Kelly, 1955). Por lo tanto, los eventos y experiencias se construyen en términos de contrastes, aunque no es necesario utilizar un nivel verbal para hacerlo (Kelly, 1955). Para Kelly (1955), sólo se puede comprender un constructo, si se entiende también su polaridad, pues éstas varían de persona en persona (Kelly, 1955).

e. El rol del lenguaje

Para los terapeutas constructivistas, el lenguaje significa el medio por el cual los individuos expresan su construcción del mundo (Kelly, 1955). En general, las palabras empleadas para expresar un constructo específico, no son escogidas al azar; por el contrario, entender la comunicación implica comprender el significado de las palabras elegidas por la persona o el cliente dentro de terapia (Kelly, 1955). Esta búsqueda implica examinar el sistema de constructos personales del individuo y entender así el significado que intentaba comunicar (Kelly, 1955).

f. Las “verdades a medias”

Uno de los temas primordiales dentro de la epistemología constructivista es que no existen verdades absolutas puesto que no se puede conocer la “realidad objetiva” (Kelly, 1955). Por el contrario, Kelly (1955) habla de “verdades a medias” que se comprenden como el planteamiento de hipótesis que permiten a los seres humanos acercarse a la realidad (Kelly, 1955). Se debe recordar además que cada individuo desarrolla sus propios constructos, por lo que dichas hipótesis estarán siempre mediadas por la construcción de quien las plantea (Kelly, 1955).

g. La divergencia del modelo médico

Dentro de la psicoterapia, el constructivismo establece una marcada discrepancia con el modelo médico (Raskin, Weihs & Morano, 2005). Afirma que los clientes no

deben ser observados como víctimas de enfermedades mentales que los vuelven incapaces de comprender y advertir sus actos (tal como lo hacen diversos modelos incluyendo el DSM – IV) (Raskin, et al., 2005). Por el contrario, éste tipo de psicoterapia observa los problemas de los clientes como esfuerzos valiosos (aunque en ocasiones no exitosos) de sobrellevar la vida (Raskin, et al., 2005). Las terapias constructivistas, se alejan del modelo de anormalidad instaurado por muchas otras escuelas terapéuticas (Raskin, et al., 2005).

Para sobrellevar dicha discrepancia, terapeutas constructivistas como Kelly (1955), han desarrollado acercamientos diferentes para realizar evaluaciones y diagnósticos en sus clientes, que son comprendidos como medios para comprender la realidad de sus clientes. El modelo de diagnóstico de Kelly (1955), denominado diagnóstico transitivo consta de cuatro elementos:

1. Formulación del problema (Kelly, 1955; citado en Raskin, et al., 2005).
2. Comprensión de la construcción del problema del cliente (Kelly, 1955; citado en Raskin, et al., 2005).
3. Evaluación del sistema de constructos del cliente (Kelly, 1955; citado en Raskin, et al., 2005).
4. Ayudar al cliente a manejar su problema (Kelly, 1955; citado en Raskin, et al., 2005).

h. La alianza terapéutica

El concepto de alianza terapéutica se remonta a la publicación de la terapeuta psicoanalítica Zetzel (1956), en donde se refería a la relación entre el analista y el paciente que provee una atmósfera de aceptación básica, comprensión y seguridad

(Chiari & Nuzzo, 2010). La misma autora afirmó que la alianza terapéutica es un proceso mutuo y recíproco, por lo que no requiere únicamente que el paciente se identifique con el analista, sino además que el analista se identifique con su paciente (Chiari & Nuzzo, 2010).

En contraste, la psicoterapia de corte constructivista se refiere a la alianza terapéutica en términos de ‘compañerismo’ (partnership) (Kelly, 1955). Esta concepción coloca al cliente en una posición totalmente activa dentro de la psicoterapia, se lo observa como un experimentador más, que junto con el terapeuta, intentará encontrar la solución más viable para su problema (Chiari & Nuzzo, 2010).

Asimismo, dentro de este contexto tanto el cliente como el terapeuta pueden cometer errores (Chiari & Nuzzo, 2010). Se trata de un esfuerzo cooperativo en el que cada miembro (cliente y terapeuta) deben ayudarse mutuamente para entender de mejor manera la problemática, establecer hipótesis y posibles soluciones (Chiari & Nuzzo, 2010). Como queda claro dentro de esta concepción el terapeuta deja el rol típico de experto, para convertirse en un acompañante del cliente, donde camina junto a él pero lo ayuda a observar el patrón de caminata (Chiari & Nuzzo, 2010). Tanto cliente como terapeuta asumen un rol activo y colaborativo, en donde el proceso no será exitoso si ambos no favorecen el cambio (Chiari & Nuzzo, 2010)

iii. El éxito terapéutico

Como ha sido expuesto, para la epistemología constructivista los seres humanos son agentes que construyen su realidad (Kelly, 1955). Por tanto, el éxito terapéutico estará mediado por la construcción que cada cliente posea de su problemática y su

medición se realizará en base a dichos parámetros. De manera similar, el éxito terapéutico será evaluado en la medida en que los constructos iniciales del cliente se modificaron como producto del proceso terapéutico.

El meta-análisis realizado por Viney, Metcalfe y Winter (2005) arrojó resultados contundentes sobre el éxito de la terapia de constructos personales. Se observó que los sujetos que realizaron un proceso de terapia de constructos personales mostraron resultados más positivos que aquellos que no realizaron ningún tipo de tratamiento (Viney, et al., 2005). De manera similar, Varios estudios demostraron que la terapia de constructos personales favoreció la transformación del significado que los clientes otorgaban a sus problemas (Viney, et al., 2005).

Es importante señalar que la mayor parte de estudios realizados sobre terapias constructivistas, son investigaciones de resultados, por lo que se hace hincapié en la necesidad de generar mayor producción investigativa de procesos. De manera similar, es relevante mencionar que si bien diversos estudios señalan la efectividad de las terapias constructivistas, no existen estudios comparativos entre éste tipo de terapias y otras escuelas. Por el contrario, el constructivismo ha sido uno de los movimientos que ha colaborado en la investigación de factores comunes; siendo coherentes con sus postulados y percepciones sobre la terapia.

First author	PCP	Control	Clients	Modality	Outcome
Lovenfosse (1999)	PCT	Waiting list	Mothers of children with special needs	Group	Quality of life
Botella (1992-3)	PCT informed self-development	No intervention	Elderly volunteers	Group	Change in construing
Nagae (2001)	PCT	Waiting list	Student volunteers with social anxiety	Individual	Fear of negative evaluation
Nagae (MS)	Fixed role therapy	Waiting list	Shy student volunteers	Individual	Shyness
Lira (1975)	Fixed role therapy	No intervention	Snake phobic student volunteers	Individual	Behaviour task with snakes
Malins (MS)	PCP-based guidance	No intervention	Staff in elderly care homes	Group	Sociality
Alexander (1989)	Interpersonal transaction	Waiting list	Adults sexually abused as children	Group	Global symptoms (psychological)
Winter (MS)	PCT + standard care	Standard care	A&E attenders due to self-harm	Individual	Suicidal ideation
Lane (2001b)	PCT	Waiting list	Survivors of breast cancer	Group	Threat
Foster (2005)	PCT	No intervention	Women approaching the menopause	Group	Anxiety
Trunekowa (MS)	Interpersonal transaction	No intervention	Troubled adolescents	Group	No. interpersonal constructs
Viney (1989)	PCT	Waiting list	Elderly people with psychological probs	Individual	Anxiety
Haugli (2000)	PCT + standard care	Standard care	Off work due to musculoskeletal pain	Group	Pain in last week
Viney (1985b)	PCP-based counselling	No intervention	Surgical and medical hospital inpatients	Individual	Days on antibiotics
Viney (1985a)	PCP-based counselling	No intervention	Surgical and medical hospital inpatients	Individual	Anxiety

Cuadro # 7

Estudio meta-analítico de éxito terapéutico de Terapia de Constructos Personales

Fuente: Viney, Metcalfe y Winter, 2005.

La perspectiva del cliente: su construcción

Estudios fenomenológicos sobre el cambio terapéutico desde la visión del cliente han colaborado de manera significativa a la comprensión de la psicoterapia y al desarrollo de los diferentes servicios de salud. Strupp, Fox y Lessner (1969) (citado en Binder, Holgersen & Nielsen, 2009), sugirieron un modelo para evaluar el éxito terapéutico que debe incluir también la perspectiva del cliente. Los mismos autores (1969) afirman que se debe considerar el criterio de los clientes cuando ellos juzgan el criterio “objetivo” de la ciencia, cuando no se encuentran de acuerdo con la perspectiva de los profesionales sobre lo que se considera “saludable” para sus vidas o cuando consideran que su proceso terapéutico ha sido efectivo (citado en Binder et al., 2009). Adicionalmente, afirman que en muchas ocasiones son más significativas las experiencias mismas de los clientes en cuanto a la disminución de su sufrimiento, que las estadísticas y porcentajes documentados (Strupp et al., 1969; citado en Binder et al., 2009).

Bajo la misma línea, Connolly y Strupp (1996) (citado en Binder et al., 2009), presentaron una metainvestigación en donde revisaron la literatura sobre la percepción de cambio en los clientes. Encontraron dos categorías principales: el cambio en el auto concepto y la reducción de síntomas; argumentando que la investigación en psicoterapia tradicional ha hecho mayor énfasis en el estudio de éste último (Connolly & Strupp, 1996; citado en Binder et al., 2009).

De manera similar, Levitt, Butler, y Hill (2006), se han enfocado en los aspectos que los clientes han encontrado beneficiosos en psicoterapia, han documentado sobre qué tipos de cambio los clientes consideran como importantes. Notablemente, la reducción de síntomas *per se* era raramente mencionada por los clientes como elemento

importante del éxito terapéutico (Levitt, et al., 2006). Por el contrario, comúnmente los clientes mencionaban cambios globales; como por ejemplo, el relacionarse de manera más saludable con otros o sentirse mejor con uno mismo, como aquellos elementos fundamentales que explican el cambio y éxito en psicoterapia (Levitt, et al., 2006).

De manera similar, en estudios sobre la reflexividad de los clientes durante la terapia, Rennie (2000) exploró cómo el cliente, considerado como un agente activo en la relación terapéutica, trabaja en terapia entre el *self*, el terapeuta y las técnicas terapéuticas de manera que se dirige a tener cambios que incluyen un espectro mucho más amplio que la simple reducción de síntomas. En estrecha relación con esta perspectiva, Klein y Elliot (2006), argumentaron en contra de los métodos singulares y reduccionistas, proponiendo un acercamiento multidimensional para examinar cualitativamente el cambio en psicoterapia. Sus conclusiones apuntan a dos categorías principales en cuanto al cambio: el cambio dentro del *self* y los cambios en la vida (Klein & Elliot, 2006).

Por otra parte, es importante mencionar que cualquier intención de definir el “éxito terapéutico” debe considerar diversos cuestionamientos sobre valores. La relación entre la práctica en psicoterapia y los valores ha sido documentada por algunos autores (por ejemplo Buechler, 2004; Crushman, 1995 & Miller, 2005 citado en Klein & Elliot, 2006). Sin embargo, la dimensión de estos constructos ha sido escasamente considerada (Klein & Elliot, 2006).

El éxito terapéutico puede estar conectado por ejemplo, con el valor de ser capaz de calzar en un rol determinado o con el valor de cumplir las expectativas de otros (Binder, Holgersen y Nielsen, 2008). Por tanto, al momento de evaluar los cambios en psicoterapia, éstos pueden estar ligados a dichos valores extrínsecos, más no a la propia

percepción del cliente (Binder et al., 2008). De manera similar, los cuestionarios y herramientas de medición son generalmente contruidos justamente en base a dichos valores y constructos de la sociedad y los profesionales que los crean, dejando de lado innumerables variables que no pueden ser medibles cuantitativamente (Binder et al., 2008). Para manejar este inconveniente, estudios con tradición fenomenológica orientan la investigación a la experiencia del cliente mismo, utilizando sus experiencias como base para la práctica de una psicoterapia más eficaz (Davidson et al., 2005 citado en Binder et al., 2008). A pesar de que terapeutas y proveedores de salud deben mantener opiniones sólidas sobre cómo considerar a un tratamiento efectivo, necesitan también dejar que la visión de los clientes beneficien su práctica (Binder et al., 2008).

El reporte sobre la práctica clínica expuesto por la Asociación Americana de Psicología (APA, 2006) señala que cuando se mantiene la subjetividad de la experiencia de los participantes en psicoterapia se puede reforzar la relación entre el cliente y el investigador y lograr así descubrir indicadores específicos que puedan mejorar la práctica clínica.

A pesar de que existen diversos estudios cualitativos que se enfocan en el cambio y el éxito en psicoterapia (por ejemplo Howe, 1996; Midgley et al., 2006), son pocos los trabajos investigativos que se enfocan primordialmente en cómo los clientes describen el “éxito terapéutico” (citado en Binder et al., 2008).

La co-construcción en psicoterapia: la aventura colaborativa

Dentro del constructivismo, la psicoterapia es observada como una “empresa experimental” (Kelly, 1995), en donde tanto el cliente como el terapeuta desarrollan hipótesis sobre su realidad y la manera de transformarla (Kelly, 1995). El cliente debe estar a la caza de las soluciones que surjan de la experiencia (del proceso terapéutico) y además debe estar tan dispuesto como el terapeuta para aceptar la evidencia desconfirmatoria (Kelly, 1995). Las hipótesis deben verse como tales, más no como verdades absolutas; debe quedar claro que el terapeuta es únicamente un colega experimentador y no un experto que solucionará todos sus problemas (Kelly, 1995).

Se comprende entonces, como la psicoterapia es observada como una co-construcción en donde deben considerarse los constructos del cliente, del terapeuta y de todos aquellos sistemas implicados. La psicoterapia deja de ser una introspección al cliente y se convierte en una participación mutua, colaborativa y respetuosa. Es importante señalar que tal como Kelly (1955) menciona, el terapeuta debe esforzarse al máximo para prepararse ante las responsabilidades que posee. Dicho entrenamiento, significa para el autor, un entrenamiento intensivo como científico para evitar así el dogmatismo y la explotación profesional de los clientes (Kelly, 1995).

Para comprender la co-construcción mencionada, es indispensable realizar un análisis sobre la construcción de los clientes sobre la terapia, su éxito y su proceso; por lo que se resalta nuevamente la necesidad de comprender la realidad del cliente para la evaluación del “éxito terapéutico”. A continuación se presenta la investigación que permitirá conocer la percepción de un grupo de 8 clientes usuarios del Servicio de Terapia Gratuita de la USFQ sobre el cambio y éxito psicoterapéutico.

Método

Comentario [EL3]: Desde aquí es que no sabes cómo organizar el texto?

Acercamiento metodológico

Para explorar la perspectiva del cliente sobre el cambio y éxito terapéutico se utilizó una metodología mixta. En concordancia con lo expuesto hasta el momento, se empleó un método cualitativo para conocer la perspectiva del cliente sobre el cambio y el éxito terapéutico desde sus constructos individuales. Adicionalmente, se utilizó una metodología cuantitativa para realizar mediciones sobre la alianza terapéutica y el éxito terapéutico, así como su correlación.

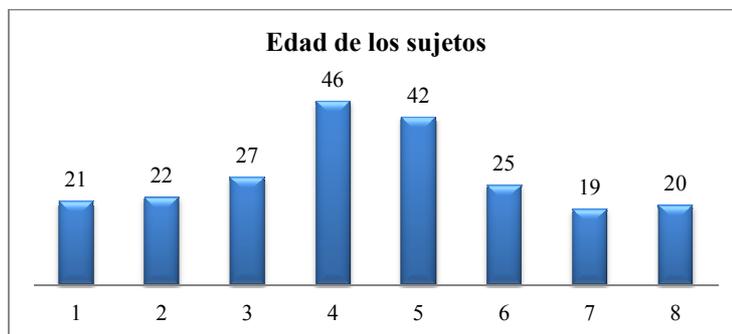
Sujetos

Los sujetos participantes del presente estudio son todos usuarios del Servicio Gratuito de Terapia de la Universidad San Francisco de Quito, que realizaron procesos terapéuticos con la terapeuta en formación Verónica Dávila Martínez entre los años 2009 y 2010 (en base a diferentes escuelas terapéuticas: humanista, cognitivo-conductual, sistémica y psicodinámica).

Los participantes del estudio responden a las siguientes características:

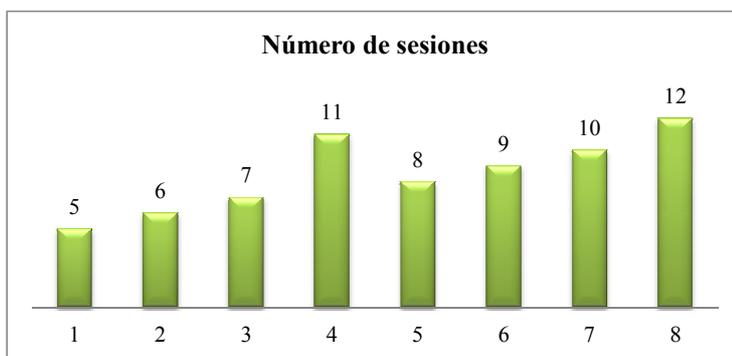
- ✧ Sexo: masculino y femenino.
- ✧ Edad: 20 - 46 años
- ✧ Escolaridad: alfabetos.
- ✧ Realizaron un mínimo de cinco sesiones de trabajo terapéutico, con un promedio de 8,5 sesiones.

La muestra estuvo constituida por 8 clientes que aceptaron voluntariamente colaborar en el presente estudio. Estuvo compuesta principalmente por sujetos de sexo femenino (5 mujeres, tres hombres), con un promedio de edad de 27,87 años (20 – 46 años), todos ellos solteros estudiantes de educación superior. Los detalles de estas características se presentan a continuación:



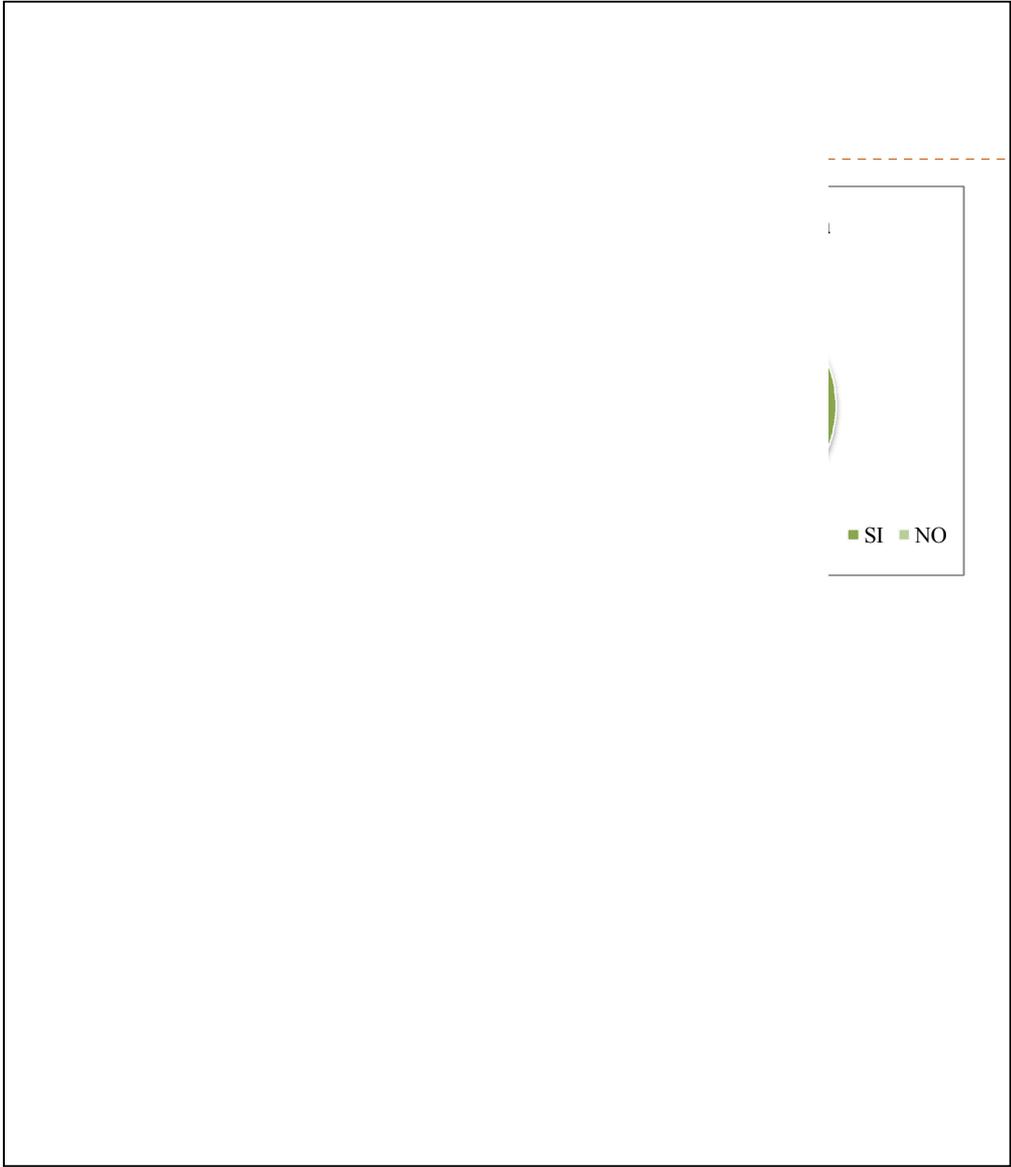
Cuadro # 8

Edad de los sujetos



Cuadro # 9

Número de sesiones realizadas con cada sujeto



Comentario [EL4]: Este cuadro está mal. Mejor haz un simple histograma con las edades.

Cuadro # 10

Datos de la muestra

Instrumentos

Se utilizaron instrumentos de evaluación de alianza terapéutica y de éxito terapéutico:

- ❖ *Adaptación para Chile del Inventario de Alianza Terapéutica (IAT), Santibáñez (2001)*: posee tres subescalas de 12 ítems cada una, con formato de respuesta tipo Likert, que busca medir factores comunes en psicoterapia (alianza terapéutica), basado en los siguientes componentes:

1.- *Vínculo*: Se refiere a la compleja red de conexiones entre el cliente y el terapeuta que incluyen la mutua confianza y aceptación (Santibáñez, 2001). La calidad del vínculo determina el tono emocional de la vivencia que el cliente tiene del terapeuta e influye en su colaboración en el proceso terapéutico (Santibáñez, 2001).

2.- *Tareas*: Se refiere al nivel de acuerdo entre las partes acerca de los medios que son adecuados para conseguir los objetivos propuestos (Santibáñez, 2001).

3.- *Metas*: Es el grado de acuerdo entre las partes con respecto a los objetivos de la intervención (Santibáñez, 2001).

Este instrumento posee una versión para clientes (IAT-P) y otra para su aplicación a terapeutas (IAT-T), siendo la primera la que se utilizó en este estudio. En su adaptación a Chile, el IAT mostró una adecuada confiabilidad en ambas versiones,

con valores de .91 en la versión del cliente y .93 en la del terapeuta y una validez convergente, con valores moderados entre .19 y .44 (Santibáñez, 2001) (Ver anexo #1).

- ❖ *Escala de Impacto de la Terapia (Seligman, 1994)*: escala de 12 ítems, con formato de respuesta tipo Likert, que busca medir el impacto de la psicoterapia (Ver anexo #2). La escala fue aplicada por el Consumers Report mostrando un alto grado de confiabilidad y validez.
- ❖ Los sujetos completaron un cuestionario de información general sobre sexo, edad, y especificaciones sobre el tratamiento realizado (Ver anexo #3).
- ❖ Finalmente, se utilizó una entrevista semi estructurada a profundidad para conocer la perspectiva del cliente sobre el éxito y el cambio en psicoterapia (Ver anexo #4). Es importante resaltar el carácter de “entrevista semi estructurada”, por lo que algunos de los temas discutidos posteriormente, no forman parte de las preguntas señaladas en el anexo mencionado. Ciertas preguntas fueron profundizadas y expandidas; adicionalmente, fueron incrementadas preguntas de acuerdo al desarrollo de cada una de las entrevistas realizadas.

Procedimiento

- ❖ Reclutamiento: se contactó a un grupo de 10 sujetos que finalizaron su proceso terapéutico con la terapeuta en formación Verónica Dávila y que lo clasificaron como “exitoso”. Se solicitó su colaboración en el estudio, siendo 8 los sujetos que finalmente aceptaron su participación en el mismo.

- ❖ Ética: los sujetos aceptaron voluntariamente participar en el presente estudio, se mantuvieron todos los aspectos éticos y de confidencialidad durante el proceso.
- ❖ Evaluación: se realizaron reuniones personales e individuales con cada uno de los sujetos participantes. Se realizó la evaluación cuantitativa de cada uno de ellos. Los sujetos respondieron al cuestionario de información general (Anexo #3), posteriormente a la Escala de Impacto de la Terapia (Anexo #2) y finalmente al Inventario de Alianza Terapéutica (Anexo #1).
- ❖ Entrevistas: luego de responder cada uno de los cuestionarios y test mencionados, se procedió a realizar la entrevista a profundidad (Anexo #4). La entrevista semi-estructurada, fue ampliada por cada uno de los participantes. Las entrevistas fueron grabadas para su transcripción.
- ❖ Análisis de datos: finalizadas las entrevistas, se procedió a realizar el análisis correspondiente de datos. Se utilizó el programa estadístico SPSS 17 para analizar los resultados obtenidos de los test. Posteriormente, se realizó el análisis cualitativo de las entrevistas ejecutadas. Se utilizó un método de condensación sistemática de texto (Malterud, 1993), que cuenta de las siguientes etapas:
 - a. En primer lugar, se transcribieron las entrevistas textualmente para analizarlas.
 - b. A continuación se realizó una lectura general de cada una de las transcripciones para tener un sentido básico sobre la experiencia de los participantes en su proceso psicoterapéutico.

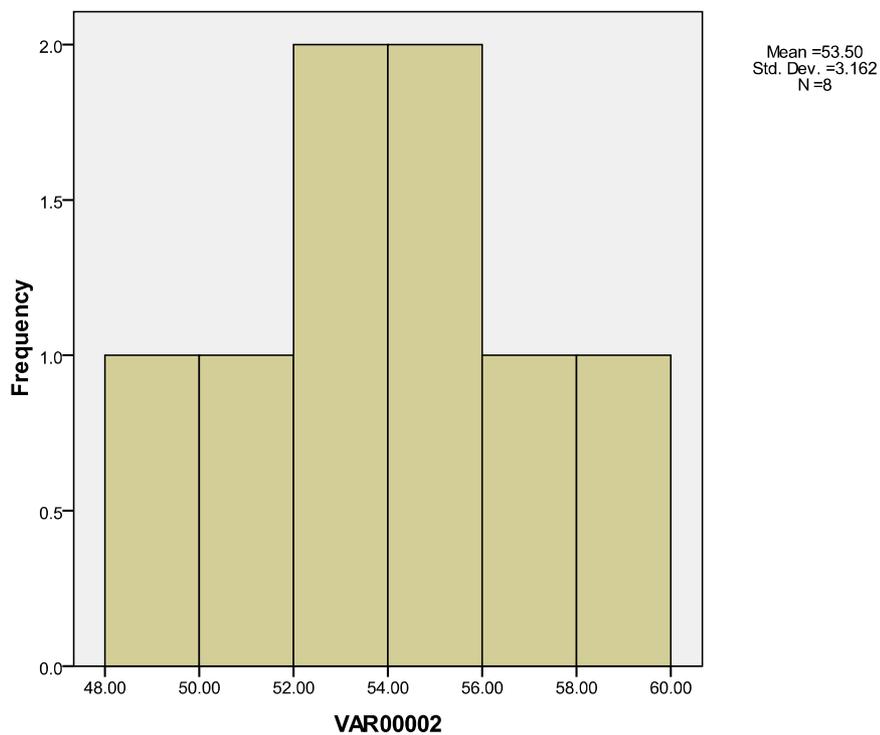
- c. El siguiente paso fue identificar las denominadas “unidades de significado” que representan los diferentes aspectos de la experiencia de los participantes.
 - d. Posteriormente, se desarrollaron códigos para dichas unidades de significado.
 - e. Por último, se realizó una condensación y abstracción de dichos códigos para obtener las categorías finales que reflejan las experiencias más relevantes de los participantes.
- ❖ Comparación de datos: finalmente, se realizó una comparación de los datos obtenidos de los test así como de las entrevistas a profundidad.

Resultados

A continuación se exponen los resultados obtenidos de los test evaluados: Escala de Impacto de la Terapia y Alianza Terapéutica, se presenta posteriormente la correlación existente entre los test mencionados. Por último, se realiza una síntesis de los resultados obtenidos de las entrevistas. El anexo #5 presenta una recapitulación de la información de cada sujeto.

Escala de Impacto de la Terapia

En la aplicación de la Escala de Impacto de la Terapia se obtuvo el puntaje total para cada participante. Adicionalmente, se calculó la media aritmética de todos los puntajes totales para determinar la efectividad de la terapia. Los resultados de la Escala de Impacto de la Terapia, demuestran que los sujetos consideraron efectivos los procesos terapéuticos realizados. Se obtuvo una media de 53,33 sobre un máximo de 60 puntos, con una desviación estándar de 3,16; lo que se considera como exitoso dentro de la escala aplicada. El puntaje mínimo obtenido fue de 49, mientras que el puntaje máximo obtenido fue de 58.

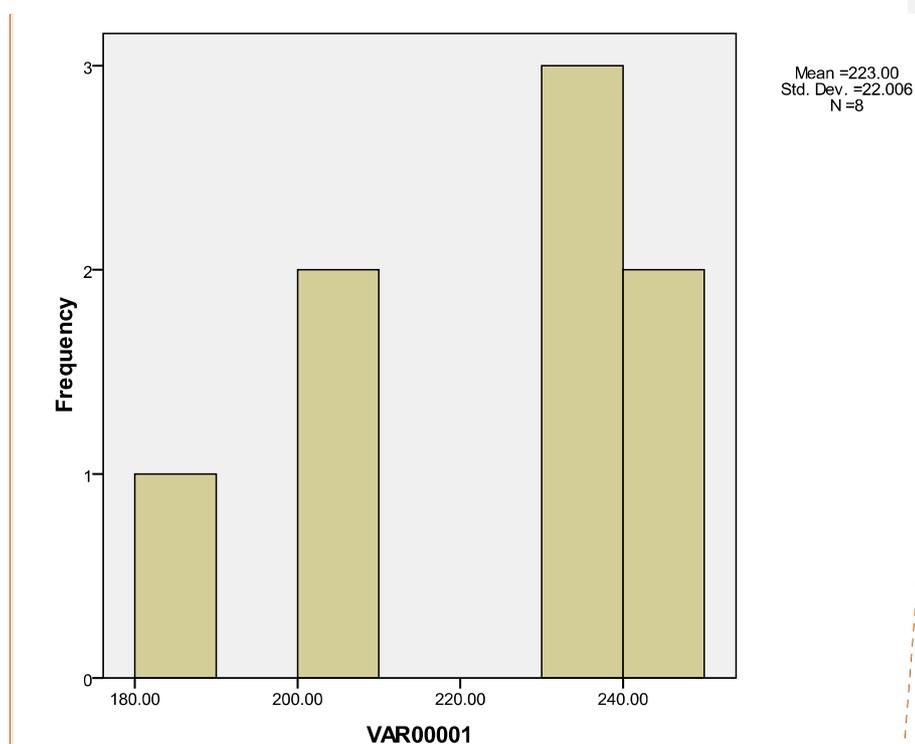


Cuadro #11

Distribución de puntajes obtenidos de la Escala de Impacto de la Terapia

Alianza terapéutica

En la aplicación del IAT-P se obtuvo el puntaje total para cada participante. En primer término, se observan resultados positivos de alianza terapéutica. Se obtuvo una media aritmética general de 223 puntos sobre un máximo de 252; con una desviación estándar de 22.00; resultado considerado como positivo en términos de alianza terapéutica. El resultado mínimo fue de 188, mientras que el máximo de 243.



Cuadro #12

Distribución de puntajes obtenidos de Alianza Terapéutica

Como puede observarse, los resultados obtenidos en el test de Alianza Terapéutica muestran una curva bimodal, lo que quiere decir, que los resultados se

Comentario [EL5]: Es una curva bimodal. Tal vez debas reflexionar sobre eso: 3 sujetos de menos de 210 y 5 de más de 230. Responde a algo que puedas identificar? Sucedió algo especial con los 3 más bajos? Etc. Parecería que te has llevado mucho mejor con unos que con otros. En todo caso debes como mínimo señalar que es una curva bimodal.

posicionan en los dos polos de la curva. En los polos del histograma de distribución, se identifican dos grupos: sujetos con resultados por debajo de 210 (tres participantes) y sujetos con promedios mayores a 230 (5 participantes). Los sujetos que obtuvieron los puntajes más bajos en el Inventario de Alianza Terapéutica fueron dos sujetos referidos a terapia, que no asistieron por motivación propia; y un sujeto que tuvo un periodo largo de espera entre la petición del servicio y el contacto con la terapeuta. Las repercusiones de éstos resultados serán analizadas en el apartado Discusión.

Correlación efectividad de la psicoterapia y alianza terapéutica

Para analizar la relación entre los puntajes de la Escala de Impacto de la Terapia y los valores obtenidos en el test de Alianza Terapéutica, se utilizó una Correlación Pearson, obteniendo resultados estadísticamente significativos ($r= 0,741$; $p \text{ Value}=0,05$).

Correlations		VAR00001	VAR00002
VAR00001	Pearson Correlation	1	.741
	Sig. (1-tailed)		.018
VAR00002	Pearson Correlation	.741	1
	Sig. (1-tailed)	.018	
	N	8	8

Cuadro #13

Correlación Escala de Impacto de la Terapia y Alianza Terapéutica

Entrevista semi estructurada

El objetivo primordial del presente estudio es conocer la perspectiva del cliente sobre el éxito terapéutico, por lo que la entrevista a profundidad se realizó desde la posición de explorar abiertamente los constructos de los sujetos sobre el éxito terapéutico y el cambio en psicoterapia. Las entrevistas duraron entre 40 y 73 minutos con un promedio de 61,63 minutos.

Sujeto	Tiempo de duración de la entrevista
1	70'
2	45'
3	73'
4	55'
5	50'
6	72'
7	60'
8	68'
Promedio	61,63'

Cuadro # 12

Tiempo de duración de entrevistas

En la presentación de los resultados obtenidos, la expresión “todos los participantes” se refiere a los 8 sujetos del estudio; “la mayoría de los participantes” significa 5-7 participantes; “algunos participantes” significa 2-4 participantes. El anexo #6 presenta ejemplos de las transcripciones de los sujetos referentes a cada categoría. Las categorías sintetizadas de las entrevistas realizadas se presentan a continuación, las implicaciones de éstos resultados serán retomadas y analizadas en el apartado Discusión.

i. Percepción de la psicoterapia

Para contar con una referencia general, se preguntó a los sujetos su percepción sobre la psicoterapia antes de iniciar el proceso y al finalizarlo. Algunos participantes mencionaron tener una percepción negativa de la psicoterapia antes de iniciar el proceso, por lo que se encontraron renuentes durante la terapia. Sin embargo, los mismos sujetos mencionaron que su percepción sobre la psicoterapia se transformó, siendo más positiva al finalizar el proceso. Los sujetos que mencionaron tener una percepción negativa de la psicoterapia, afirmaron no estar totalmente seguros de que el proceso podría ser beneficioso para sus vidas, sin embargo, se encontraban totalmente desconsolados por lo que acudieron a terapia como su “última opción”. Tres de los sujetos que afirmaron tener una percepción negativa de la psicoterapia, obtuvieron los puntajes más altos en la Escala de Impacto de la Terapia, así como los puntajes más altos en el Inventario de Alianza Terapéutica. Los sujetos que tenían una percepción más positiva de la terapia, afirmaron que al finalizar el proceso su concepción sobre ésta se reafirmó.

Comentario [EL6]: Contrasta esto con los puntajes en alianza terapéutica: fueron los sujetos renuentes los que tuvieron menores puntajes de alianza? Si fue así, cabe mencionarlo aquí.

ii. Terapia previa

La mayoría de los participantes no presentaron procesos de terapia previa. No obstante, tres de los sujetos habían realizado procesos terapéuticos con anterioridad. Dos de los sujetos que participaron en un proceso anterior, afirmaron tener una concepción positiva de la terapia, mientras que un sujeto refirió tener una concepción negativa sobre la terapia debido a una mala experiencia en su proceso pasado.

iii. Estado emocional

Todos los participantes afirmaron encontrarse perturbados emocionalmente al iniciar la terapia y sentir mayor alivio al término de la misma, como producto del proceso terapéutico. Sin embargo, algunos participantes reportaron haber iniciado el proceso con un estado emocional insostenible, caracterizado por desconsuelo, desesperanza, intensa ansiedad y desesperación. Aquellos sujetos que reportaron iniciar el tratamiento con un estado emocional más perturbado, fueron tres de quienes afirmaron tener una percepción negativa de la terapia y que acudieron justamente porque su situación se había vuelto insostenible. Los sujetos que presentaron dicho estado emocional más perturbado obtuvieron las puntuaciones más altas en la Escala de Impacto de la Terapia así como en la de Alianza Terapéutica.

Comentario [EL7]: Cómo explicas esto? Debes hacer referencia a ello: "...relación que se analiza en la sección de "discusión".

iv. Motivación para acudir a terapia

La mayoría de los participantes acudieron a terapia por su propia decisión. No obstante, dos sujetos fueron referidos al proceso (uno por su psiquiatra y otro por su médico de cabecera); los sujetos referidos a terapia puntuaron más bajo en la Escala de Impacto de la Terapia, así como en el de Alianza Terapéutica .

v. Beneficio de la terapia

Todos los participantes afirmaron haber obtenido algún tipo de beneficio como producto del proceso terapéutico. Como es de esperar, aquellos que afirmaron tener beneficios en diversas áreas de su vida (e.g. laboral, familiar, emocional) puntuaron más

alto en la Escala de Impacto de la Terapia y el Test de Alianza Terapéutica que aquellos que tuvieron beneficios en un área específica. La mayoría de los sujetos mencionaron que el beneficio de la terapia era palpable hasta el momento de la entrevista; no obstante, un sujeto comentó que el beneficio de la terapia fue mayormente percibido durante el transcurso del proceso, mientras que se desvaneció luego de finalizarlo, es decir, los resultados positivos de la terapia no se mantuvieron a largo plazo; dicho sujeto obtuvo el puntaje más bajo en la Escala de Impacto de la Terapia y uno de los menores en el Test de Alianza Terapéutica.

Comentario [EL8]: No entiendo: o sea que el beneficio se desvaneció al terminar la terapia, en su opinión? Explicar mejor.

vi. *Cambio sintomatológico vs. cambio estructural*

La relación entre cambio sintomatológico vs. cambio estructural es uno de los temas centrales de la presente investigación. La mayoría de los sujetos asistieron a terapia presentando sintomatología específica (e.g. depresión, ansiedad); todos quienes presentaron un síntoma específico afirmaron que el cambio sintomatológico no fue tan relevante como el cambio en otras áreas de su vida. Dos de los sujetos que asistieron a terapia presentando una sintomatología determinada no presentaron cambios en sus síntomas; sin embargo, calificaron el proceso como positivo.

Comentario [EL9]: Todos los sujetos? O todos los miembros de esa mayoría de la que acabas de hablar?

Comentario [EL10]: Puzzling. Debes discutir esto por fuerza en la sección correspondiente.

vii. *Impacto de la terapia en el problema específico vs. impacto en otras áreas*

La mayoría de los participantes comentaron obtener beneficios de la terapia en diversas áreas de su vida (e.g. familiar, laboral, emocional, etc.); de éstos, 5 obtuvieron

los puntajes más altos de la Escala de Impacto de la Terapia y 4 en la de Alianza Terapéutica. Los sujetos que obtuvieron beneficios en un área específica, fueron quienes obtuvieron los puntajes más bajos en los test evaluados.

viii. Efectos iatrogénicos

Ningún participante refirió haber sufrido efectos iatrogénicos debido al proceso terapéutico. La mayoría de los participantes comentaron que un terapeuta que juzga sería un elemento perjudicial para los clientes. De igual manera, la mayoría de los participantes afirmaron que un terapeuta pasivo sería también perjudicial, pues esperan la guía de un profesional preparado. Algunos participantes refirieron que un terapeuta con una personalidad inestable y que lo demuestre en terapia, sería igualmente perjudicial. De manera similar, algunos participantes afirmaron que un terapeuta que no es genuino podría generar un proceso nocivo para el cliente. Por último, algunos participantes describieron que el uso de técnicas experimentales, consejos moralistas o uso de técnicas no psicológicas, pueden resultar perjudiciales para las personas.

ix. Relación terapéutica

Todos los participantes mencionaron a la relación terapéutica como un elemento fundamental para el éxito de los procesos. Todos los participantes afirmaron que la relación terapéutica positiva se sintió desde las primeras sesiones. El cuestionamiento fundamental realizado durante la entrevista es de qué manera es visible una fuerte alianza terapéutica o una relación terapéutica saludable. La mayoría de los participantes

comentaron que el hecho de ser escuchados y sentirse comprendidos es un elemento fundamental para la creación de una estrecha alianza terapéutica. De igual manera, la mayoría de los participantes afirmaron que es importante no sentirse juzgados por el profesional. Algunos participantes comentaron que poder decir a su terapeuta cuándo no se encontraban de acuerdo o poder confrontarlo es un signo de una alianza sólida. De manera similar, la realización y planteamiento de tareas conjuntas es reconocido como una visualización de una alianza estable (se cuestionó durante la entrevista específicamente qué tipo de conductas o elementos pueden ser reflejo de una alianza terapéutica sólida). Para la mayoría de los participantes, sentir un apoyo profesional es parte de una relación terapéutica saludable. Una de las participantes afirmó que el momento que pudo llorar frente a la terapeuta fue cuando sintió que había generado una relación profunda. Finalmente, es importante señalar que algunos participantes comentaron que la alianza pudo verse fortalecida si la terapeuta se mostraba con mayor seguridad y menos en el rol de “practicante”.

Comentario [EL11]: Todo esto ¿salió espontáneamente de ellos o fue sugerido por ti? Esta diferencia es fundamental y debes aclararla. (NO lo se porque no tengo los anexos, pero en todo caso ha de quedar claro).

x. *Proceso terapéutico – ¿cómo sucedió el cambio?*

Se analizó con los sujetos participantes sus constructos sobre cómo consideran que la terapia fue beneficiosa y cómo sucedió el cambio en sus vidas. En primer lugar, la mayoría de los participantes comentaron que el cambio sucedió gradualmente desde el inicio del proceso hasta su finalización. Sin embargo, algunos participantes afirmaron que hubo un momento específico donde reconocen que inició el cambio (dicho momento sucedió en terapia o en situaciones de su vida diaria).

Todos los participantes afirmaron que la relación terapéutica es un elemento fundamental para el cambio. La mayoría de los participantes afirmaron que el hecho de ir a terapia significaba que se encontraban haciendo algo para cambiar y solucionar su problema, éste hecho implica el primer paso para el cambio: “Saber que estaba haciendo algo con mi situación significaba ya sentirme mejor, más tranquilo, sentir que estaba haciendo algo por mí mismo” (Transcripción entrevistas realizadas). De manera similar, la mayoría de los participantes comentaron que el hecho de poder desahogarse era paliativo. Sin embargo, casi todos los miembros de este grupo, afirmaron que el hecho de desahogarse traía otros beneficios más importantes como el escucharse a sí mismos y su problemática, obtener una reflexión diferente sobre su realidad o comprender aspectos del problema que antes no se encontraban presentes.

La mayoría de participantes comentaron que el hecho de observar su problemática desde una óptica diferente fue lo que los ayudó a cambiar; comentaron que la comprensión de su situación traspasó el problema concreto que los llevo a terapia y que comprender su situación de manera global, otorgando un significado distinto, fue lo que los ayudó a cambiar. Similarmente, la mayoría de los participantes comentaron que el poder ver más opciones de su problemática, fue lo valioso del proceso psicoterapéutico. Algunos participantes comentaron que analizar los aspectos positivos de su problema fue beneficioso. La mayoría de los participantes comentaron que poder analizar el problema por ellos mismos y establecer objetivos claros fue lo que los ayudó a cambiar.

xi. Áreas de cambio

Como ha sido comentado previamente, la mayoría de los participantes afirmaron que mientras más áreas de su vida eran afectadas positivamente por la psicoterapia, se la considera como más exitosa o beneficiosa. Consecuentemente, el cambio sintomático únicamente fue mencionado como un área importante de cambio, sin embargo, no cómo la más trascendental. La mayoría de los participantes señalaron al cambio en su relacionamiento con otros como un aspecto fundamental del cambio terapéutico. De manera similar, la mayoría de los participantes reconocieron a la aceptación personal (y de su problema), como un cambio surgido por el proceso terapéutico. Finalmente, la mayoría de los participantes mencionaron a la autocomprensión o *insight* como un elemento favorable del proceso terapéutico.

xii. Metas – tareas

Todos los participantes comentaron que el establecimiento de tareas y metas específicas y realistas fueron un elemento primordial para que la terapia sea exitosa. Algunos participantes comentaron que el uso de la pregunta escala (White, 1994) fue fundamental para reflexionar sobre su situación actual y plantear metas visibles para el futuro.

xiii. Herramientas y técnicas

Algunos participantes se refirieron a diversas herramientas y técnicas que los ayudaron a cambiar. Entre ellas se mencionó el uso de diarios, tareas de reflexión y en

general aquellas que ayudaba a los sujetos a realizar un proceso de introspección sobre su problema, ellos mismos y sus relaciones.

xiv. Cobro económico de la terapia

La mayoría de los participantes comentaron el hecho de no pagar por la terapia significaba para ellos que la terapeuta cumplía con su práctica más allá que por un interés económico, por lo que consideraban que su trabajo era genuino y existía un compromiso legítimo con los procesos.

xv. Otros aspectos

Dentro de otros aspectos, se habló sobre las generalidades del proceso terapéutico y su manejo administrativo. Algunos participantes comentaron que el tiempo entre solicitar la sesión psicológica y el contacto con la terapeuta fue largo por lo que iniciaron el proceso con cierta indisposición. Uno de éstos sujetos obtuvo uno de los puntajes más bajos en el Inventario de Alianza Terapéutica. La mayoría de los participantes, comentaron sentirse conformes con el servicio otorgado y el espacio de terapia; sin embargo, tres participantes comentaron sentirse incómodos con el lugar de terapia, pues en ocasiones se abría la puerta o sentían que otras personas los escuchaban.

Discusión

Como ha sido expuesto ampliamente, la conceptualización sobre el “éxito terapéutico” es una tarea compleja. Sin embargo, el estudio de los constructos sobre el éxito en psicoterapia desde la perspectiva del cliente arroja resultados categóricos.

En cuanto a los resultados obtenidos en la Escala de Impacto de la Terapia, es natural que éstos hayan arrojado puntajes considerados dentro del rango de una terapia exitosa, pues los sujetos participantes del estudio calificaron el proceso de antemano (como parte del reclutamiento) como beneficioso. Sin embargo, es importante resaltar que existen importantes diferencias entre sujetos de acuerdo a las categorías obtenidas en la entrevista a profundidad. Dichas diferencias, serán analizadas a lo largo de éste apartado.

Los resultados obtenidos en el Inventario de Alianza Terapéutica presentan dos grupos claramente establecidos: sujetos con resultados por debajo de 210 (tres participantes) y sujetos con promedios mayores a 230 (5 participantes), lo que se refleja en el gráfico bimodal expuesto en el apartado de Resultados. Los sujetos que obtuvieron los puntajes más bajos en el Inventario de Alianza Terapéutica fueron:

- Los sujetos referidos a terapia que no acudieron por su propia voluntad (2).
- Un sujeto que tuvo un periodo largo de espera entre la petición del servicio y el contacto con la terapeuta.

En cuanto a los sujetos referidos a terapia (uno por su psiquiatra y otro por su médico de cabecera), se puede plantear que los bajos resultados tienen relación con la falta de motivación de asistir a terapia y, en consecuencia, la falta de motivación para el cambio. Este hecho es concordante con las publicaciones de varios autores. Prochaska y

DiClemente (1992) han desarrollado una propuesta sobre la motivación de los sujetos al momento de acudir a terapia, en especial de sujetos que presentan adicciones a sustancias. Dicha propuesta, denominada “Modelo Transteórico de Cambio” (1992) considera que los esfuerzos en las intervenciones terapéuticas deberían estar dirigidos a conocer la motivación de los clientes para asistir a terapia. Igualmente, estos autores afirman que la falta de motivación para el cambio no tiene que ser concebida como un rasgo de personalidad, sino como una característica de estado susceptible de ser modificada mediante el uso de ciertas intervenciones (Prochaska & DiClemente, 1992). En una línea similar, Janis y Mann (1977), hablan sobre los componentes motivacionales y cognitivos implicados en el proceso terapéutico. Afirman que la escasez de resultados efectivos en tratamientos de drogo dependencias, puede relacionarse con la falta de motivación de los sujetos de asistir a terapia (pues la mayor parte de ellos son capturados a la fuerza para someterlos a internamiento y procesos terapéuticos) (Janis & Mann, 1977).

Ambos sujetos referidos a terapia afirmaron en la entrevista realizada que no sintieron motivación de asistir al proceso y que, por el contrario, lo hicieron únicamente por el pedido realizado por sus médicos; es decir, sentían únicamente motivación extrínseca (Reeve, 2003). Este hecho puede relacionarse con las publicaciones presentadas previamente y con el bajo puntaje obtenido tanto en la Escala de Impacto de la Terapia, como en el Inventario de Alianza Terapéutica. Por lo tanto, se hace hincapié en la necesidad de reforzar las intervenciones con los sujetos que asisten a terapia sin una motivación propia. Pues tal como Prochaska y DiClemente (1992) afirman, es necesario determinar una demanda propia y reforzarla constantemente para lograr que los sujetos desarrollen una motivación individual. Asimismo, estos autores recomiendan identificar desde el inicio de la terapia la motivación de los clientes, para así plantear

intervenciones dirigidas a trabajar la motivación de cambio (Prochaska & DiClemente, 1992).

Por otra parte, el sujeto que mantuvo un largo período de espera entre el pedido de terapia y el contacto con la terapeuta, afirmó durante la entrevista que al iniciar la terapia su problema se había ya disipado un poco por lo que durante el proceso no sentía la misma necesidad de cambio que cuando realizó el pedido de psicoterapia. Este hecho puede relacionarse con el puntaje bajo obtenido en el Inventario de Alianza Terapéutica y en la Escala de Impacto de la Terapia. Autores como Gagliesi, Lardani y Salgueiro (2005), hablan sobre la diferencia entre los problemas *complejos* y los *no complejos*. Los primeros son temáticos y recurrentes en distintas situaciones de la vida; por el contrario los últimos son sintomáticos, restringidos y situacionales; están vinculados con un evento disparador, siendo generalmente adaptativo o reactivo (Gagliesi, Lardani y Salgueiro, 2005) El sujeto en cuestión, presentó un problema *no complejo* (ansiedad por la ruptura de su relación); por lo que su síntoma específico se disipó con el tiempo y al momento de iniciar la terapia, no percibía una necesidad de cambio. Al no percibir una problemática para cambiar, es comprensible que el sujeto haya obtenido puntajes bajos en los test evaluados. Gagliesi, Lardani y Salgueiro (2005) sugieren que al momento de iniciar una terapia, se evalúe la dimensión del problema; para así plantear objetivos terapéuticos concordantes con la necesidad e intensidad del pedido.

La correlación existente entre la Escala de Impacto de la Terapia y el Inventario de Alianza Terapéutica ha sido planteada desde varias líneas teóricas. La alta correlación obtenida en el presente estudio ($r= 0,741$; $p \text{ Value} =0,05$) es concordante con lo expuesto por diversos autores (Saltzman et al., 1976; Waterhouse y Strupp, 1984; Orlinsky y Howard, 1986; Luborsky, Barber y Crits-Christoph, 1990; citado en Fernández

Álvarez y Opazo, 2004). Estos autores sostienen que la característica común más reconocida para la efectividad de la psicoterapia es la trascendencia que entraña la relación terapéutica, es decir, los principios comunes en psicoterapia (Saltzman et al., 1976; Waterhouse y Strupp, 1984; Orlinsky y Howard, 1986; Luborsky, Barber y Crits-Christoph, 1990; citado en Fernández Álvarez y Opazo, 2004). De manera similar, otros autores (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994) han concluido que existe una fuerte relación entre la calidad de la alianza terapéutica y el resultado del proceso de psicoterapia (citado en Stiles, Agnew-Davies, Hardy, Barkham & Shapiro, 1998). Asimismo, Krause (2005), apuntó que la falta de alianza terapéutica pone en peligro el proceso de cambio, llegando incluso a generar efectos iatrogénicos. Autores como Yalom (1980), han afirmado que la relación es lo que cura (citado en Fernández Álvarez y Opazo, 2004). Otros autores (Bernal, Bonilla, Alvarez & Greaux, 1993; Horvath, 2001; Horvath, 1995; Horvath & Luborsky, 1993; Svartberg & Stiles, 1994) sostienen que la alianza terapéutica es el elemento central en el proceso de cambio y se le atribuye la posibilidad de predecir los resultados de la terapia y ser responsable de gran parte de su efectividad. Finalmente, la división 29 de la Asociación Psicológica Norteamericana (APA), liderada por John Norcross (2000), propone hablar de “Relaciones Empíricamente Validadas”, en lugar de “Tratamientos Empíricamente Validados”.

“Esto produce un cisma entre quienes enfatizan como instrumento de cambio el rol de las técnicas versus quienes enfatizan el rol de los procesos interpersonales” (Gagliesi, Lardani y Salgueiro, 2005, p. 252)

La percepción de los sujetos sobre la psicoterapia, expone resultados de gran interés. El hecho de que los sujetos que tenían una percepción negativa de la terapia, hayan obtenido los puntajes más altos en la Escala de Impacto de la Terapia puede asociarse con publicaciones relacionadas con estudios sobre la motivación humana (e.g.

Reeve, 2003). Dichos estudios afirman que tener una expectativa baja sobre un hecho que finalmente resulta positivo, puede calificarse de mejor manera que aquellos sujetos que tenían expectativas más altas (Reeve, 2003). Es decir, obtener un mínimo cambio cuando existen bajas expectativas puede calificarse como más positivo que cuando existen altas expectativas y los mismos cambios (Reeve, 2003). Lo mencionado puede aplicarse a la psicoterapia y asociarse con recomendaciones de varios autores. Gagliesi, Lardani y Salgueiro (2005) afirman que al inicio de la terapia es recomendable ofrecer la menor cantidad de cambios posibles para los clientes, de ésta manera se obtendrán resultados más realistas pero además otorgarán la sensación de logro a los sujetos que asisten a terapia; por el contrario, si se plantean metas poco realistas y exageradas, los sujetos tendrán la percepción de fracaso, pudiendo resultar perjudicial para sus vidas. Gagliesi, Lardani y Salgueiro (2005, p.258) plantean: “el riesgo baja y el nivel de retención mejora cuando se informa al consultante de manera realista sobre la probable duración y efectividad del tratamiento, y cuando tiene una clara comprensión de los roles y actividades que se esperan de él durante el curso del tratamiento”.

Otro hecho de gran relevancia tiene relación con el estado emocional de los sujetos durante el proceso psicoterapéutico. Los sujetos que presentaron un estado emocional más perturbado, puntuaron más alto en la Escala de Impacto de la Terapia, así como en el Inventario de Alianza Terapéutica; que aquellos sujetos que tenían un estado emocional más equilibrado. Este hecho puede relacionarse con la intensidad de las emociones así como las expectativas existentes en el proceso. Gagliesi, Lardani y Salgueiro (2005) proponen que la intensidad emocional es un *continuum* donde los extremos se sitúan entre alto y bajo. Para estos autores, la intensidad emocional incide en la motivación al cambio y así en el éxito terapéutico; plantean además que indagar la intensidad emocional permite definir las intervenciones más recomendables para la

psicoterapia (Gagliesi, et al., 2005). Adicionalmente, Gagliesi, Lardani y Salgueiro (2005) comentan que un bajo nivel de malestar o de intensidad emocional se encuentra acompañado de poca motivación al cambio y así de menor beneficio de la terapia. Estos estudios concuerdan con los resultados obtenidos en cuanto al nivel emocional de los sujetos participantes.

Es importante tener en consideración el hecho de que el sujeto con uno de los puntajes más bajos en la Escala de Impacto de la Terapia y uno de los menores en el Test de Alianza Terapéutica, fue quien percibió que los efectos de la terapia no fueron palpables a largo plazo. Elliot y James (1989) afirman que los resultados a largo plazo (“outcomes”), se diferencian de los resultados a corto plazo (“impacts”), en que los primeros se relacionan con efectos en la estructura y cambios en el estilo de vida y las relaciones del sujeto (lo que se ha denominado cambios estructurales o de segundo orden); mientras que los últimos se relacionan con la resolución de problemas y tareas específicas (cambios sintomáticos o de primer orden). Los mismos autores (1989) hacen referencia a la importancia de trabajar en terapia tanto los cambios sintomáticos, como cambios estructurales; pues al trabajar únicamente en la resolución de problemas específicos, los sujetos no logran descubrir sus propios recursos. Los resultados de los test del mencionado sujeto, se relacionan con las narraciones de los otros participantes quienes afirmaron que el cambio estructural resulta más importante que el cambio netamente sintomático.

Asimismo, los resultados mencionados concuerdan con el hecho de que dos sujetos comentaron no percibir cambios sintomáticos; sin embargo, percibieron a la terapia como “beneficiosa”. Gagliesi, Lardani y Salgueiro (2005) afirman que el realizar cambios estructurales ayuda a crear conexiones sobre los patrones de la vida de los clientes y que este descubrimiento resulta más importante que el cambio netamente

sintomático. Adicionalmente, es importante mencionar que los sujetos afirman que a pesar de que sus síntomas no se transformaron; el significado que lo otorgan sí lo hizo, por lo que empezaron a aceptar a su dificultad como una parte de su personalidad, concediendo un significado más positivo. El cambio de significado de los síntomas existentes se relaciona con la terapia narrativa (White, 1994). De manera similar se relaciona con lo expuesto por Shoma Morita (1996), quien afirma que los síntomas deben aceptarse como una parte de nuestro ser e incluso valorarlos como tal. En la misma línea, Takanisa Kora (2004, párr.1) seguidor de la denominada “Terapia Morita” afirma: “The key is to not resist or rebel against the symptoms or to try to get around them by devising all sorts of tricks, that is to accept them directly as they are without shunning them”.

A pesar de que ningún sujeto comentó tener efectos perjudiciales a causa de la terapia, la mayoría de ellos concordaron con que una actitud juzgadora y crítica por parte del terapeuta sería iatrogénica. Gagliesi, Lardani y Salgueiro (2005) afirman que el cambio terapéutico es mayor cuando el terapeuta provee al cliente confianza, aceptación, reconocimiento y colaboración en medio de un ambiente que tolere el riesgo pero también otorgue seguridad. Por el contrario, un terapeuta juzgador, crítico y confrontativo se ha identificado como un elemento iatrogénico en psicoterapia (Gagliesi et al., 2005). En concordancia con lo expuesto por algunos participantes del presente estudio, el hecho de que el terapeuta sugiera acciones o realice interpretaciones puede afectar la relación terapéutica, siendo perjudicial para el proceso (Gagliesi et al., 2005). En términos generales, se ha encontrado que cuando la sensación de libertad, auto imagen, seguridad, integridad o autodeterminación del cliente se ve afectada, pueden aparecer efectos iatrogénicos o perjudiciales (Gagliesi et al., 2005). Todo ello se

relaciona con la ruptura de la relación terapéutica, retomando nuevamente la discusión sobre la importancia de éste constructo en psicoterapia.

En lo concerniente al cambio terapéutico, los resultados obtenidos son afines con varias publicaciones. El desarrollar la capacidad de observarse a uno mismo, fue una de las respuestas más comunes durante la entrevista. Estos resultados coinciden con lo expuesto por Krause & Cornejo (1997), quienes aseveran que el resultado más frecuente sobre el proceso de cambio se relaciona con "el entendimiento de sí mismo" (o "insight"). Tomar la responsabilidad de su problema y sus vidas, fue asimismo, una de las respuestas más frecuentes de los participantes. Krause & Cornejo (1997), afirman que "el asumir responsabilidad" es uno de los elementos primordiales de un proceso psicoterapéutico exitoso. El asumir la responsabilidad, se puede relacionar además, con el hecho de que la mayoría de participantes mencionaron que el hecho de asistir a terapia les otorgaba la sensación de estar haciendo algo por solucionar su problema, lo que implica ya un cambio significativo.

Por otra parte, la mayoría de los participantes comentaron que el poder hablar y desahogarse fue un elemento paliativo de la terapia. Sin embargo, casi todos los miembros de este grupo, afirmaron que el hecho de desahogarse traía otros beneficios más como el escucharse a sí mismos y su problemática, obtener una reflexión diferente sobre su realidad y comprender aspectos del problema que antes no se encontraban presentes.

Es importante mencionar que la posibilidad de desahogo de los clientes se relaciona ineludiblemente con la existencia de una alianza terapéutica saludable. De acuerdo a Gagliesi, Lardani y Salgueiro (2005) una alianza terapéutica saludable se caracteriza por la capacidad del cliente de expresarse libremente, así como por la capacidad empática

del terapeuta de escuchar abiertamente a su cliente. Es relevante señalar adicionalmente, que éste tipo de escucha se diferencia de cualquier otra relación (e.g. una relación de amistad), porque de la conversación terapéutica deben surgir nuevos elementos de cambio como el “insigh”, la capacidad de observar de manera diferente la problemática o desarrollo de la metacognición.

El lograr observar la problemática de manera diferente fue nombrado por la mayoría de los participantes como un elemento primordial de cambio terapéutico. Binder, Holgersen y Nielsen (2009), afirman que el cambio terapéutico incluye una “dimensión de significado”, que contiene la observación de nuevas alternativas para la problemática presente. Este hecho se traduce en lograr “ver la vida desde una mirada diferente” (Binder, Holgersen y Nielsen, 2009) y se relaciona con las respuestas de los participantes del presente estudio.

Otro de los elementos de cambio mencionado es el establecimiento de metas y tareas conjuntas (entre terapeuta y cliente), que ha sido identificado adicionalmente, como un elemento esencial de una alianza terapéutica sólida (Krause, 2005). Todos los participantes del presente estudio, mencionaron al establecimiento de tareas específicas y realistas como un elemento primordial para que la terapia sea exitosa. Estos resultados concuerdan con las publicaciones de Kleinke (1998), quien comenta que el establecimiento de metas se correlaciona significativamente con el resultado positivo de la terapia. Cabe mencionar el uso de la pregunta escala (White, 1994) (donde se solicita al cliente al inicio de la terapia que realice una escala, generalmente del uno al 10, estableciendo su situación actual, así como la deseada), como una herramienta eficaz para plantear metas en el proceso terapéutico. Tres de los clientes con quienes se utilizó esta herramienta, comentaron espontáneamente que ésta los ayudó a comprender mejor su problema, así como a plantear metas claras para su proceso.

De acuerdo a Suárez, Suárez, Cabrera y Suárez (2004), las metas deben plantearse en términos de la acción concreta a ejecutar por el cliente y no como generalizaciones no operativas. Afirman además, que cada acción influye tanto sobre el sujeto como en su sistema en general; explican que es necesario sistematizar cada meta e incorporarlas como un nuevo estilo de vida (Suárez et al., 2004). Semejante a lo expuesto por Suárez et al., los sujetos entrevistados afirmaron que mientras más específicas fueron las metas, la terapia resultaba más beneficiosa para ellos.

La narración de la mayoría de los participantes expone (concordando con los resultados obtenidos en la Escala de Impacto de la Terapia), que mientras más áreas de su vida sean afectadas por la psicoterapia, ésta se considera como más positiva (e.g. área laboral, familiar, etc.). Gagliesi, Lardani y Salgueiro (2005) corroboran estos resultados. Afirman que el riesgo se reduce y el cumplimiento del consultante aumenta cuando el tratamiento incluye la intervención familiar y el trabajo en otras áreas de la vida (Gagliesi et al., 2005).

Por otra parte, de la entrevista realizada se desprenden cuatro áreas de cambio gracias al proceso terapéutico: cambio sintomático, mejor relacionamiento con otros, aceptación personal y autocomprensión. En diversos estudios, se han encontrado categorías similares. Elliott y James (1989), resumen 5 áreas de cambio, siendo el “mejoramiento de la autoimagen” el más nombrado. Adicionalmente, hablan de “la toma de conciencia” (awareness); los momentos de apoyo del terapeuta, los momentos de insight y los momentos en los que se ejercitan nuevas formas de comportamiento (Elliott y James, 1989).

De manera similar, Connolly y Strupp (1996) basados en la percepción de los consultantes, resumen la existencia de cuatro conglomerados de cambio: mejoría sintomatológica, en la autocomprensión, en la autoconfianza y mayor autodefinición.

De acuerdo a varios autores (Krause, 1992; Krause, 1993; Krause, Uribe, Winkler & Avendaño, 1994; Krause & Cornejo, 1997; Krause, 2005; Winkler, Avendaño, Krause & Soto, 1993) estos conglomerados son los que pueden considerarse como la “esencia” del cambio psicoterapéutico genérico (de factores comunes) y estarían situados en la esfera de lo representacional, es decir, en los constructos de los individuos sobre ellos mismos.

A pesar de que algunos participantes mencionaron el uso de técnicas específicas (como diarios o tareas de reflexión) como elementos de cambio, se plantea que éstos más allá de ser positivos como técnicas *per se*, lo son porque ayudan a generar los cambios mencionados previamente. El lograr ver su problema desde una óptica distinta, el lograr capacidad de metacognición o el lograr mayor insight son los objetivos primarios de dichas técnicas. Adicionalmente, es importante mencionar que la calidad de la relación terapéutica, fue más nombrada que las técnicas específicas o herramientas de determinadas escuelas, retornando la mirada a los estudios sobre factores comunes. En palabras de Beutler (2000, p. 6): “Los terapeutas deben transformarse en mejores artesanos. Esto no significa ignorar los principios, sino aplicarlos de manera creativa, consistente con las variaciones y permutaciones de problemas y características presentados por sus pacientes. Si el terapeuta es sólo un técnico, nunca podrá afrontar los problemas complejos que se presentan en la práctica clínica”.

A diferencia de otros planteamientos (e.g. Ceberio, 2002; Aberastury, 1984) la mayoría de los participantes comentaron el hecho de no pagar por la terapia significaba para ellos que la terapeuta cumplía con su práctica más allá que por un interés económico, por lo que consideraban que su trabajo era genuino y existía un compromiso legítimo con los procesos. Este resultado es importante, pues desmitifica el hecho del cobro económico de la terapia como una necesidad obligatoria para el compromiso de los sujetos con la misma. A diferencia de lo expuesto por Ceberio (2002), quien afirma que el uso del dinero denuncia qué lugar ocupa y qué valoración otorga el sujeto a la terapia personal, otros autores (e.g. Dreher, Mengele, Krause & Kämmerer, 2001; Heppner & Claiborn, 1989) afirman que la evaluación general de una psicoterapia está relacionada con el compromiso emocional del cliente y que éste no siempre corresponde su aporte económico. Estos últimos estudios concuerdan con los resultados obtenidos en la presente investigación.

Finalmente, al momento de ofrecer un servicio terapéutico existen otros factores de carácter administrativo que deben tenerse en cuenta. Un servicio de calidad que incluya puntualidad en las llamadas, un lapso corto de tiempo entre el contacto de la terapia y el servicio de la misma, un lugar apropiado para realizar el proceso terapéutico, así como una correcta atención por parte de los implicados; se han observado como elementos esenciales dentro de la psicoterapia y fueron mencionados en la entrevista realizada en el presente estudio. Rokes y Núñez (2004) afirman que el servicio al cliente consiste en asegurarse de que los consumidores estén satisfechos con el servicio o producto de una empresa. Afirman además que diversas investigaciones (e.g. The Learning Institute, 2000; citado en Rokes y Núñez, 2004) demuestran que las personas gastan más su dinero donde reciben un mejor servicio. The Learning Institute (2000) presentó una investigación donde demostraba que los compradores se interesan

por empresas caracterizadas por la dedicación al cliente, atención personalizada, conocimiento, capacidad para analizar las necesidades de los clientes, simpatía y resolución de problemas (citado en Rokes y Núñez, 2004). Por tanto, la psicoterapia al ser un servicio profesional debe contar también con las características mencionadas.

i. Conclusiones

Las conclusiones más relevantes obtenidas de la presente investigación se resumen a continuación:

- ❖ La falta de motivación intrínseca al momento de asistir a terapia puede relacionarse con una percepción menos positiva sobre el proceso terapéutico (su éxito), así como con el desarrollo de una alianza terapéutica saludable. Por lo tanto, en los casos de sujetos que asisten a terapia sin un pedido propio, es recomendable reforzar las intervenciones direccionadas a generar dicho pedido y motivación de cambio.
- ❖ Al momento de iniciar un proceso terapéutico es relevante realizar una evaluación del tipo de problema: complejo o no complejo. Si el problema a presentarse se califica como no complejo (siendo situacional y transitorio), probablemente la motivación de cambio disminuya, resultando en un proceso menos exitoso y en mayor dificultad de generar una sólida alianza terapéutica.
- ❖ La alianza terapéutica es un elemento primordial que se correlaciona positivamente con el éxito terapéutico. Mientras exista una mejor alianza terapéutica, el resultado de la terapia podrá ser mejor.

- ❖ Es importante plantear metas realistas y concretas que ayuden a los clientes y terapeutas a tener una percepción sensata sobre la psicoterapia. El planteamiento de éste tipo de metas se relaciona positivamente con mayor éxito terapéutico y creación de una alianza terapéutica saludable.
- ❖ Existe una diferencia entre los resultados terapéuticos a largo plazo (outcomes) y los resultados a corto plazo (impacts); los primeros se relacionan con los cambios estructurales o de segundo orden, mientras que los últimos con cambios sintomatológicos o de primer orden. Para que una terapia sea considerada como más exitosa es importante trabajar en cambios estructurales y a largo plazo y no únicamente en cambios sintomáticos.
- ❖ En relación con lo mencionado anteriormente, los sujetos que no han obtenido cambios sintomatológicos, si logran transformar el significado de su problemática o síntoma, pueden aceptarlo como un elemento de personalidad y consecuentemente, calificar el proceso terapéutico como exitoso.
- ❖ Un terapeuta que juzga, realiza constantes interpretaciones y se involucra poco puede considerarse como un elemento iatrogénico para la psicoterapia. Asimismo, un terapeuta totalmente pasivo y poco profesional es perjudicial para el proceso. Finalmente, un terapeuta que muestre problemas de personalidad, puede ser nocivo.
- ❖ Mientras más áreas de la vida son afectadas por la psicoterapia (e.g. área laboral, familiar o relacional) la psicoterapia se considera como más beneficiosa.

- ❖ En cuanto a cómo sucede el cambio psicoterapéutico se han identificado las siguientes áreas: comprensión de uno mismo, responsabilidad, lograr desahogarse, ver su problemática de manera diferente (dar un nuevo significado) y establecer metas concretas y realistas.
- ❖ En relación a lo que cambió gracias a la psicoterapia, se han identificado cuatro áreas: cambio sintomatológico (siendo el menos importante), mejor relacionamiento con otros, aceptación de uno mismo y autocomprensión (insight).
- ❖ A pesar de que ciertas herramientas son importantes para lograr el cambio terapéutico, su uso tiene relación con lograr los objetivos planteados previamente. Adicionalmente, la relación terapéutica ha sido identificada como más importante que el uso de herramientas o terapias manualizadas.
- ❖ A diferencia de lo planteado por otros autores (e.g. Ceberio, 2002), el cobro económico de la terapia parece no ser un elemento obligatorio para el compromiso de los clientes con la misma. Por el contrario, el compromiso emocional parece ser de mayor importancia y no se traduce en el pago económico del proceso terapéutico.
- ❖ Otros aspectos administrativos relacionados con el servicio al cliente (como la puntualidad en las llamadas, la existencia de una infraestructura adecuada o la privacidad) se reconocen como elementos importantes para una terapia exitosa.

Con lo mencionado, puede observarse que los constructos de los clientes sobre el éxito terapéutico se relaciona con los factores comunes, más no con elementos específicos de escuelas terapéuticas. Todo lo expuesto, corrobora los estudios actuales en investigación en psicoterapia que dirigen su mirada al estudio de dichos factores para lograr establecer una profesión más unificada y consolidada.

ii. Limitaciones

La limitación más importante del presente estudio se relaciona con la imposibilidad de generalización de los resultados. A pesar de haber obtenido resultados de gran relevancia, se debe considerar que el número reducido de participantes, hace imposible una generalización de los mismos.

Otra de las limitaciones del presente estudio, se relaciona con el tiempo transcurrido entre la finalización de la terapia y la realización de la investigación. Ya que el tiempo promedio transcurrido fue de 8 meses, no se puede hablar realmente de resultados obtenidos a largo plazo. Sería interesante realizar un estudio futuro con los mismos sujetos para valorar los resultados de la terapia, transcurrida mayor cantidad de tiempo.

El hecho de que todos los sujetos participantes calificaron su proceso terapéutico como beneficioso, se convierte en una limitación de la presente investigación. Sería importante conocer adicionalmente, los constructos existentes en sujetos que han percibido el proceso terapéutico como poco beneficioso o incluso iatrogénico.

Finalmente, a pesar de que el conocer la percepción del cliente sobre el cambio terapéutico se considera de gran relevancia, éste hecho es también una limitación del

estudio. Es importante conocer también la percepción del terapeuta sobre el cambio terapéutico, así como el de terceros observadores, familiares del cliente y de su red social para realizar así una comparación global de todos los implicados y de su concepción sobre el éxito terapéutico.

iii. Futuras investigaciones

A partir del estudio realizado, se desprenden diversas posibilidades de estudios futuros relacionados con el éxito terapéutico. Como ha sido comentado, varios sujetos hablaron sobre “eventos específicos de cambio”, lo que resultaría de gran interés para comprender la concepción del éxito terapéutico. Mahrer y Nadler (1986) hablan de “momentos positivos” que colaboran al cambio. De la misma manera otros autores (Elliott, 1984; Elliott & Shapiro, 1992; Marmar, 1990; Rice & Greenberg, 1984; Wiser & Goldfried, 1996) hablan sobre la necesidad de identificar eventos o episodios relevantes para el cambio o los denominados “módulos individuales de variables terapéuticamente relevantes”. Interesa especialmente "el lapso de tiempo, el segmento, o la secuencia dentro de una o muchas sesiones terapéuticas en las que se espera ocurran cambios significativos, con el propósito de someterlos luego a un análisis amplio tanto en relación a los cambios, como a sus condiciones previas y efectos" (Bastine et al., 1989, p. 11; citado en Krause, de la Parra, Arístegui, Dagnino, Tomicic, Valdés, Vilches, Echávarri & Ben-Dov, 2006). Desde esta perspectiva, sería importante realizar estudios en relación al éxito terapéutico y su relación con dichos momentos de cambio.

Otra posible línea futura de investigación puede relacionarse con la existencia de los denominados “estadios de la terapia” y su relación con el “éxito terapéutico”. Bastine et

al. (1989) afirman que los resultados sobre el cambio terapéutico muestran que éste es un proceso con etapas sucesivas, que inicia antes de la terapia y continúa al término de ésta (citado en Krause, de la Parra, Arístegui, Dagnino, Tomicic, Valdés, Vilches, Echávarri & Ben-Dov, Reyes, Altimir y Ramírez, 2006). En dicho proceso, se combinan factores intra y extra terapéuticos; el proceso se desarrolla en fases que se construyen unas sobre otras y en las cuales el nivel de complejidad de los patrones de explicación e interpretación incrementan progresivamente (Bastine et al., 1989 citado en Krause, et al., 2006). Se sugiere para investigaciones futuras analizar la relación existente entre cada momento del proceso terapéutico y el éxito del mismo, para así establecer lineamientos más claros sobre el proceso de cambio.

La investigación del proceso terapéutico tal como afirman diversos autores (e.g. Goldfried et al., 1990; Marmar, 1990; Orlinsky, 1994), conlleva la siguiente consecuencia: hay un mayor énfasis en estudiar terapias "reales" y prácticas, en encontrar un lenguaje común entre investigadores y terapeutas.

Se hace énfasis en la necesidad de continuar con líneas investigativas dirigidas al estudio de factores comunes en psicoterapia, de elementos que ayuden a la psicología clínica a convertirse en una rama sólida y unificada; para el beneficio de los clientes y del desarrollo de la profesión. Tschuschke y Czogalik (1990, p.22) señalan: "Es muy plausible que las conceptualizaciones teóricas y las indicaciones terapéuticas que de ellas se desprenden, posean en sí el rango de condiciones básicas irrenunciables para posibilitar la psicoterapia como actividad profesional e institucionalizada" (citado en Krause, et al., 2006).

“Bienvenidos sean todos los terapeutas a este carnaval de locos, una celebración que trastoca toda la disciplina y trasforma una y otra vez las verdades eternas de sus popes. Es el momento de bailar en las calles y de ponerlo todo del derecho y del revés. Y, cuando el festín haya terminado, volveremos a nuestros trabajos reverenciando la irreverencia y afirmando con valor la maravilla de la humanidad”

(Keeney, 2002, pg. 15)

Referencias:

Aberastury, A. (1984). *Teoría y Técnica del Psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Paidós.

American Psychological Association - Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271 - 285.

Arrendondo, M. & Salinas, P. (2005). *Alianza terapéutica en psicoterapia: Concepción e importancia atribuida por psicoterapeutas con distintas orientaciones teóricas que trabajan en el centro de Psicología aplicada de la Universidad de Chile*. Tesis de Psicología no publicada. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Bateson, G. (1951). *Una unidad sagrada: Pasos ulteriores hacia una ecología de la mente*. Barcelona: Gedisa.

Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.

Bernal, G., Bonilla, J., Alvarez, M. A. & Greaux, B. (1993). The psychotherapy alliance as a predictor of outcome: a preliminary study. *Revista Interamericana de Psicología*, 27, 229-238.

Bertalanffy, L. (1954). *General System theory: Foundations, Development, Applications*. New York: George Braziller.

Bertrando, P. & Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar: los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós.

Beutler LE. (2000). Empirically Based Decision Making in Clinical Practice. Prevention & Treatment. *American Psychological Association*, 3, Article 27.

Binder, P.E., Holgersen, H., & Nielsen, G.H. (2008). Re-establishing contact: A qualitative exploration of how therapists work with ruptures in adolescent psychotherapy. *Counseling and Psychotherapy Research*, 8, 239-245.

Botella, L. y Vilaregut, A. (2004). *La Perspectiva Sistémica en Terapia Familiar: Conceptos básicos, investigación y evolución*. Barcelona: Facultat de Psicologia i Ciències de l'Educació Blanquerna Universitat Ramon Llull.

Campani y Lupi (2004). *Servicio Social Y Modelo Sistémico*. Barcelona: Paidós.

Caro, I. (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.

Castelló, J. (2009). *Integración y cambio en psicoterapia*. I Congreso Virtual de Psiquiatría. 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 [citado: 7 de febrero de 2000]; Conferencia 6-CI-A: disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa6/conferencias/6_ci_a.htm

Ceberio, M. (2002). *El contrato terapéutico*. Recuperado el 9 de febrero de 2011, de <http://www.escuelasistemica.com.ar/publicaciones/articulos/4.pdf>

Cecchin, G. Lane, G. & Ray, W. (2002). *Irreverencia*. Barcelona: Paidós.

Chiari, M. & Nuzzo, L. (2010). *Constructivist psychotherapy: a narrative hermeneutic approach*. New York: Series Editor – Keith Tudor.

Connolly, M. & Strupp, H. (1996). Cluster analysis of patient reported psychotherapy outcomes. *Psychotherapy Research*, 6, 30-42.

Corbella, S. & Botella, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: Proceso, resultado y factores comunes*. Madrid: Vision Net.

Dreher, M., Mengele, U., Krause, R. & Kämmerer, A., (2001). Effective indicators of the psychotherapeutic process. *Psychotherapy Research, 11*, 99-117.

Durlak, J. A. (1979). Comparative effectiveness of paraprofessional and professional helpers. *Psychological Bulletin, 86*, 80-92.

Elliot, R. (2002). The effectiveness of Humanistic Therapies: A Meta-Analysis. In D. Cain (Ed), *Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practice*. (57-82). Washington: American Psychological Association.

Elliott, R. & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review, 9*, 443-467.

Elliott, R. & Shapiro, D. A. (1992). Client and therapist as analysts of significant events. En S. G. Toukmanien & D.L. Rennie (Eds.), *Psychotherapy process research: Paradigmatic and normative approaches* (pp. 163-186). Newbury Park, CA: Sage.

Feixas, G. & Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

Fernández – Álvarez & Opazo (2005). *La Integración en Psicoterapia: Manual Práctico*. Barcelona: Editorial Paidós.

Frankl, V. (1999). *El hombre en busca del sentido último*. Barcelona: Paidós.

Gagliosi, P. Lardani, A. y Salgueiro, M. (2005). Selección Sistemática de Tratamiento, un modelo de psicoterapia basada en la evidencia. *Vertex, XVI*, 251-259.

Gaston, L., Marmar, C., Thompson, L. W. & Gallager, D. (1991). Alliance prediction of outcome beyond intreatment symptomatic change as psychotherapy progresses. *Psychotherapy Research, 1*, 104-112.

Gelso, C. J. y Carter, J. A. (1985). The Relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist, 13*, 155-244.

Goldfried M R & Davison G C. (1994). *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Greenberg, L.S. & Pinsoff, W. (1986). *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook*. New York: Guilford Press.

Hartley, D. (1985). Research on the therapeutic alliance in psychotherapy. In R. Hales & A. Frances (Eds), *Psychiatry update annual review* (pp. 532-549). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Henry, W.P., & Strupp, H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. In A. O. Hovarth & L. S. Greenberg (Eds), *The working alliance: Theory, research and practice. Wiley series on personality process* (532-549). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Heppner, P. P. & Claiborn, C. D. (1989). Social influence research in counseling: A review and critique. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 365-387.

Herrera, L. y García, M. (2003). La investigación en psicoterapia: en busca de senderos eficientes. *Revista Cuba Psicología* 20(2), 111-116.

Horvath, A. (1995). The therapeutic relationship: From transference to alliance. *In Session: Psychotherapy*, 16, 252 – 260.

Horvath, A. (2001). The Impact of the Therapist as a Person, the Neglect Ingredient. Ponencia presentada en el *Encuentro de Investigación en Psicoterapia. Comité de Psicoterapia de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía y SPR* (Society for Psychotherapy Research), Mauco, Chile.

Horvath, A. O. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561-573.

Jacobson, N. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 12-19.

Jannis I, Mann L. (1977). *Decision making. A psychological analysis of conflict, choice and commitment*. New York: The Free Press.

Kelly, G. (1955). *The Psychology of Personal Constructs*. New York: Rutledge.

Kenney, B. (2002). *La estética del cambio*. Barcelona: Paidós.

Klein, M. J., & Elliott, R. (2006). Client accounts of personal change in process experiential psychotherapy: A methodologically pluralistic approach. *Psychotherapy Research, 16*, 91-105.

Kleinke, C. (1998). *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Kopta, M. (1999). Individual psychotherapy outcome and process research. Challenges leading to greater turmoil or a positive transition? *Annual Review Psychology, 50*, 441-469.

Krause, M. & Cornejo, M. (1997). Psicoterapia y percepción de cambios: su expresión en metáforas. *Terapia Psicológica, 6*, 83-91

Krause, M. (1992). Efectos subjetivos de la ayuda psicológica - discusión teórica y presentación de un estudio empírico. *Psykhé, 1*, 41-52.

Krause, M. (1993). Construcción y transformación de teorías subjetiva a través de la psicoterapia. *Terapia Psicológica, 7*, 29-43.

Krause, M. (2005). *Psicoterapia y Cambio. Una mirada desde la subjetividad*. Santiago: Ediciones Universidad Católica

Krause, M., de la Parra, G., Arístegui, P., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Vilches, O., Echávarri, O., Ben-Dov, P., Reyes, L., Altimir, C., Ramírez, I. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 299-325.

Krause, M., Uribe, R., Winkler, M. I. & Avendaño, C. (1994). Caminos en la búsqueda de ayuda psicológica. *Psykhe*, 3, 211-222.

Labrador, F., Echeburúa, E., y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dickinson.

Lambert, M., Bergin, A. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. Bergin & L. Garielid (Eds), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (143-189). New York: Wiley.

Levitt, H., Butler, M., & Hill, T. (2006). What clients find helpful in psychotherapy: Developing principles for facilitating moment-to-moment change. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 314 - 324.

Lomelí, L. (2006). *Psicología: Antología*. México D.F.: Umbral.

Lyddon, W & Alford, D. (1996). *Evaluación constructivista: una perspectiva evolutivo-epistémica*. In R. Neimeyer (Eds). *Evaluación constructivista* (pp.39-63). Barcelona: Paidós.

Mahoney, M. (2005) *Psicoterapia Constructiva*. Barcelona: Paidós.

Mahrer, A.R. & Nadler, W.P. (1986). Good moments in psychotherapy: A preliminary review, a list, and some promising research avenues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 10-15.

Malterud, K. (1993). Shared understanding of the qualitative research process. Guidelines for the medical researcher. *Family Practice*, 10, 201-206.

Marmar, C. R. (1990). Psychotherapy process research: Progress, dilemmas, and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 265-272.

Ministerio de Salud del Ecuador. (2003). *Programa Nacional de Salud Mental*. Unidad de Salud Mental. Quito, Ecuador. Recuperado el 14 de noviembre de 2010, de <http://www.msp.gov.ec/>

Morita, S. (1996). Natural Alternatives for Mental Wellness. Recuperado 11 de febrero de 2011, de <http://www.todoinstitute.org/>

Nietzel, M.T. & Fisher, S.G. (1981). Effectiveness of professional and paraprofessional helpers: A comment on Durlak. *Psychological Bulletin*, 89, 355-365.

Norcross, J. (2000). Empirically supported therapeutic relationships: A Division 29 task force. *Psychotherapy Bulletin*, 35, 2-4.

Norcross, J., Beutler, L., y Levant, R., (2006). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Opazo, R. (2001). *Psicoterapia integrativa: delimitación clínica*. Santiago: Ediciones ICPSI.

Orlinsky, D. (1994). Research-based knowledge as the emergent foundation for clinical practice in psychotherapy. En P. Talley, H. Strupp & S. Butler (Eds.), *Psychotherapy Research and Practice* (pp. 98-123). Nueva York: Basic Books.

Pérez Álvarez, M. & Fernández Hermida, J.R. (2001). El grano y la criba de los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13, 523-529.

Prochaska J, DiClemente C. (1992). The transtheoretical approach. En: J. Norcross, (Ed) *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunner Mazel.

Raskin, J. D., Weihs, K. D., & Morano, L. A. (2005). Personal construct psychotherapy meets constructivism: convergence, divergence, possibility. In D. A.

Reeve, J. (2003). *Motivación y Emoción*. México D.F.: Mc. Graw Hill.

Rennie, D. (2000). Aspects of the client's conscious control of the psychotherapeutic process. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 151-167.

Rice, L. & Greenberg, L.S. (1984). *Patterns of change*. New York: Guilford.

Ritchie, J. & Lewis, J. (Eds) (2003). *Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science students and researchers*. London: Sage.

Rogers, C. (1959). *Terapia Centrada en el Cliente: Práctica, Implicaciones y Teoría*. Barcelona: Paidós.

Rokes, B. y Núñez, J (2004). *Servicio al cliente*. México D.F: Thompson.

Sánchez, T., Loredó, C. y López, D. (2009) *¿Dónde reside la acción? Agencia, Constructivismo, Psicología*. México D.F.: UNED.

Santibáñez, P. (2001). *La alianza terapéutica en psicoterapia: traducción, adaptación y examen inicial de las propiedades psicométricas del Working Alliance Inventory en Chile*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología, Mención Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica, Santiago, Chile.

Seligman, M. (1994). La efectividad de la Psicoterapia: El estudio del Consumer Reports. *American Psychologist – American Psychological Association*, 50(12), 965-974.

Smith, M. L., Glass, G. V. y Miller, T. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Stiles, W., Agnew-Davies, R., Hardy, G., Barkham, M., & Shapiro, D., (1998). Relation of the alliance with psychotherapy outcome: Findings in the Second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 66(5), 791-802.

Strupp, H. H. & Binder, J. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to Time-Limited Dynamic Psychotherapy*. New York: Basic Books

Suárez H., Suárez M., Cabrera I., y Suárez, C. (2004). Un camino hacia las metas: una técnica de psicoterapia. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana, 1(1)*, Recuperado el 09 de febrero de 2001, de http://bvs.sld.cu/revistas/hph/hph_1_04/hph11104.htm.

Svartberg, D. y Stiles, W. B. (1991). Predicting patient change from therapist competence and patient-therapist complementary in short-term anxiety provoking psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 304-307.

Svartberg, M. & Stiles, T. C. (1994). Therapeutic alliance, therapist competence, and client change in short-term anxiety-provoking psychotherapy. *Psychotherapy Research, 4*, 20-33.

Szasz, T. (1974). *La fabricación de la locura*. Barcelona: Kairós.

Takanisha, K. (2004). Morita Therapy. Recuperado el 11 de enero de 2011, de <http://www.todoinstitute.com/morita.html>

Trull, J. & Phares, E. J. (2003). *Psicología Clínica: Conceptos métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México D.F: Thompson.

Valdivieso, S. (1994). Fundamentos y límites de la Psicoterapia. *Boletín Escuela de Medicina, 23*, 97- 102.

Viney, L.L., Metcalfe, C., & Winter, D.A. (2005). The effectiveness of personal construct psychotherapy: a meta-analysis. In D.A. Winter, & L.L. Viney (Eds.), *Personal construct psychotherapy. Advances in theory, practice and research* (pp. 347-364). London: Wiley.

Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1967). *Teoría de la Comunicación Humana*. Madrid: Tiempo Contemporáneo.

White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.

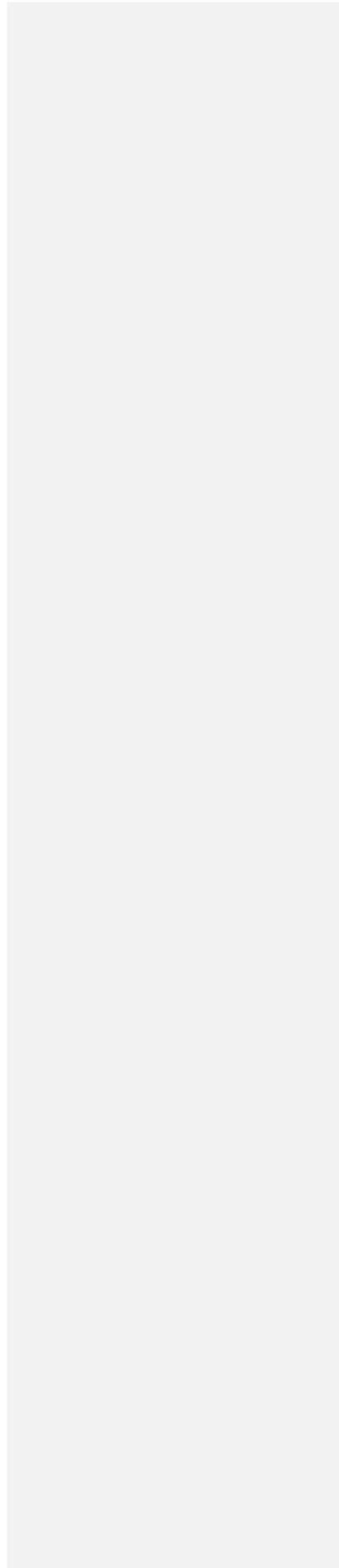
Wiener, N. (1948). *The theory of Prediction* (1956). New-York: McGraw-Hill.

Winkler, M.I., Avendaño, C., Krause, M. & Soto, A. (1993). El cambio psicológico desde la perspectiva de los consultantes [Client's perception of psychological change]. *Terapia Psicológica*, 11 (1), 7-19.

Winter & L. L. Viney (Eds.) *Personal construct psychotherapy: Advances in theory, practice and research* (pp. 3-20). London: Whurr.

Wiser, S. & Goldfried, M. R. (1996). Verbal interventions in significant psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapy sessions. *Psychotherapy Research*, 6, 309-319.

ANEXOS



Anexo #1

Inventario de alianza terapéutica

Instrucciones

En las siguientes páginas encontrará oraciones que describen algunas de las diferentes maneras en que una persona piensa o siente sobre su terapeuta.

En cada oración se encuentra una escala de 7 puntos:

1

2

3

4

5

6

7

Nunca Casi nunca Ocasionalmente A veces A menudo Frecuentemente Siempre

Si la oración describe la manera en la **siempre** piensa (o siente) marque el número siete; si la opción más cercana es **nunca** marque el número 1. Use los números del medio para describir las variaciones entre los extremos.

Este cuestionario es CONFIDENCIAL, ni el terapeuta ni la Institución conocerán sus respuestas.

Responda rápido, las primeras impresiones son las que queremos conocer.

POR FAVOR NO OLVIDE RESPONDER **TODAS** LAS ORACIONES

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Tomado de Santibáñez (2001).

INVENTARIO DE ALIANZA TERAPÉUTICA

	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 OCASIONALMENTE	4 A VECES	5 A MENUDO	6 FRECUENTEMENTE	7 SIEMPRE
1. Me sentí cómodo (a) con mi terapeuta							
2. Mi terapeuta y yo estuvimos de acuerdo sobre las cosas que debía hacer en terapia para mejorar mi situación.							
3. En algún momento estuve preocupado sobre el éxito de las sesiones terapéuticas							
4. Lo que hice en terapia me ofreció nuevas maneras de mirar mi problema.							
5. Mi terapeuta y yo nos entendimos mutuamente.							
6. Mi terapeuta percibió cuáles eran mis metas.							
7. Sentí que lo que hacía en terapia era confuso.							
8. Creo que le agrado a mi terapeuta.							
9. En algún momento deseé que mi terapeuta y yo aclaremos las metas de la terapia.							
10. Estuve en desacuerdo con respecto a las metas planteadas para mí.							
11. Sentí que el tiempo que compartía con mi terapeuta era inútil.							
12. Mi terapeuta no comprendió lo que quería obtener del proceso.							
13. Estuve claro/a sobre mi responsabilidad en terapia.							
14. Las metas establecidas en terapia fueron importantes para mí.							
15. Sentí que lo que hacíamos en terapia no estaba relacionado con mis preocupaciones.							
16. Sentí que lo que realizaba en terapia me ayudó a conseguir los cambios que deseaba.							
17. Sentí que mi terapeuta estaba genuinamente preocupado por mi bienestar.							

Anexo #2

Escala de impacto de la terapia

Instrucciones

En la siguiente página encontrará oraciones que describen algunas de las diferentes maneras en que una persona piensa o siente sobre su proceso terapéutico.

En cada oración se encuentra una escala de 5 puntos:

<input type="checkbox"/>				
1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Algo	Considerable	Mucho

Si la respuesta más cercana a su experiencia es **mucho** marque 5; si por el contrario es **nada** marque 1. Use los números del medio para describir las variaciones entre los extremos.

Este cuestionario es CONFIDENCIAL, ni el terapeuta ni la Institución conocerán sus respuestas.

Responda rápido, las primeras impresiones son las que queremos conocer.

POR FAVOR NO OLVIDE RESPONDER **TODAS** LAS ORACIONES

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Tomado de Selligman (1994).

ESCALA DE IMPACTO DE LA TERAPIA

	1 NADA	2 POCO	3 ALGO	4 CONSID	5 MUCHO
1. Descubrí algo nuevo sobre mí mismo/a. Como resultado de la terapia, he conocido o entendido algo nuevo sobre mí mismo/a; he encontrado una conexión o entiendo por qué hice o sentí algo en algún momento. (Nota: Debe haber una sensación de descubrimiento o novedad como resultado de algo que pasó durante la terapia).					
2. Comprendí algo nuevo sobre alguien más. Como resultado de la sesión ahora cuento con una nueva comprensión sobre otra persona o entendí algo sobre alguien más o las personas en general. (Nota: Debe haber una sensación de descubrimiento o novedad).					
3. Como resultado de la terapia he sido capaz de entrar más en contacto con mis sentimientos, pensamientos, memorias u otras experiencias; me he vuelto consciente de experiencias que he estado evitando; algunos sentimientos o experiencias personales que no estaban claras de alguna forma se han vuelto más comprensibles. (Nota: se refiere a obtener claridad sobre lo que está sintiendo más que por qué lo está haciendo).					
4. Como resultado de la terapia, ahora tengo más claridad sobre lo que necesito cambiar en mi vida, sobre lo que debo continuar trabajando y sobre cuáles son mis objetivos.					
5. Como resultado de la terapia, se me han ocurrido maneras posibles de manejar una situación o problema en particular; he tomado una decisión o resuelto un conflicto sobre qué hacer; ahora tengo la energía o resolución para hacer algo de manera diferente.					
6. Como resultado de esta terapia, me siento más profundamente comprendido/a, siento que alguien (mi terapeuta) realmente entiende lo que me sucede y cómo soy.					
7. Como resultado de esta terapia, me siento apoyado/a, aceptado/a, fortalecido/a o alentado. Me siento mejor sobre mí mismo/a o ha mejorado mi autoestima; he obtenido más esperanza (me he vuelto más optimista) sobre mí mismo/a o mi futuro.					
8. Como resultado de esta terapia, me siento aliviado de sentimientos molestos o penosos, me siento menos nervioso, deprimido, culpable o enojado.					
9. La terapia me ha hecho pensar sobre ideas, recuerdos o sentimientos desagradables o penosos que no me ayudaban; me ha hecho expulsar o evitar ciertos pensamientos o sentimientos.					
10. Durante la terapia me sentí presionado para hacer algo, me sentí abandonado o desamparado por mi terapeuta.					
11. Como resultado de la terapia me he sentido atacado/a, criticado/a, juzgado/a o depuesto por mi terapeuta o las demás personas.					

12. Como resultado de la terapia ahora me siento más confundido/a sobre mis problemas, dudas o principios; siento que las cosas que son o eran importantes para mí han sido dispersadas o apartadas.

--	--	--	--	--	--

Anexo #3

Información general

Nombre / Sujeto:

Sexo:

Edad:

Ocupación:

Estado civil:

Vive con:

Terapia previa:

Terapia psiquiátrica / mediación:

Asunto por el que acudió a terapia:

¿Fue remitido/a por otro profesional?:

Duración y frecuencia de la terapia:

Razones para la terminación de la terapia:

Fecha de terminación de la terapia:

Anexo #4

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A PROFUNDIDAD

INFORMACIÓN GENERAL

1. ¿Cuál era su percepción sobre la Psicoterapia antes de iniciar su proceso?
2. ¿Cuál era su estado emocional antes de iniciar el proceso terapéutico?
3. ¿Qué lo motivó a acudir a terapia? ¿La decisión fue fácil, alguien se lo pidió?
4. ¿Cómo describiría su estado emocional después del proceso terapéutico?
5. ¿En términos generales, considera que su terapia fue beneficiosa?
6. ¿Si la terapia fue beneficiosa, en qué áreas considera que lo ayudó?
7. ¿La terapia fue beneficiosa con respecto el asunto o problema específico que lo llevó a pedir ayuda?
8. ¿La terapia fue beneficiosa en algún aspecto distinto a su problema inicial?
9. ¿Algún aspecto de su vida cambió como resultado de la terapia? (familia, trabajo, etc.).
10. ¿Considera que la terapia lo ayudó a tener un cambio profundo? ¿Considera que dicho cambio será a largo plazo?
11. ¿Considera que en algún aspecto la terapia fue perjudicial?
12. ¿Cambió de alguna manera la percepción que tenía sobre la terapia al finalizar su proceso?

CUALIDADES DEL TERAPEUTA

1. En términos generales, ¿considera que el terapeuta que trabajo con usted es competente?
2. ¿Se sintió seguro, confiado con su terapeuta?
3. ¿Cuáles son las características de su terapeuta que considera fueron beneficiosas para usted?
4. ¿Cuáles son las características que le hubieran gustado recibir de su terapeuta? ¿Qué le recomendaría que mejore?
5. Desde su experiencia ¿cuáles considera que son las características que un terapeuta debería tener para ser eficaz? ¿Cuáles considera que son las características de un terapeuta para que sean perjudiciales o inútiles en terapia?
6. ¿De qué manera cree que es visible una buena relación entre el terapeuta y el cliente?

PROCESO TERAPÉUTICO

1. ¿Qué intervenciones realizadas por su terapeuta considera que fueron las más beneficiosas en terapia? (p.ej. Técnicas, habla, etc.)
2. ¿Cómo fue su experiencia durante el proceso terapéutico? ¿Cómo fue al inicio, al intermedio, al final?
3. ¿Qué aspectos del proceso terapéutico considera que fueron los más beneficiosos? (espacio físico, confidencialidad, aceptación, alianza terapéutica, metas).
4. ¿Cómo desarrolló su terapeuta el tratamiento? ¿Fijaron metas mutuas, metas individuales? ¿Considera que este tipo de manejo fue útil?
5. ¿Qué es lo más importante de la terapia que fue beneficioso para usted? (si así lo fue).
6. ¿Considera que hubo una influencia significativa del proceso terapéutico en su vida?
7. Desde su experiencia, ¿qué factores considera cruciales para que una terapia sea beneficiosa o perjudicial?
8. ¿Qué le hubiera gustado aumentar en su proceso terapéutico? ¿Qué le pareció poco beneficioso?
9. En términos generales, ¿cómo describiría su proceso personal durante la terapia?

Es importante resaltar el carácter de ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA, las preguntas aquí presentadas fueron ampliadas durante la entrevista y se han incrementado otros elementos adicionales.

Anexo #5

Información de cada sujeto

<i>Sujeto: #1</i>	
Sexo:	Masculino
Edad:	21 años
Ocupación:	Estudiante USFQ
Estado civil:	Soltero
Vive con:	Padres, hermana mayor
Terapia previa:	Sí
Terapia psiquiátrica / mediación:	Sí, medicación: ansiolíticos, antidepresivos
Asunto por el que acudió a terapia:	Referido por su psiquiatra
¿Fue remitido/a por otro profesional?:	Sí
Duración y frecuencia de la terapia:	5 sesiones una cada semana
Razones para la terminación de la terapia:	Decisión mutua

<i>Sujeto: #2</i>	
Sexo:	Femenino
Edad:	22 años
Ocupación:	Estudiante USFQ
Estado civil:	Soltera
Vive con:	Padres, hermana menor
Terapia previa:	No
Terapia psiquiátrica / mediación:	No
Asunto por el que acudió a terapia:	Confusión en la elección de carrera
¿Fue remitido/a por otro profesional?:	No
Duración y frecuencia de la terapia:	6 sesiones, una semanal
Razones para la terminación de la terapia:	Decisión mutua

<i>Sujeto: #3</i>	
Sexo:	Femenino
Edad:	27 años
Ocupación:	Ing. Geográfica
Estado civil:	Soltera
Vive con:	Padres
Terapia previa:	No
Terapia psiquiátrica / mediación:	No
Asunto por el que acudió a terapia:	Terminó su relación de pareja
¿Fue remitido/a por otro profesional?:	No
Duración y frecuencia de la terapia:	7 sesiones, una semanal
Razones para la terminación de la terapia:	Decisión mutua

<i>Sujeto: #4</i>	
Sexo:	Masculino
Edad:	46 años
Ocupación:	Asistente
Estado civil:	Soltero
Vive con:	Madre, tías
Terapia previa:	Sí
Terapia psiquiátrica / mediación:	Sí, medicación: litio
Asunto por el que acudió a terapia:	Continuar con su proceso terapéutico
¿Fue remitido/a por otro profesional?:	No
Duración y frecuencia de la terapia:	11 sesiones, una semanal.
Razones para la terminación de la terapia:	Culminación del semestre

<i>Sujeto: #5</i>	
Sexo:	Masculino
Edad:	42 años
Ocupación:	Vendedor
Estado civil:	Soltero
Vive con:	Madre, hermano mayor
Terapia previa:	No
Terapia psiquiátrica / mediación:	No
Asunto por el que acudió a terapia:	Timidez – fobia social
¿Fue remitido/a por otro profesional?:	No
Duración y frecuencia de la terapia:	8 sesiones, una semanal
Razones para la terminación de la terapia:	Decisión mutua

<i>Sujeto: #6</i>	
Sexo:	Femenino
Edad:	25 años
Ocupación:	Estudiante USFQ
Estado civil:	Soltero
Vive con:	Padres
Terapia previa:	No
Terapia psiquiátrica / mediación:	No
Asunto por el que acudió a terapia:	Referido por su médico de cabecera – dolores de cabeza
¿Fue remitido/a por otro profesional?:	Sí
Duración y frecuencia de la terapia:	9 sesiones, una semanal
Razones para la terminación de la terapia:	Decisión mutua

<i>Sujeto: #7</i>	
Sexo:	Femenino
Edad:	19 años
Ocupación:	Estudiante USFQ
Estado civil:	Soltera
Vive con:	Padres, hermanos
Terapia previa:	No
Terapia psiquiátrica / mediación:	No
Asunto por el que acudió a terapia:	Depresión
¿Fue remitido/a por otro profesional?:	No
Duración y frecuencia de la terapia:	10 sesiones, una semanal
Razones para la terminación de la terapia:	Decisión mutua

<i>Sujeto: #8</i>	
Sexo:	Femenino
Edad:	20 años
Ocupación:	Estudiante USFQ
Estado civil:	Soltera
Vive con:	Padres, 2 hermanas menores
Terapia previa:	No
Terapia psiquiátrica / mediación:	No
Asunto por el que acudió a terapia:	Dificultades en relacionamiento familiar
¿Fue remitido/a por otro profesional?:	No
Duración y frecuencia de la terapia:	12 sesiones, una semanal
Razones para la terminación de la terapia:	Decisión mutua

Anexo #6

Ejemplos de descripciones de los sujetos en la entrevista semiestructurada

CATEGORÍA	EJEMPLO - TRANSCRIPCIONES
Percepción de la psicoterapia	“Tenía una percepción negativa de la terapia, la verdad no creía en eso, pero luego vi que si me ayudó y fue importante en mi vida”.
Terapia previa	“Tuve una terapia antes pero la verdad no sentí que me ayudó mucho, me sentí totalmente juzgado por mi terapeuta que quería cambiar mi orientación sexual”.
Estado emocional	“Me sentía totalmente desesperada, sin un sentido para mi vida, sentía que si no hacía algo las cosas iban a terminar realmente mal”.
Motivación para acudir a terapia	“La verdad fui a terapia por pedido de mi doctor, yo tenía fuertes dolores de cabeza que no se me aliviaban con nada, entonces mi doctor dijo que tal vez esté relacionado con problemas emocionales y me pidió que vaya”.
Beneficio de la terapia	“Sentí que la terapia fue totalmente beneficiosa para mí, no solamente para la cosa específica que vine, sino también para comprender otros aspectos de mi vida”.
Cambio sintomatológico vs. cambio estructural	“Si creo que el cambio en otras cosas es más importante que solamente el cambio en mi problema específico (depresión), sino hubiera trabajado otros asuntos, probablemente seguiría igual”.
Impacto de la terapia	“La terapia fue importante para descubrir otras áreas de mi vida además de mis problemas de relación de pareja”.
Efectos iatrogénicos	“Creo que un terapeuta que juzgue, como el que asistí por primera vez puede hacer mucho daño a sus pacientes”

Relación terapéutica	“Lo más importante fue sentirme escuchada, apoyada, sentir que alguien no me juzga y puede ser una guía”.
Proceso terapéutico - ¿Cómo sucedió el cambio?	“Creo que lo más importante fue descubrir otros aspectos de mi mismo que antes no lograba ver, incluso aceptar mi timidez como una parte de mi”.
Áreas de cambio - ¿En qué ayudo el cambio?	“La terapia me ayudó a sentirme mejor conmigo misma, a sentir que las cosas pueden ser diferentes”
Metas – tareas	“Fue muy útil cuando hicimos esa escala, me di cuenta que cada semana progresaba un poco más”.
Herramientas	“El escribir mi diario fue una de las herramientas más útiles, cada vez que escribía me daba cuenta de algo nuevo”.
Cobro económico de la terapia	“Creo que el hecho de que éste servicio sea gratuito, significa que ustedes lo hacen por su interés por aprender y practicar y no por ganar plata como la mayoría de terapeutas”.
Otros aspectos	“A veces si me incomodaba cuando abrían la puerta y yo estaba hablando, eso no me gustaba pero de el resto todo me pareció muy bien”.