



**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**

**Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades**

**Estudio de Efectividad de las Terapias Sicológicas:  
Humanista Experiencial, Cognitivo Conductual, y Psicodinámica**

**Gustavo Andrés Villacreses Brito**  
**Teresa Borja, Ph.D., Directora de Tesis**

Tesis de grado presentada como requisito  
para la obtención del título de Sicólogo Clínico

Quito, julio de 2014

**Universidad San Francisco de Quito**

**Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades**

**HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS**

**Estudio de Efectividad de las Terapias Sicológicas:**

**Humanista Experiencial, Cognitivo Conductual, y Psicodinámica**

Gustavo Andrés Villacreses Brito

Teresa Borja, Ph.D.  
Directora de Tesis

---

Ana María Viteri, Ph.D.  
Miembro del Comité de Tesis

---

Liliana Podvin, M.A.(c)  
Miembro del Comité de Tesis

---

Carmen Salvador, Ph.D.  
Decana del Colegio de Ciencias  
Sociales y Humanidades

---

**Quito, julio de 2014**

**© DERECHOS DE AUTOR**

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: Gustavo Andrés Villacreses Brito

C. I.: 1803512308

Lugar: Quito, julio de 2014

## **DEDICATORIA**

Este trabajo lo quiero dedicar a todos aquellos estudiantes y actuales profesionales de psicología que han brindado, se están preparando para ofrecer, y entregarán sus conocimientos en el Servicio de Consultas Psicológicas en la Universidad San Francisco de Quito. El estudio presente entrega evidencia de que la labor que estos hábiles practicantes y personas genuinas ha constituido un abrazo incondicional para los miembros de la comunidad que han acudido buscando ayuda. La oportunidad que los estudiantes de psicología les han otorgado abriendo su atención ha sido recibida por los clientes como una mano extendida a recorrer un camino propio hacia su crecimiento personal. Que esta evidencia sirva de motivación y fortalecimiento de nuestro trabajo como psicólogos, además de una invitación a la consolidación como seres humanos.

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero hacer público mi eterno agradecimiento a Teresa Borja, como persona, profesional y académica, que me ha guiado a través de mis estudios como mentora, me ha supervisado en esta investigación con su experiencia, pero sobre todo me ha brindado una mano de apoyo que me ha inspirado a robustecerme como hombre. De manera similar, quisiera agradecer a mis lectoras, Ana María Viteri y Liliana Podvin a quienes admiro como profesionales, por su valioso tiempo que me han obsequiado para realizar la revisión y corrección de esta tesis. También quisiera agradecer a Cristina Curillo y Valeria Sánchez que me han brindado su amistad y apoyo durante mis años universitario siendo un soporte incondicional en los momentos de necesidad y diversión. No quisiera dejar pasar la oportunidad para extender mi aprecio a Esther Horowitz y Andrea Yandun, quienes me han acompañado y colaborado en el dedicado esfuerzo de este trabajo. Finalmente, pero quizás más importantes, les agradezco a mis padres porque con sus actos me han enseñado que en esta vida nada se tiene asegurado ni se es dueño de nada, que se puede perder todo de un día a otro, y por ello debo luchar cada segundo, no por lo que tengo sino por lo que soy, quiero, y voy a llegar a ser. Con ellos, a lo largo del tiempo que invertí en este trabajo, he aprendido a no aferrarme a nada ni a nadie, más que a mis sueños.

## RESUMEN

El Departamento de Psicología de la Universidad San Francisco de Quito, ofrece a la comunidad el Servicio de Consultas Psicológicas que constituye la oportunidad de una investigación sobre efectividad clínica de la psicoterapia. Se sabe que la terapia psicológica tiene influencia de varios factores, pero el objetivo fundamental es la recuperación y bienestar del cliente. Para este estudio se empleó la base de datos del servicio e historiales de clientes atendidos en el servicio, se tabularon datos demográficos, así como evidencia sintomatológica (con el SCL-90) y alianza terapéutica (con el WAI) que ha sido recolectada en distintos momentos de la intervención. Los resultados del presente estudio demuestran que el servicio de psicoterapia ofrecido es efectivo, en cuanto a la disminución de síntomas que experimentan los clientes con la intervención, a diferencia de la ausencia de este mismo cambio durante el tiempo en lista de espera. Otro hallazgo es que el cambio en síntomas no depende del tipo de terapia recibida (humanista experiencial, cognitivo conductual, psicodinámica) y tiene poca relación con la alianza terapéutica. Los resultados de esta investigación sugieren la necesidad de continuar realizando estudios para determinar los factores que explican la efectividad de la terapia. La importancia de este estudio es que demuestra que las psicoterapias aplicadas fueron efectivas a pesar de que los terapeutas fueron estudiantes en práctica y tenían poca experiencia. Estos resultados servirán como información empírica a la psicología, y como motivación humana para el mantenimiento y crecimiento del servicio de consultas psicológicas.

**Palabras clave:** *psicología, psicoterapia, efectividad, sintomatología, SCL-90, alianza terapéutica, WAI.*

## ABSTRACT

The Department of Psychology of the San Francisco University de Quito offers a community service of Psychological Counseling, which represents an opportunity of research on clinical effectiveness of psychotherapy. It is known that psychotherapy has an influence in many areas, but the main goal is the clients' welfare and health recovery. In the present study, the database and the personal clinical records of the service were used. These included the demographic data, as well as levels of symptomatology (using the SCL-90), and therapeutic alliance (using the WAI), which were collected during different times of the interventions. The results represent a decrease of the clients' symptomatology while in intervention, and the absence of symptomatology change during the waiting list; Thus a clear effectiveness of the therapeutic service. Another result is the evidence that there is no difference of effectiveness through the therapeutic models (Humanistic Experiential, Cognitive-Behavioral, and Psychodynamic), and no correlation with the therapeutic alliance. These results suggest a need of more studies looking for specific factors explaining the effectiveness on the change in clients during psychotherapy. The importance of the present research is that it certifies the effectiveness of psychotherapy services even when the therapist is a student with little applied experience. These results serve as empiric information in the application of psychology and as a human motivation for maintenance and the growing of counseling services.

**Keywords:** *psychology, psychotherapy, effectiveness, symptomatology, SCL-90, working alliance, therapeutic alliance, WAI.*



## TABLA DE CONTENIDO

|  |     |
|--|-----|
| <b>Resumen</b> .....                                   | 7   |
| <b>Abstract</b> .....                                  | 8   |
| <b>INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA</b> .....                  | 11  |
| Antecedentes .....                                     | 12  |
| El problema .....                                      | 15  |
| Hipótesis .....  | 17  |
| Preguntas de investigación .....                       | 18  |
| Contexto y marco teórico .....                         | 19  |
| Definición de términos .....                           | 22  |
| Presunciones del autor del estudio .....               | 24  |
| Supuestos del estudio .....                            | 25  |
| <b>REVISIÓN DE LA LITERATURA</b> .....                 | 27  |
| Géneros de literatura incluidos en la revisión .....   | 27  |
| Pasos en el proceso de revisión de la literatura ..... | 27  |
| Formato de la revisión de la literatura .....          | 28  |
| <b>METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....  | 83  |
| Justificación de la metodología seleccionada .....     | 83  |
| Herramienta de investigación utilizada .....           | 84  |
| Descripción de participantes .....                     | 86  |
| Fuentes y recolección de datos .....                   | 90  |
| <b>ANÁLISIS DE DATOS</b> .....                         | 91  |
| Detalles del análisis .....                            | 91  |
| Importancia del estudio .....                          | 95  |
| Resumen de sesgos del autor .....                      | 97  |
| <b>CONCLUSIONES</b> .....                              | 99  |
| Respuestas a las preguntas de investigación .....      | 99  |
| Discusión .....  | 101 |
| Limitaciones del estudio .....                         | 108 |
| Recomendaciones para futuros estudios .....            | 111 |
| Resumen general .....                                  | 112 |
| <b>REFERENCIAS</b> .....                               | 115 |
| <b>ANEXO A: SCL-90</b> .....                           | 120 |
| <b>ANEXO B: WAI</b> .....                              | 123 |

**TABLAS**

|  |    |
|--|----|
| Tabla 1: Estadísticos descriptivos de SCL90-IGS WL-Pre-Post.....                         | 92 |
| Tabla 2: Promedios SCL90-IGS según variables demográficas.....                           | 92 |
| Tabla 3: Comparación SCL90-IGS de muestra sin WL.....                                    | 92 |
| Tabla 4: Estadísticos descriptivos de SCL90-IGS pre-post según modelo de terapia.....    | 93 |
| Tabla 5: Estadísticos descriptivos de WAI según modelo de psicoterapia.....              | 93 |
| Tabla 6: Valores $p$ para la Regresión de predicción de efectividad de psicoterapia..... | 94 |

## INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

Desde el año 2009, el Departamento de Psicología de la Universidad San Francisco de Quito ha ofrecido a la comunidad el servicio de consultas psicológicas como una forma de mantener y motivar la responsabilidad social de la institución. Además, brinda la oportunidad a los estudiantes de la carrera de psicología clínica para poner en práctica los conocimientos teóricos que adquieren en los primeros años de estudios y que son reforzados con clases especializadas de diversos modelos de terapia en su último año.

El servicio ha gozado de gran acogida desde su inicio, y con el tiempo ha ido incrementando su funcionalidad al igual que sus servicios por la demanda que recibe. Con el objetivo de ofrecer un servicio de calidad se han puesto en marcha varios procedimientos logísticos y administrativos para medir diversas cualidades de la intervención. Entre ellas, la sintomatología clínica medida con la aplicación del test *Symptoms Checklist 90* (Derogatis, 1983), primero cuando el cliente solicita el servicio, después entra a la lista de espera para la intervención de aproximadamente 1 a 3 meses, una segunda aplicación antes de la primera sesión, y una tercera después la última sesión de intervención. Otra cualidad medida es la alianza terapéutica mediante el *Working Alliance Inventory* (Horvath & Greenberg, 1989) en su versión cliente y versión terapeuta que se la aplica en la cuarta sesión.

Los cuestionarios mencionados han sido almacenados en carpetas individuales a lo largo de los años de historia del servicio, convirtiéndose en una valiosa fuente de datos que permite encontrar evidencia sobre los múltiples procesos que se llevan a cabo tanto en el área administrativa como en la intervención clínica con cada individuo. También indican de forma global de la efectividad de la psicoterapia que se emplea.

## **Antecedentes**

### **La historia de la psicoterapia y su efectividad: una breve reseña.**

En un intento de recopilación biográfica de la psicoterapia, Walker (2013), explica en su libro “A Short History of Psychotherapy: In Theory and Practice” que ésta surge en algún punto remoto de la historia como una subdivisión particular de las ciencias de la salud específicamente de la medicina. Esto como una necesidad metodológica para clasificar las afecciones o enfermedades que aquejaban a los seres humanos. Esta necesidad aparece cuando la medicina quiere clasificar a las enfermedades en dos grandes categorías, la primera sería las condiciones que llevan a la enfermedad por causas físicas o fisiológicas, mientras que la segunda sería aquellas que no lo son y que aun así aquejaban a la comunidad. Manteniéndose presente esta necesidad, en el siglo IX los médicos buscan encontrar causas y orígenes a todos los fenómenos y/o enfermedades, y aun a los que no se lograba explicar, asignarles una explicación física bastante particular y extraña con la intención de que no queden síntomas sin explicación.

Walker (2013) también comenta que entre las condiciones poco explicables fisiológicamente que enfrentaron los científicos de siglos pasados se encuentran síntomas como las alucinaciones, los comportamientos extravagantes e irracionales, así como actitudes maniacas, desmayos repentinos, parálisis y convulsiones. En la actualidad, la ciencia tiene un mayor entendimiento sobre estos síntomas, pero en épocas pasadas dejaban con mucho desconcierto a los científicos. Entre todo este alboroto y deseo de comprensión para encontrar una solución a estas condiciones los psiquiatras se esforzaron por conseguir mejoría mediante experimentos a nivel corporal o fisiológico. Consiguiente

a esto, se lograron unos pocos resultados con ciertos trastornos que dieron fe de su origen fisiológicos (Walker, 2013).

Por otro lado, muchos desórdenes se mantenían sin explicación ni cura. Aún así, fueron estas mismas complicaciones las que dieron lugar a otra agrupación de profesionales de la salud que decidieron experimentar con un método más radical y menos ortodoxo para el momento: conversar con los pacientes (Walker, 2013). Así, esto se volvió una metodología completamente nueva que abrió un nuevo campo para la intervención clínica.

Mediante la metodología experimental de la conversación con los pacientes y al ver resultados plausibles se extendió este intento desde el trabajo sobre los síntomas físicos hacia la implicación de trastornos fuertemente arraigados con las emociones, con las percepción o ideaciones, y con las conductas (Walker, 2013). Posteriormente, esta práctica fue fortalecida y acogida por los psiquiatras y médicos que vieron mejorías estables en la sintomatología física y mental a través de la modificación del objetivo de sus intervenciones: ya no hacia el cuerpo sino hacia el paciente integralmente (Walker, 2013). Esto ha ido evolucionando hasta la actualidad.

Algunos médicos continúan llevando a cabo intervenciones físicas para lograr mejorías mentales, pero al otro lado de la balanza, se encuentra toda una gran gama de intervenciones enfocadas en el paciente que se han ido desarrollando a lo largo de los años cuando múltiples investigadores han desenvuelto sus teorías desarrolladas a partir del trabajo clínico conformando la actual psicoterapia. Unos ejemplos emblemáticos de estos desarrolladores inspirados en la mente humana y sus creaciones son: Freud con su Psicoanálisis, Adler con su psicología individual, Jung con su psicología analítica y

transpersonal, Rogers y su terapia no directiva, Beck y la terapia cognitivo-conductual, y Perls con la Gestalt (Walker, 2013).

Con toda esta gama de intervenciones apareció también una nueva necesidad, la de mantener una investigación y seguimiento constante de las nuevas aplicaciones de la psicoterapia, donde surge la Psicología como una ciencia mientras que la psiquiatría se mantiene como una técnica (Walker, 2013). Pero, este nuevo campo con dos manifestaciones, investigación y aplicación, abriría más necesidades.

Como resultado de la concepción de la psicología como una ciencia está el seguimiento de cierto parámetros con la finalidad de desarrollar técnicas para su aplicación. Dos de los principales lineamientos que debe seguir la psicología son, en primer lugar la recopilación de observaciones, y en segundo lugar epitomar las observaciones (Walker, 2013); he ahí el origen de la investigación psicológica. Pero, en los años más cercanos a la actualidad la necesidad se ha visto más forzada hacia la creación y comprobación de técnicas psicológicas, pues con avances químicos en tecnología se han desarrollado nuevas generaciones de medicamentos y psicotrópicos que intentan complementar a la psicoterapia, pero que incluso tratan de reemplazarla (Olfson, Marcus, Druss, & Pincus, 2002), dejando de lado los avances en décadas pasadas y forzando a la validación empírica de la psicología y sus técnicas.

En los momentos actuales de la salud mental los procedimientos e intereses de la economía capitalista demandan por parte de las aseguradoras de salud tratamientos eficaces en pro del beneficio del cliente, pero sobre todo en pro de una mayor ganancia y menor pérdida siendo un gran opción a consideración la aplicación de medicación y menos de terapia, por la corta duración y bajo costo de la primera sin considerar la efectividad a largo plazo de la segunda (Trivedi, Nieuwsma, & Williams, 2011). Por ello, la psicología

mantiene esta obligación de desarrollar y demostrar sus avances a favor del bienestar colectivo.

Entre las investigaciones que más fuerza están tomando en la actualidad dentro del campo están las de efectividad y eficiencia de la terapia. La psicoterapia parece ser efectiva a corto plazo para trastornos resistentes y a largo plazo disminuyendo cogniciones y comportamientos des-adaptativos que alimentan la cronicidad de la condición medica, mientras que éstos no son objetivos alcanzables para los fármacos (Trivedi, Nieuwsma, & Williams, 2011). Los objetivos actuales de la salud mental moderna son los de desarrollar y validar técnicas estandarizables que no sólo sean efectivas o eficaces, sino que sean integristas, siendo una de las principales preocupaciones el valor agregado que significan los costos y beneficios tanto para el paciente como para la sociedad (Bartak, Soeteman, Verheul, & Busschbach, 2007). El valor de la intervención incluye la ausencia de daño y efectividad, pero sobre todo la justa retribución.

### **El problema**

El Servicio de Consultas Sicológicas de la Universidad San Francisco de Quito, desde su origen ha tenido como uno de sus grandes objetivos el brindar a la comunidad la oportunidad de acceder a la atención sicológica sin que la limitación económica bloquee esta necesidad. Adicionalmente, uno de los grandes objetivos paralelos desde la concepción del servicio ha sido brindar a los estudiantes del último año de Psicología Clínica el espacio para poner en ejercicio sus conocimientos teóricos mientras desarrollan destrezas prácticas. Por lo tanto, mientras se van logrando estos dos objetivos es requerido mantener un beneficio en los consumidores y una seguridad de que los conocimientos de los estudiantes están teniendo un efecto. Esta situación en un microambiente académico es

solo una réplica o ejemplo de lo que está ocurriendo en los momentos actuales de la salud mental en el macro-ambiente exterior a la universidad.

Por lo explicado antes, es necesario mantener estándares de calidad del servicio, pero sobre todo hacer un seguimiento al impacto de las intervenciones terapéuticas que realizan los estudiantes en la vida de los clientes, pues como explican Bartak y col. (2007), los profesionales clínicos de la salud mental deben inspirarse en alcanzar y mantener un nivel dentro de la práctica clínica que sea cómodo y satisfaga las necesidades o demandas modernas de los pacientes mediante la práctica de técnicas basadas en evidencia. Aun cuando la evidencia demuestra que la mayoría de pacientes prefieren la psicoterapia ante la medicación, el 50% de quienes la inician la abandonan, por lo tanto la adherencia necesita ser revisada por correlaciones con la efectividad (Mohr y col., 2006). El servicio que se ofrece debe mantener, por lo tanto, niveles de control y funcionalidad.

Dentro de la búsqueda por mejores tratamientos ofrecidos al público se debe considerar la necesidad de estandarización de los procedimientos basados en el desarrollo y aplicación de guías o lineamientos con la finalidad de que puedan ser reconocidos en su promulgación, pero sobre todo validados como efectivos, reconocidos por seguros de salud para su reembolso, y empleados por cursos de entrenamiento de nuevos profesionales especializados (Elliott y col., 2013). Los avances deben ser capaces de llegar a las manos de los consumidores considerando sus capacidades personales según sus cualidad socio-demográficas.

Como explican Hofmann y col. (2012) la efectividad en psicoterapia está constituida por el alcance de los objetivos y de los ofrecimientos de las intervenciones, así como de los modelos psicoterapéuticos que en la actualidad se aplican, por ello, dentro de las metas a alcanzar en esta área se pueden considerar globalmente la reducción de



síntomas, el mejoramiento en el funcionamiento, y la remisión del trastorno.

Lastimosamente, la metodología de investigación sobre el verdadero impacto y efectividad de la psicoterapia es muy difícil de estandarizar, aun más de comparar con estudios similares en distintas poblaciones, ubicaciones y mucho más entre distintos trastornos.

Se sabe que las mediciones en diversos resultados terapéuticos pueden verse sesgadas por la sensibilidad de las herramientas de medición y de la cronicidad o desarrollo del trastorno, entonces las mediciones de efectividad van a diferir y ser incomparables entre sí (Leichsenring & Leibing, 2003). Por lo explicado, es mandatorio que se realicen investigaciones de efectividad en los microambientes, como el académico, pero empleando metodología y herramientas estandarizadas comparables con las usadas en otros estudios para poder ofrecer evidencia útil para el campo de la ciencia de salud mental además, estos datos sobre la psicoterapia dan fe de la necesidad de una profundización sobre lo que está ocurriendo con este servicio de salud.

### **Hipótesis**

El presente trabajo consiste en una revisión sistemática y compleja de la efectividad del servicio de consultas psicológicas en base a las medidas obtenidas durante el proceso y las posibles correlaciones, se emplea una gran gama de datos que permitirá la verificación de varias hipótesis investigativas que se detallan a continuación:

H1: Hay una disminución en los síntomas psicológicos presentados por los clientes desde el inicio de la intervención psicoterapéutica hasta la finalización del tratamiento, y este cambio es superior a cambios que pudieran ocurrir desde que el cliente solicita el servicio hasta que es atendido por primera vez.

H2: Explorar si existe una diferencia de efectividad entre los tres modelos de psicoterapia que se emplean en el servicio: terapia humanista experiencial, cognitivo conductual, y psicodinámica.

H3: Explorar si existe una diferencia en la alianza terapéutica entre los tres modelos de psicoterapia que se emplean en el servicio: terapia humanista experiencial, cognitivo conductual, y psicodinámica.

H4: Explorar si existe una correlación entre la alianza terapéutica y el cambio de sintomatología pre-post intervención.

H5: Explorar si es posible predecir la disminución de síntomas psicológicos en base a la alianza terapéutica, el modelo de terapia que se emplea, el número de sesiones que reciben, el lapso de tiempo entre el inicio y el fin de las terapias, el sexo del terapeuta, el sexo del paciente y la edad del paciente.

H6: Explorar si existe una correlación entre el número de sesiones y el cambio de sintomatología pre-post intervención.

H7: Explorar si hay una correlación entre la alianza terapéutica y el número de sesiones que recibe el cliente.

### **Preguntas de investigación**

Pregunta 1: ¿Hasta qué punto hay una disminución en los síntomas psicológicos presentados por los clientes desde el inicio de la intervención psicoterapéutica hasta la finalización del tratamiento? ¿Es este cambio superior a los cambios que pudieran ocurrir desde que el cliente solicita el servicio hasta que es atendido por primera vez?

Pregunta 2: ¿Hasta qué punto se diferencia la efectividad entre los modelos de terapia humanista experiencial, cognitivo conductual, y psicodinámico?

Pregunta 3: ¿Hasta qué punto se diferencia la alianza terapéutica entre los modelos de psicoterapia humanista experiencial, cognitivo conductual, y psicodinámico?

Pregunta 4: ¿Hasta qué punto se correlaciona la alianza terapéutica y el cambio de sintomatología pre-post intervención?

Pregunta 5: ¿Hasta qué punto es posible predecir la disminución de síntomas psicológicos en base a la alianza terapéutica, el modelo de terapia que se emplea, el número de sesiones que reciben, el lapso de tiempo entre el inicio y el fin de las terapias, el sexo del terapeuta, el sexo del paciente y la edad del paciente?

Pregunta 6: ¿Hasta qué punto se correlaciona el número de sesiones y el cambio de sintomatología pre-post tratamiento?

Pregunta 7: ¿Hasta qué punto se correlaciona la alianza terapéutica y el número de sesiones que recibe el cliente?

### **Contexto y marco teórico**

El análisis del presente trabajo será abordado desde el punto de vista clínico-sicológico considerando la sintomatología y la alianza terapéutica reportada por los clientes, considerando así su experiencia personal como principal indicio de beneficio. Aunque la psicología clínica puede observar la salud mental desde distintos constructos y aspectos del bienestar humano, la sintomatología y la funcionalidad son factores comunes que han sido empleados por la mayoría de enfoques psicológicos para calificar la salud, por lo cual serían considerados los parámetros adecuados para la medición actualmente propuesta.

Pero, no se puede dejar de mencionar que el proceso de psicoterapia no está solo compuesto por el trabajo del terapeuta, sino que es el resultado colaborativo con las

cualidades individuales de los clientes, por lo tanto éstas también serán consideradas como un campo a abordar.

El contexto es esencialmente importante en este estudio, pues se realiza con una base de datos que ha sido obtenida dentro de un servicio clínico en un contexto académico de aprendizaje-práctica bajo supervisión de profesionales/profesores con título doctoral. Este contexto da una connotación especial a diferencia de investigaciones similares que se podrían dar en un ambiente profesional solamente clínico.

### **El propósito del estudio.**

La presente investigación tiene como propósito principal indagar sobre la efectividad de la psicoterapia, esperando se encuentre un resultado positivo y estadísticamente significativo que de un indicio de los beneficios que están obteniendo los clientes que asisten, así como evidencia de la efectividad de las aplicaciones de conocimiento y técnicas que se imparten a los estudiantes que realizan las intervenciones. Este resultado es esperado debido a que el Departamento de Psicología de la Universidad San Francisco de Quito, así como su planta docente cuenta con gran prestigio y niveles académicos altos que presuponen una gran metodología y transmisión de conocimientos a los estudiantes asistentes. Estos resultados reforzarían los testimonios empíricos actuales sobre las variaciones y condiciones de las terapias efectivas, así como podrían desvanecer asunciones mal fundamentadas sobre la tarea de diversos modelos de terapia, y de la psicoterapia en sí misma.

Paralelamente, al encontrar el nivel de efectividad de la psicoterapia, se espera determinar si una corriente terapéutica es superior en cuanto puede disminuir los síntomas de los clientes. También verificar si la alianza terapéutica, el número de sesiones, y

variables demográficas como la edad y el sexo del paciente, explican la disminución de sintomatología. Esta evidencia invitaría a continuar la investigación para definir cuales variables controlables y no controlables están involucradas en la efectividad de la psicoterapia.

### **El significado del estudio.**

Este estudio representa una gran oportunidad de realizar una profundización e investigación por diversas cualidades poco comunes. En primer lugar, este estudio se lo realiza en un contexto académico-clínico por involucrar datos tomados de un servicios de consultas psicológicas pero dentro de una institución de educación superior (universitaria) que cuenta con terapeutas no profesionales pero que tienen una actualización continua de conocimientos vanguardistas, así como la oportunidad de contar con supervisión de profesionales de alto nivel con títulos académicos doctorales.

En segundo lugar, el contexto académico brinda una ventaja adicional que es la aplicación de diversos tipos de terapia en la misma institución (terapia humanista experiencial, cognitiva conductual, y psicodinámica) que significa un sesgo menos en la evaluación de la efectividad de la práctica clínica pues varios estudios demuestran que las investigaciones de efectividad se las realiza con condiciones parcializadas.

En tercer lugar, este tipo de investigación de efectividad psicoterapéutica no ha sido extensamente abordado en la población ecuatoriana, ni con modelos de terapia impartidos en este territorio; así como tampoco ha sido abordado por otras instituciones académicas semejantes que brinden el entrenamiento en psicología y paralelamente el servicio de atención psicológica.

Otra de las cualidades que convierten al estudio actual en interés público es la de proporcionar información empírica sobre la efectividad de la psicoterapia en el Ecuador, ofreciendo evidencia cuantitativa sobre la validez de modelos de terapia en un contexto poblacional distinto al de la mayoría de estudios norteamericanos o europeos. Esta información fortalecerá la práctica profesional con aplicaciones beneficiosas para los clientes.

Adicionalmente a lo expuesto antes, a modo menos generalizable, pero igualmente importante, los resultados de este estudio constituirá un evidencia sobre la efectividad de la psicoterapia que es impartida en el servicio de consultas por parte de los estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad San Francisco de Quito. Esto se podrá tomar como un índice de desempeño clínico comparable al nivel académico tanto institucional como personal. De manera similar, abarcará el nivel de desempeño clínico y académico en las distintas clases de modelos de terapia que se imparten.

### **Definición de términos**

Psicoterapia.- proceso colaborativo desarrollado por un profesional de la salud mental empleando metodología basada en evidencia, bajo lineamientos éticos a un individuo que requiere ayuda por atravesar por estrés o dificultades personales, en busca de crecimiento personal (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2012). Este termino también será empleado en el presente estudio como sinónimo de “intervención” o “tratamiento”.

Eficacia.- Según la RAE, es la capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera, validez (Real Academia Española, 2001). Mientras que para el presente estudio se

utilizará la metodología sugerida por Minami (2004), en la cual se la define como el resultado bajo condiciones control que permite comparar con otros grupos en tratamiento.

Efectividad.- considerado sinónimo de efectivo (Real Academia Española, 2001). Mientras que para el presente estudio se empleará la definición sugerida por Minami (2004), en relación a investigación psicológica, en la cual se refiere a la medida que refleja si los pacientes de psicoterapia se están beneficiando de un tratamiento bajo condiciones clínicas.

Alianza terapéutica.- es la consistencia entre tres componentes, el primero es la concordancia entre el cliente y el terapeuta sobre las metas de tratamiento, el segundo es la concordancia entre el cliente y el terapeuta sobre como se conseguirán las metas, y el tercero es el desarrollo de un lazo personal entre el cliente y el terapeuta (Bordin, 1979, citado en Andrusyna, Tang, DeRubeis, & Luborsky, 2001).

Sintomatología.- Conjunto de fenómenos percibidos por un individuo, reveladores que dan indicio de una enfermedad (Real Academia Española, 2001).

Terapia Cognitivo Conductual.- conjunto de estrategias terapéuticas apuntadas a cambiar las cogniciones des-adaptativas, que contribuyen al mantenimiento de estrés emocional y disfuncionalidades conductuales, con la finalidad de crear cambios afectivos y comportamentales (Hofmann y col., 2012).

Terapia Humanista.- también llamada terapia experiencial, es un conjunto de psicoterapias agrupadas por afinidad de asunciones básicas sobre el trabajo interpersonal, sobre la centralidad de la relación terapéutica genuina, empática y aceptativa, con potencial curativo. No observa a la relación como dicotomía sujeto-objeto, y rechaza la idea de que sea una recreación inconsciente de apegos pasados. Ve la experiencia como centro de la concientización (que incluye percibir, sentir, pensar, y atender), aceptando en el ser

humano su instinto de supervivencia, viéndolo como holístico y no como síntoma o diagnóstico (Elliott y col., 2013).

Terapia Psicodinámica.- en una metodología de psicoterapia que involucra cuidadosa atención hacia la interacción terapeuta-paciente, con interpretaciones en momentos precisos sobre la transferencia y resistencia que está envuelta en una apreciación sofisticada de la contribución del terapeuta en el campo bi-personal (Leichsenring & Rabung, 2008).

Lista de espera o WL.- para este estudio se considerará esta condición como el periodo de tiempo comprendido desde que un cliente se contacta con el servicio de consultas psicológicas y solicita atención, hasta que es atendido en la primera sesión de psicoterapia por un estudiante-terapeuta del servicio.

Pre-intervención.- se empleará para describir la cualidad de un cuestionario o test que ha sido aplicado justo antes o durante la primera atención psicológica o sesión de terapia.

Post-intervención.- se empleará para describir la cualidad de un cuestionario o test que ha sido aplicado justo antes o durante la última atención psicológica o sesión de terapia.

### **Presunciones del autor del estudio**

En primer lugar, se presume que la muestra empleada para cada hipótesis es lo suficientemente representativa dentro de la población de los clientes del servicio de consultas psicológicas permitiendo que los resultados de la estadística sean generalizables a toda esta población.

En segundo lugar, se presume que las personas al momento de llenar los test, aplicados en diferentes etapas de la terapia, contestaron con veracidad y honestidad.



Paralelamente, se asume que los test entregados por los estudiantes en las carpetas individuales de cada cliente son de origen verídico.

En tercer lugar, se presume que la base de datos, previa a la calificación de los test faltantes, no fue alterada y contiene datos verídicos resultantes de la precisa calificación de los test analizados.

En cuarto lugar, se presume que los resultados de los test que fueron calificados por estudiantes se los obtuvo siguiendo exactamente los pasos propuestos en las plantillas de calificación.

En quinto lugar, se presume que los estudiantes al momento de aplicar un modelo de terapia se rigieron de manera global y general a los lineamientos y cualidades especiales de cada teoría y propuesta terapéutica aplicando herramientas y ejercicios propios del modelo con la finalidad de obtener resultados efectivos y eficientes.

### **Supuestos del estudio**

Primero, se supondrá que durante el tiempo de espera por atención en el servicio de consultas psicológicas USFQ el cliente no recibió ningún otro tipo de tratamiento o intervención basada en evidencia que le ayude a disminuir la sintomatología.

Segundo, se supondrá que la fecha en la que el cliente llena el cuestionario de síntomas pre-intervención es la primera sesión en la que recibe terapia y que ésta no ha tenido un impacto significativo en su sintomatología.

Tercero, se supondrá que la fecha en la que el cliente llena el cuestionario de síntomas pos-intervención es la última sesión que ha recibido la atención psicológica por parte de determinado terapeuta.

Cuarto, se supone que cuando el cliente recibe su última sesión de intervención es porque ha conseguido llegar a un punto en el cual la sintomatología no le aqueja, no cause estrés emocional, perceptivo o conductual, y por lo tanto no siente un impacto de la queja en su funcionalidad recuperando así la mayoría de la salud previa al apareamiento de la condición que le aquejaba.

A continuación en los apartados se encontrará el siguiente contenido: primero se hará una recopilación de la teoría y evidencia encontrada en la literatura que está dividida en cuatro temas principales que abordarán las áreas más significativas en las cuales se involucra el presente estudio. Posterior a esto, se explicará la metodología empleada en la presente investigación y su respectiva justificación, así como el análisis de los datos obtenidos posterior a los procedimientos de procesamiento y organización, y finalmente se ofrecerán conclusiones procedentes de la evaluación de resultados y la discusión de los mismos a manera de juicio crítico y aplicable.

## REVISIÓN DE LA LITERATURA

### Géneros de literatura incluidos en la revisión

#### Fuentes.

La información en la cual se enmarcará la presente investigación y con la cual se dará inicio a la adquisición de evidencia ya existente contará de varias fuentes y recursos. Entre las procedencias de la literatura a revisar se encuentran libros especializados en el tema de la psicoterapia editados en los últimos 15 años, mismos que podrán contener o referirse a evidencia o teoría más antigua con relevancia histórica por autores iniciadores del campo. Los libros mencionados pueden ser adquiridos físicamente, o de origen digital (mayoritariamente disponibles en Google Books, o en versión Kindle).

De manera similar, se empleará lecturas académicas y artículos relacionados con el tema publicados en revistas profesionales en los últimos 10 años. Los artículos mencionado serán extraídos de revistas indexadas (*peer review journals*) y para asegurar su origen serán adquiridos desde los recursos electrónicos disponibles para la Universidad San Francisco de Quito (mayoritariamente EBSCO, EBRARY, HINARI, JSTOR, y PROQUEST).

### Pasos en el proceso de revisión de la literatura

La generación de temas de literatura se inició con la revisión de los textos teóricos y prácticas más actualizadas que se emplean en las clases de los distintos modelos de terapia que se imparten en el quinto año de Psicología Clínica de la Universidad San Francisco de Quito, considerándose una fuente basta de contenido teórico. Así mismo se revisaron textos similares en versiones digitales. La mayoría de los libros empleados son

de autores muy importantes dentro de cada enfoque psicológico de terapia pues se los considera los iniciadores de cada filosofía desarrollada. Cada uno de ellos creó la primera semilla en su campo, convirtiéndose en la fuente más fiable de este tipo de información.

Para proseguir con la revisión se adquirieron artículos académicos de investigaciones meta-análisis sobre la evidencia cualitativa y cuantitativa de las cualidades extensas y la efectividad de los modelos de psicoterapia, muchos de ellos sugeridos por los profesores del departamento de Psicología de la USFQ y varios otros en búsqueda independiente en los repositorios electrónicos. Además, de las referencias de las investigaciones meta-análisis se extrajeron fuentes bibliográficas para revisar los estudios independientes. Finalmente, se realizó el mismo proceso mencionado con la búsqueda de información sobre las herramientas de psico-medicación que se emplean en la psicoterapia para probar su impacto.

### **Formato de la revisión de la literatura**

La revisión está diseñada en un formato que contiene tres temas principales que abarcan el contenido del tema general concentrándose progresivamente hacia los temas más específicos. Este formato consta de un primer tema que cubre el tópico general de la psicoterapia, desde su origen hasta sus cualidades intrínsecas, así como una revisión breve sobre los modelos de terapia principales y más aplicados en los ámbitos terapéuticos actuales.

Un segundo tema se inmiscuye en los estudios e investigaciones más recientes sobre la efectividad y eficacia de las prácticas terapéuticas que se van desarrollando, fortaleciendo y adaptándose a distintas condiciones de salud mental, o en su defecto a la ausencia de la misma. Estas investigaciones que se incluyen en la revisión de literatura

tratan de ceñir las condiciones actuales tanto sociales como políticas que rodean a la psicología.

Como reseña final, se incluye un tercer tema que engloba una revisión de la teoría, metodología y resultados empíricos de los test desarrollados para el seguimiento de efectividad y alianza terapéutica que se emplean en el Servicio de Consultas Sicológicas USFQ.

## **Tema 1. La Psicoterapia y sus modelos.**

### ***Introducción a la psicoterapia.***

La psicoterapia a través de la historia ha sido muy practicada, apreciada y observada desde varios enfoques y aún así sigue siendo un tema muy complicado el de su definición, principalmente por la falta de aceptación universal que padecen las conceptualizaciones existentes y futuras. La definición de esta práctica está estrechamente ligada, por el momento, al marco teórico o filosófico en el cual se desarrolle. Prochaska & Norcross (2009), en su intento literario de acercar esta propuesta al público de la manera más flexible posible mencionan algunas de las concepciones populares que pintan a esta tarea incluyéndola como persuasión interpersonal, cuidado de salud, educación psicosocial, intervención conductual, un desarrollo re-parental, hasta compra de amistad.

En definitiva, queda la constancia que su observación, tanto de su ejecución como su práctica, es la manera más fácil de entenderla aunque no sea la más simple. Los autores también ofrecen una definición mucho más precisa que servirá de marco conceptual para una comprensión técnica y práctica, tomada de Norcross (1990, citado en Prochaska & Norcross, 2009) que describe la psicoterapia como “la aplicación informada e intencional de métodos clínicos y posturas interpersonales derivadas de principios psicológicos

establecidos con el propósito de asistir a una persona a modificar sus comportamientos, cogniciones, emociones, y/u otras cualidades personales en la dirección que el participante desee” (Prochaska & Norcross, 2009, p. 3). Esta definición da cabida a una amplia gama de posibilidades, de aplicación y comprensión, independientes de la filosofía o teoría que delimite los principios psicológicos mencionados.

En la actualidad existe una incansable discusión sobre el valor práctico de la teoría, cuando en realidad la discusión debería fundamentarse en el valor filosófico de la teoría. Las teorías en psicología, aunque no brindan un compendio de hechos empíricos, ofrecen un espacio en el cual existe la oportunidad de escuchar las ideas de grandes mentes sobre la psicología y de comparar estas ideas para crear nuevas posibilidades teóricas para su posterior comprobación práctica (Prochaska & Norcross, 2009).

Adicionalmente a la teoría, que como se explica, es una grandiosa oportunidad de enriquecimiento empírico, se encuentra una segunda cualidad ineludible de la psicoterapia que es la relación en la terapia. Mucha de la investigación sobre psicoterapia impone un duelo entre la metodología de tratamiento versus la relación en el tratamiento, y aún olvidándose del importantísimo rol del cliente en los resultados (Norcross, 2011). La investigación actual se enfoca precisamente en ésta dicotomía y ha invertido casi todos sus esfuerzos en criticar y contradecir a sus “rivales” en la disciplina. Esta guerra de publicación no deja muertos pero sí heridos; los clientes, que son los menos beneficiados de esta discusión sobre el mejor modelo teórico, la práctica con más evidencia, los estudios más controlados, los estudios más clínicos, las investigaciones científicas o médicas, abandonando el proceso intervención-resultado, el modelo relacional de la intervención, y la eficacia de la terapia.

La esperanza más prometedora es que la evidencia empírica adopte una comprensión inclusiva, neutral y basada en evidencia sobre efectividad y eficiencia (Norcross, 2011). Todo este movimiento científico deja un nudo mental sobre los objetivos de los investigadores y abre la pregunta de qué es necesario investigar, pero sobre todo: ¿para quién de debe investigar?

Pero, a pesar de toda esta observación sobre esta guerra desmotivadora que se da en los campos de batalla de la psicología, se abre una luz esperanzadora frente los ojos de los investigadores como intención humana de luchar por un beneficio comunitario: la integración. En los últimos 15 años se ha notado una disminución en el forcejeo teórico y se ha saboreado una sed de acercamiento saciada con una reapreciación de la práctica clínica mediante la aceptación del potencial de algunas concepciones nuevas (Norcross & Goldfried, 2003).

Esta búsqueda incesante de integración se fundamenta en el agotamiento de las escuelas psicológicas tradicionales individuales y una necesidad de nuevas formas de pensar sobre la psicoterapia basadas en la eficacia y aplicabilidad de técnicas. Para esto se necesita encontrar los tratamientos más eficaces, eficientes y seguros para ser integrados en sus mejores elementos con un respaldo empírico sólido (Norcross & Goldfried, 2003). Este campo a descubrir se lo puede asemejar a la búsqueda de qué hace activo a un medicamento eficaz, y por lo tanto, qué hace efectiva a una intervención (Bartak y col., 2007). Este nuevo capítulo de la psicoterapia exige lo mejor de lo mejor en la primera línea de servicio.

La forma en la que se vincula éticamente la investigación de las ciencia sociales con la ganancia de los clientes es un tema que merece ser abordado, pues la psicoterapia es un servicio que debe cumplir con lineamientos éticos en pro del beneficio y el bienestar.

La ética requiere que los trabajadores de la salud que ejecutan psicoterapia desarrollen una sensibilidad hacia las necesidades de quienes acuden a sus manos, y para conseguir esta sensibilidad se requiere entendimiento, y para el entendimiento se exige información y aprendizaje (Marshall, 2004). Estos procesos de aprendizaje y entrenamiento se deben combinar con la investigación para conseguir un resultado integrativo para los clientes.

Este entendimiento está ligado a la invención y comprobación de lo desarrollado, por ende a la investigación. La investigación basada en el diseño científico humano, así como en el desarrollo de constructos, procesos de administración, instrumentos, y evaluación están inevitablemente relacionados con resultados, así como con errores y subjetividad (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2012). A pesar de los errores, los estudios deben ser valorados y entendidos como pequeños pasos hacia el crecimiento del área científica psicológica.

Pero la psicoterapia no es la única área de la salud mental que se ha esforzado en avanzar durante las últimas décadas. Paralelamente, la farmacología ha dado pasos gigantescos en el desarrollo científico de nuevas generaciones de medicamentos y psicotrópicos que se han posicionado como complementos, e incluso remplazos muchas veces, de la psicoterapia por el desarrollo de más opciones en antidepresivos, estimulantes y estabilizadores del ánimo (Olfson y col., 2002). Este desarrollo de medicación ha resultado en un mayor involucramiento de médicos en el área de salud mental y una disminución en psicoterapia prolongada.

La medicación ha demostrado tener resultados evidentes en el manejo de trastornos mentales, por ejemplo, en el Trastorno de Depresión Mayor (MDD) el 50% de los pacientes llegan a una remisión completa después de una adecuada aplicación de antidepresivos, pero siempre y cuando sea acompañada de psicoterapia (Trivedi,



Nieuwsma, & Williams, 2011). El problema radica en que cuando no se alcanza esta efectividad se realiza una modificación en el tratamiento, que usualmente consiste en un aumento de medicación y no en un aumento de psicoterapia. Esto ocurre aún cuando existe evidencia que demuestra que la psicoterapia es razonablemente efectiva en el tratamiento de trastornos resistentes, como depresión, y que permite mejoras que no puede ofrecer la medicación, por ejemplo en cogniciones des-adaptativas y comportamientos endémicos, que de no ser manejados conducen a síntomas crónicos del trastorno (Trivedi, Nieuwsma, & Williams, 2011). La psicoterapia también ha demostrado tener un papel colaborativo sobre la medicación, posicionándose como el principal factor de aumento de efectividad del tratamiento, en tanto que mejora el impacto social, la adherencia al fármaco, y previene recaídas (Wilk, West, Rae, & Regier, 2006).

En contraposición a lo detallado arriba, Mohr y col. (2006), demuestran consistentemente que la mayoría de pacientes prefieren la psicoterapia a la medicación, aunque solo el 20% de ellos la inician, y la mitad de los que inician la dejan inconclusa. Entre los factores que mencionan los autores que podrían estar incidiendo en este fenómeno la investigación incluye razones cotidianas, por ejemplo los costos, el tiempo, el transporte, los cuidados de hijos, vergüenza acerca de sus situaciones personales, y preocupaciones sobre contar estas dificultades a un desconocido.

Además, el trastorno en sí podría jugar un rol en el inicio y la adhesión al tratamiento, por ejemplo, la depresión por sí sola causa desmotivación incrementando el peso de las barreras cotidianas. Por otro lado, otras presunciones han sido desechadas. Así es el caso del estado marital o la edad, que no guardan relación con este fenómeno. Mientras que la capacidad económica ha sido constantemente comprobada en su alta relación. De hecho, Wenhui y col., (2005), han reportado que existe una mayor presencia

en terapia de personas casadas que viven con su pareja que aquellas que viven solas o con otros, así como personas de áreas metropolitanas en comparación los residentes no-metropolitanos. Los adultos mayores también prefieren la psicoterapia a la medicación, especialmente aquellos que tienen condiciones fisiológicas (e.g. diabetes, enfermedad cardiaca, otras condiciones médicas generales) en quienes la psico-medicación puede tener efectos secundarios adversos o incómodos (Wenhui, Sambamoorthi, Olfson, Walkup, & Crystal, 2005).

A pesar de esto, no se ha notado un significativo cambio en la cantidad global de clientes en los servicios de terapia psicológica, incluso se ha visto una evolución desde los años ochenta hasta las décadas recientes, cuando las personas son 1,14 veces más tendientes a recibir psicoterapia, aunque las dos terceras partes de ellos (64,7%), han recibido por lo menos una sesión con un médico y no con un profesional especializado en salud mental (Olfson y col., 2002). Bartak y col. (2007), insisten en que los profesionales clínicos deben poner sus ojos en las demandas modernas de prácticas basadas en evidencia.

De manera similar a lo anterior, se ha notado cambios en los motivos de asistencia a servicios de salud mental. Por ejemplo, ahora se reciben más casos de trastornos del estado de ánimo y menos casos de condiciones no especificadas (Olfson y col., 2002). Esto se debe muy probablemente a un incremento en la psico-educación comunitaria, así como al desarrollo de nuevas y mejores herramientas de evaluación y diagnóstico para el área basadas en evidencia. En los países más desarrollados los trastornos mentales perversivos se están convirtiendo en las causas líderes de enfermedad, así como de des-habilidad social.

Un claro ejemplo de lo mencionado antes es el Trastorno de Depresión Mayor, que se ha convertido en la causa líder de disfuncionalidad en países primer-mundistas (Trivedi, Nieuwsma, & Williams, 2011). Se ha visto un incremento en los porcentajes de

poblaciones emergentes, por ejemplo, ahora se reciben más clientes con desventajas sociales y desempleados, pero no hay un aumento en personas de baja educación o pobres, que son quienes más problemas de salud mental padecen y menos ayuda buscan (Olfson y col., 2002). Se requiere un crecimiento en labor social y promoción de salud mental entre los más necesitados que menos acceso a estos servicios tienen.

Para corroborar lo indicado, existe evidencia que demuestra cuáles son las poblaciones con menos acceso a la psicoterapia. Wilky y col. (2006), brindan varios ejemplos, así las personas afro-descendientes mayores de 65 años son las menos presentes en este servicio, en comparación a caucásicos o hispanos. Las poblaciones con esquizofrenia solicitan y reciben menos atención que aquellas sin sintomatología psicótica; y dentro de los que sí reciben o solicitan hay más individuos con síntomas psicóticos leves y moderados que severos. Los individuos que se sospecha tienen motivos instrumentales para solicitar atención son menos atendidos. Los autores también indican que el número de diagnósticos en el Eje I y IV guardan correlación positiva con recibir terapia. También se debe comentar que los trastornos tienen niveles distintos de incidencia y prevalencia según la población. Por ejemplo, la depresión es mucho más prevalente en mujeres blancas sin educación superior (Wenhui y col., 2005).

Otro ejemplo del incremento de poblaciones específicas en servicios de salud mental es el caso de los trastornos de personalidad. La ventaja que tiene la psicoterapia sobre otras metodologías en esta población es la capacidad de no sólo reducir los síntomas psiquiátricos, sino también de tener un fuerte efecto sobre la patología de personalidad (Bartak y col., 2007). El efecto de los trastornos no se limita a la capacidad cognitiva sino que la mayoría son pervasivos. Como explican Nakao y col. (citados en Bartak y col., 2007), hay una alta asociación ( $r=0,60$  ;  $p<0,01$ ) entre el número de criterios cumplidos en

el Eje II del DSM y el grado de disfuncionalidad personal e interpersonal. Además, existe una relación entre la duración del tratamiento (o número de sesiones en terapia), y los avances en la recuperación de la patología de personalidad que resultan en una mejoría del funcionamiento social que no se da antes de los seis meses de tratamiento (Bartak y col., 2007). Esto abre una nueva puerta al estudio de dosis-efecto.

Sobre el tema abierto en el párrafo anterior, Bradley y col. (2005), indican que la mayoría de estudios comparan las intervenciones con tratamientos que condensan el número de sesiones, creando la pregunta acerca de si el tratamiento está siendo aplicado en la dosis adecuada, y si de esto depende la efectividad. Además, mencionan que no se considera que diferentes tipos de tratamiento pueden ser más efectivos para ciertas condiciones o pacientes, y otros para otras condiciones y pacientes.

Ahora, está bien merecida una descripción de la evidencia que delimita qué debemos utilizar y qué no. De acuerdo a Bartak y col. (2007), la medicina basada en evidencia es la tendencia actual en salud, y ello incluye pruebas de alto nivel alcanzadas con estudios empíricos, preferentemente ensayos controlados aleatorizados, que pueden ser combinados con una revisión meta-analítica y sistemática de literatura. Un ejemplo que nos propone el autor sobre estas evidencias es el hecho de que el tratamiento de un trastorno mental con psicoterapia tiene un índice de recuperación siete veces más rápido que en su curso natural. También explica que la implementación de técnicas basadas en este proceso conducen a una reducción significativa de consumo de otros servicios de salud mental, por lo tanto un potencial ahorro de costos logísticos y administrativos en la salud pública; además, se pretende disminuir el impacto de la población con aquella condición sobre la sociedad. Un ejemplo de lo último es el dado por Stevenson y Meares (citado en Bartak y col., 2007), donde la psicoterapia reduce la ausencia en el trabajo en

pacientes con desórdenes de personalidad desde un promedio de 4,7 a 1,4 meses por año, representando una disminución en el impacto social de las enfermedades mentales.

La politización de los servicios de salud mental es un proceso que no se puede dejar de lado en esta discusión. La terapia prolongada ha sido gradualmente menos común, seguramente como resultado del creciente número de planes de salud privados que limitan las visitas a terapia, que por otro lado, brindan más interés a terapias breves y con pruebas empíricas (Olfson y col., 2002). Se ha notado que un tercio de los clientes de salud mental reciben solamente una o dos sesiones, viéndose los beneficios que pueden recibir de la terapia limitados por los costos, pues aún cuando existen estudios que muestran mejoría en una sola sesión para problemas específicos, los beneficios son limitados. Si los profesionales clínicos no toman en consideración los avances en la medicina y salud basados en evidencia se corre el riesgo de que las decisiones referentes a la salud mental sean tomadas en base a intereses políticos solamente, dejando de lado la influencia de los clínicos como desarrolladores de su propio campo profesional (Bartak y col., 2007). Las investigaciones actuales están demasiado sesgadas, por ejemplo, Wenhui y col. (2005) reportan que los estudios involucran participantes que son seleccionados específicamente de instalaciones clínicas que reciben atención sin costo por la investigación; por lo tanto, la muestra es preferencial.

El sistema de salud debe comprender que la mejor estrategia para incrementar el acceso y la relación costo-efectividad de las intervenciones consiste en un involucramiento de cuidado colaborativo entre la medicación y la psicoterapia (Trivedi, Nieuwsma, & Williams, 2011). Los servicios de salud mental poco a poco han sido desplazados, alejándose de las manos de profesionales especializados en el área, como psicólogos y psiquiatras, y acercándose a los profesionales que representan un menor costo, por ejemplo

los médicos (Olfson y col., 2002; Wilk y col., 2006). Esto no puede ser visto con tan malos ojos pues está demostrado bajo investigación que entrenar a profesionales de la salud no vinculados con la salud mental provee intervenciones breves psicoterapéuticas más efectivas con reducción de síntomas (Trivedi, Nieuwsma, & Williams, 2011), pero siempre debe ser visto como una colaboración y no como un remplazo. La idealización del dinero en esta profesión disminuye la probabilidad de que los clientes reciban beneficios por intereses personales de los profesionales. Por ejemplo, Wilk y col. (2006), encontraron que un profesional de la salud mental que provee de 45 a 50 minutos de psicoterapia gana 40,9% menos que si proveyera 15 minutos de entrevista para medicación.

El proceso de diagnóstico y calificación de clientes a recibir tratamiento tiene una debilidad que la explica Bradley y col. (2005), pues existe evidencia de que un paciente puede caer justo afuera de la brecha diagnóstica con tan solo cambiar uno o dos síntomas mientras mantiene altos niveles de otra sintomatología. Esta es una de las debilidades del manejo de manuales de diagnóstico con criterios solo objetivos. Además, explica que el uso de la lista de espera dentro de la metodología de investigación tiene la debilidad de ser un periodo de control inerte pues no mantiene condiciones comunes para todos los participantes.

Como menciona Bartak y col. (2007), la tendencia moderna que está tomando fuerza es la de dejar de fijarse tanto en la eficacia, es decir efectividad del tratamiento en investigaciones controladas, y tomar más en cuenta el valor agregado y costos para los clientes y la sociedad. Aún cuando la relación costo-efectividad es el criterio en boga para categorizar o calificar ciertos tratamientos, se deben considerar otros factores que no sean de único interés para las aseguradoras; un ejemplo magno es la necesidad de tratamiento.

De manera similar, se solicita urgentemente tanto en la investigación como en la clínica una distinción entre la eficacia y la efectividad. Bartak y col. (2007), explica que la eficacia mide la capacidad de función de un tratamiento en ambientes de investigación bien controlados, mientras que la efectividad mide la capacidad de funcionamiento del tratamiento en la aplicación práctica del día a día en manos de clínicos ordinarios, sin entrenamiento exhaustivo o supervisión con pacientes típicos. A esto se suma la sugerencia de Bartak y col. (2007), de poner empeño al desarrollo de instrumentos que midan cosas más importantes para los clientes, como la calidad de vida que está teniendo y que ofrece nuestra colaboración.

Otra de las connotaciones que se debe reconsiderar la investigación moderna es la definición de una práctica válida y efectiva según el *effect size* que propone. Esto quiere decir que el índice promedio de efecto que va a tener sobre un paciente promedio, y no da información sobre la respuesta que habrá en la variabilidad, ni tampoco responde a la proporción de pacientes que se recuperarán o experimentarán un cambio clínicamente significativo (Bradley, Greene, Russ, Dutra, & Westen, 2005).

Lastimosamente, en contraposición a lo recién mencionado, el campo científico da poca cabida y aceptación a las prácticas poco validadas empíricamente. Algunas de las propuestas de psicoterapia no comparten el ideal científico mecanicista y estructurado que va en contra de sus ponencias principales. Un ejemplo claro es la psicoterapia existencia, entre otras (Keshen, 2006). Esta idea trata de crear consciencia sobre la gran pérdida que tiene la sicología con la imposición de estos lineamientos productivos, que no dan lugar a la apreciación de contenidos menos medibles y objetivos, pero más profundos como el propósito de la existencia y de la salud, la necesidad de crear algo en la vida, y el temor al vacío mental.

A continuación se brindará una reseña breve de algunos de los modelos actualmente en práctica de la psicoterapia para comprender la oferta teórica y práctica que brindan, posteriormente se hablará sobre la evidencia empírica de ellos. Esto se hace especialmente porque cabe como contexto para entender las técnicas aplicadas por los estudiantes que han realizado terapia en el servicio de consultas psicológicas que está siendo evaluado, pues estos modelos a explicar son los impartidos a los estudiantes de último año de la carrera de psicología de la USFQ.

### ***Terapias Humanistas y bases teóricas.***

Las terapias humanistas son un conjunto de modelos psicoterapéuticos que comparten algunas cualidades semejantes, así como principios de comprensión tanto de la mente como del funcionamiento psicológico de los seres humanos. Entre las cualidades que se comparten, Elliott y col. (2013), mencionan la centralidad de la empatía genuina y la apreciación de la relación terapéutica como una potencial técnica curativa, pues esta última está concebida dentro de las terapias humanistas como una relación más allá de las usuales alejándose de la clásica dicotomía sujeto-objeto o de la propuesta de que esta relación sea una repetición inconsciente de apegos pasados. Se debe hacer notar que la relación debe ser auténtica y con límites, así crea la sensación de seguridad en el cliente.

Además de estas asunciones sobre la relación terapéutica, Elliott y col. (2013), indagan otros objetivos que los terapeutas humanistas mantienen en mente dentro de la sesión. Se perciben la experiencia como la principal herramienta de impacto, entendiéndose por la misma como la consciencia sobre las percepciones, las sensaciones, emociones, pensamientos, y las intenciones/deseos. El respeto sobre la experiencia subjetiva del ser humano también es abarcado por los autores, esta experiencia se



fundamenta en una tendencia orientada hacia la supervivencia que se alinea con la experiencia, permitiendo una comprensión holística de la persona y no como un paciente comandado por el síntoma o el diagnóstico.

Después de lo detallado, se propone una lista de los principales enfoques comprendidos en este modelo, entre los cuales se incluye la terapia centrada en el cliente (PCT) propuesta por Rogers en 1961, la Gestalt empleada por Perls, Hefferline y Goodman en 1951, la terapia enfocada en la emoción (EFT) desarrollada por Greenberg, Rice y Elliot en 1993, la terapia existencial practicada por Yalom en 1980, el psicodrama empleado por Moreno y Moreno en 1959, la terapia orientada al focusing (FOT) ofrecida por Gendlin en 1996, la terapia expresiva explicada por Daldrup, Beutler, Engle y Greenberg en 1988, y la terapia enfocada en el cuerpo propuesta por Kepner en 1993. A continuación se comentará brevemente algunas de estas modalidades de psicoterapia.

En primera instancia, una de las más antiguas propuestas es la terapia centrada en el cliente (PCT) desarrollada por Carl R. Rogers. En la séptima reimpresión de una publicación de Rogers, C. (1992), reitera los principios de su idea, y propone las tres condiciones básicas que debe haber en una relación terapéutica para que la otra persona pueda crecer que son: autenticidad en la relación, aceptación, y comprensión empática. El autor mantiene el concepto de que la tendencia innata de todo ser humano es la de crecer y madurar mediante un reconocimiento a sí mismo a través de la experimentación de una relación interpersonal con las cualidades mencionadas para poder desarrollar una percepción realista y constructiva de su existencia. Las técnicas que propone aplicar se basan en la creación de confianza cliente-terapeuta, pero con una sensación fácil de capturar.

Lo que definitivamente no sirve para Rogers es la distancia con el cliente, los consejos específicos o soluciones, y demasiada atención al pasado. Esta ideología se contrapone al conductismo, popular en el siglo pasado, por lo tanto rechaza completamente el reforzamiento y el castigo, por supuesto el condicionamiento. De esta propuesta nace el lineamiento básico de la EFT, pues Rogers también menciona que el ser congruente con uno compone el reconocimiento a sí mismo para poder estar en contacto con los sentimientos y poderlos expresar (Rogers, 1992). Desde esta perspectiva se desarrollaron varios nuevos enfoques respetando este principio y ampliando la visión humana.

De la ideación anterior surge la EFT. Elliot, Watson, Goldman, & Greenberg (2009), dan información sobre la Psicoterapia Proceso-Experiencial, que es una forma de terapia enfocada en la emoción motivada por el crecimiento de la inteligencia emocional para poder vivir en mejor armonía con uno mismo. La propuesta que comentan los autores es la de aceptar a las emociones como adaptativas y naturales, pero que pueden volverse problemáticas debido a traumas pasados o porque el ambiente social ha enseñado a ignorarlas. También resaltan el objetivo de este enfoque que es el de ayudar a los clientes a volverse más atentos y aceptativos de sus emociones volviéndolas productivas. Lo más interesante de esta propuesta es la integración de técnicas de Terapia Centrada en el Cliente, Gestalt, y Existencial.

Dentro del enfoque anterior se ha desarrollado un segmento que poco a poco toma más fuerza fortaleciendo las propuesta de la EFT: la terapia narrativa. Angus & Greenberg (2011), comentan que el proceso de comprensión y aceptación de la emoción primaria, que tiene como objetivo la EFT, contiene su clave de éxito en el cambio de la narrativa sobre este. Según explican los autores, esta clave consiste en que el cambio se produzca por la

re-experimentación del evento y su emoción, pero dentro de esta re-experimentación está contenida la atención a la sensación y experiencia que debe denotar la diferenciación o simbolización de lo que está ocurriendo, es aquí donde entra la narrativa. Adicionalmente, la narrativa ayuda a abrir paso desde la experiencia hacia la creación de significado.

El éxito de este proceso, según lo explica Angus & Greenberg (2011), está en la identificación de la macro-narrativa y la micro-narrativa, entendiéndose esta última a diferencia de la primera como los recuerdos y trabajo sobre vivencias específicas; de manera similar se diferencia la narrativa externa de la interna, siendo esta última en comparación con la primera una mayor atención hacia la experiencia subjetiva interna de la vivencia y no tanto sobre los hechos exteriores. Por lo tanto, la evidencia que los autores han recolectado, especialmente sobre trabajo con trastornos del estado de ánimo, prueba que mejores resultados se ven cuando se alcanza una psicoterapia focalizada en micro-narrativas (específicas) internas que permiten una reflexión de la nueva experiencia.

Otro de los enfoques que ha sido bastante popularizado con relevancia clínica en el área humanista es la terapia Gestalt propuesta por Friedrich Perls, iniciándose como una práctica grupal que se adaptó a procesos individuales. Strümpfel & Goldman (en Cain & Seeman, 2008), ofrecen información sobre este enfoque, mencionando la teoría explicativa de contacto con las necesidades que según este modelo se basa en cuatro fases: el *fore contact*, el contacto, el contacto final, y el post contacto. Cuando se lleva a cabo este procedimiento el instinto de supervivencia de la persona se mantiene en equilibrio y los procesos mentales también.

Pero, como mencionan estos autores, si el procedimiento se ve interrumpido provoca desbalances y este puede interrumpirse por presión de una introyección, es decir,

la aceptación indiscutible de una experiencia según el entendimiento de alguien más; por proyección, que se da cuando el individuo encuentra elementos propios que no son aceptables y los reprime pero deben ser experimentados mediante su percepción en otro individuo; y retroflexión, que es cuando la reacción que genera otro en el individuo es sobre-controlada y que se experimenta en uno mismo como de origen propio. La experiencia es una de las claves fundamentales con la cual aporta esta terapia, y que ha sido también adoptada por la EFT que es más joven. Como explica Strümpfel & Goldman (en Cain & Seeman, 2008), también se han desarrollado técnicas específicas para estos procedimientos, por ejemplo, la repetición de respuestas, la exageración y elaboración, la identificación, la representación o dramatización.

Un enfoque más que vale la pena abordar es la psicoterapia existencial, que en realidad es un compendio de prácticas con principios aun más fundamentales en sus orígenes que las humanistas en sí. Según explican Walsh & McElwain (en Cain & Seeman, 2008), las terapias existenciales son humanistas pues tienen fe en las habilidades del cliente para asumir y tomar sus propias respuestas; así como esta libertad es vista diferente a la autonomía que proponen los humanistas pero enfocada a las limitaciones y fragilidad que representa una dimensión trágica de la experiencia humana. Pues, la libertad es una decisión en un contexto específico con orientación a futuro. Esta propuesta, según los autores, también se fundamenta en la intersubjetividad que se la describe como la creación de la realidad a partir de las experiencias individuales pero que es interdependiente de las realidades subjetivas de quienes rodean al individuo en su existencia.

Adicionalmente, uno de los mayores aportes de esta teoría a la práctica moderna de la EFT según Walsh & McElwain (en Cain & Seeman, 2008), es la idea del pasado y el

futuro como entes existentes en el presente de un individuo; así como a la ansiedad y a la culpa como decisiones de cada individuo de evitar confrontar los obsequios de la existencia, pero se los ve como procesos experienciales naturales en un comienzo.

Finalmente, dentro de los modelos de terapia humanista no se puede dejar de lado a la psicoterapia orientada al *focusing* desarrollada por Eugene Gendlin. Tomando las explicaciones del mismo Gendlin (1996), esta práctica se basa en la observación de algo que el llama “sensación sentida” que viene a constituirse en una reacción de nuestro ser ante una experiencia con dimensiones de experimentación complejas y diversas más allá de una emoción o una reacción corporal, pues también involucran pensamientos, sentimientos, sensaciones, conductas, etc. Esta magna experiencia se da como un mecanismo natural de la mente en el intento de comprender y asimilar lo ocurrido, pide ser prestada atención y tiene la capacidad de desplegar todo su contenido para guiar hacia una respuesta adaptativa basada en información consciente y aprendizajes.

Gendlin (1996), también explica que esta sensación sentida tiene cuatro funciones, la de sensación, sentimiento, intuición y pensamiento; por lo tanto, para ser comprendida debe ser puesta atención mediante el *focusing*, que se constituye como un proceso mediante el cual se puede observar a la experiencia actual y trabajarla para entender su direccionalidad y darla un sentido. Lo más interesante de esta propuesta es que el mecanismo de observación desarrollado puede ser aplicado a diversas experiencias (o dimensiones de la experiencia) para que sea procesada en su totalidad y produzca más que un cambio, un crecimiento personal mediante el aprendizaje y asimilación.

***Terapia Cognitivo Conductual (CBT) y bases teóricas.***

Dentro de los campos de la psicoterapia, y en dirección hacia otro modelo que ha tomado gran campo y aceptación hasta la actualidad nos encontramos con la terapia cognitivo conductual propuesta y desarrollada principalmente por Aaron Beck, con varios aportes por parte de Ellis (Hofmann y col., 2012). “Cognitive Behavioral Therapy” es uno de los textos más prácticos para poder entender este diseño, escrito por la hija del creador del modelo Judith Beck (2011), considerándose como una guía sencilla pero no simple así como bastante explicativa que se la empleará en esta sección para dar información corroborada por Aaron Beck.

Entre la información inicial, Beck (2011), comenta un poco de historia refiriéndose a la CBT inicialmente como un sistema de terapia y no una teoría a diferencia de otros modelos o enfoques existentes de psicoterapia. Esto se inicia en los años sesenta a partir de la necesidad de trabajo con depresión, he ahí su fuerte impacto en este trastorno y similares. Las características más básicas de la terapia en este caso son la de ser breve, en distinción al psicoanálisis, y más estructurada, en distinción a las terapias humanistas. Beck (2011) enfatiza que el problema debe ser visto desde una lupa presente, no pasada ni futura.

En adición, Hofmann y col. (2012), también explican que la CBT entiende que las cogniciones están organizadas en creencias generales o esquemas sobre el mundo, uno mismo y el futuro. Cuando las creencias son des-adaptativas contribuyen al mantenimiento de las dificultades y estrés emocional, así como los conflictos conductuales. Mencionan que la disfuncionalidad de estos constructos o ideas es aun más evidente cuando una situación particular desencadena pensamientos automáticos o rápidos que impiden un juicio real del evento. Según esto, el modelo considera que si se logran cambiar estas cogniciones des-adaptativas se conseguirán cambios en las reacciones conflictivas

emocionales y conductuales. A continuación se explicará de manera más detallada esta propuesta.

Sobre la estructura práctica del modelo, Beck (2011), recuerda la importancia del “modelo cognitivo”, que es una invitación a la conceptualización del caso que considera en primer lugar la “triada cognitiva”. Esta triada constituye el acercamiento al funcionamiento mental de la persona comprendido desde la categorización de cualquier construcción cognitiva o pensamiento en tres bloques específicos e independientes que son: pensamientos sobre uno mismo, pensamientos sobre los otros (o sobre cosas), y pensamientos sobre el pasado/futuro. Según este modelo, estos pensamientos se originan en el aprendizaje a partir de experiencias previas, especialmente de la niñez que darían a entender una especie de condicionamiento.

Para poder esquematizar estos procesos subjetivos, la autora menciona diez principios en los cuales se enmarca la práctica y los objetivos de la intervención cognitivo-conductual que se exponen a continuación:

1. Se debe formular el problema desde el punto de vista cognitivo.- es decir, pensamiento actual-> conducta actual -> factores desencadenantes.
2. Es colaborativa con el paciente (e.g. en la tareas).
3. La participación es activa de ambas partes.
4. Se orienta hacia objetivos específicos.
5. Se enfoca en el presente específico.- si existe un problema del pasado se enfoca en los resultados que causan la disfunción en el presente.
6. Es educativa.- brinda información al paciente.
7. Es de tiempo limitado.- de 4 a 14 sesiones.
8. Las sesiones son estructuradas.

9. Promueve la evaluación y medición.- además de enseñar estos procedimientos al paciente.

10. Usa herramientas empíricamente probadas.

Para poder alcanzar estos objetivos y lineamientos, el modelo cognitivo simboliza el esquema a seguir y de comprensión del paciente. Beck (2011), desarrolla este modelo en el siguiente orden: las reacciones fisiológicas, conductuales, emocionales son desencadenadas por parte de los pensamientos automáticos en determinada situación, en esta situación los pensamientos automáticos son expresiones de creencias intermedias que son interpretaciones conscientes de creencias más profundas o centrales.

La autora también ofrece una descripción clara de estos elementos del modelo. Beck (2011), describe que los pensamientos automáticos son entendido como actividades rápidas de evaluación que hace todo ser humano que reacciona a las percepciones, estos no nacen del razonamiento lógico pero son tomados como verdades, pueden ser positivos o negativos, o neutros (por ello no son necesariamente un problema), no son conscientes ni son registrados por ello solo se sienten y actúan. Los pensamientos intermedios, según explica la autora, ayudan a entender el mundo, existen menor número que los pensamientos automáticos y nacen de las creencias centrales siendo congruentes entre ellos, dan reglas, asunciones y expectativas. Mientras que, las creencias centrales no son ni positivas ni negativas, pero sí pueden ser disfuncionales, son menos modificables, existen en menor número que las creencias intermedias, son el pilar de todo lo que se piensa pues funcionan como un filtro de experiencias y cogniciones, son verdades absolutas, son globales y generales, las personas en conflicto no pueden acceder a ellas, son rígidas y pueden estar inactivas hasta que una experiencia o situación congruente (u opuesta) las activa desencadenando los demás elementos del modelo cognitivo.



Como se ha señalado antes, estos procesos no son patológicos en su origen y son comunes al funcionamiento mental de todos los seres humanos según este modelo, pero entonces surge la pregunta, ¿de dónde surge la psicopatología? Para responder a esta pregunta Beck (2011), ha desarrollado el concepto de distorsión cognitiva, que se lo explica como formas de procesar los pensamientos automáticos que conllevan errores el momento de interpretar las experiencias.

Las distorsiones cognitivas presentes en trastornos mentales se dan en una o más áreas de la triada cognitiva resultando en más disfunción. Estos procesos erróneos se activan dependiendo de la creencia central que está siendo estimulada. Entre las distorsiones más relevantes que han sido reconocidas por este modelo están la abstracción selectiva, el pensamiento dicotómico o polarizado, la sobre-generalización, la interpretación del pensamiento o lectura de mente, la visión catastrófica, la personalización, la falacia de control, falacia de justicia, razonamiento emocional, la falacia de cambio, las etiquetas globales, la culpabilidad, los deberías, la falacia de razón, la falacia de recompensa divina.

Adicionalmente a los planteamientos cognitivos que hace esta teoría, no deja de lado las emociones pero sí las percibe de una manera distinta al modelo humanista. Beck (2011), elucida que las emociones para la CBT no son clasificables, y entre sus funciones menciona seis como las más importantes: sirven para la supervivencia, pues es un sistema interno que guía las conductas hacia las necesidades no satisfechas mientras registra experiencia; sirve para tomar decisiones, pues ayudan a prevenir y predecir las reacciones; es una forma de comunicación interpersonal, sirven de motivación, representan una experiencia común a todas las personas, por lo cual da cabida a la empatía, y finalmente constituyen una forma de energía.

Además, la autora desarrolla los motivos por los cuales no son el principal objetivo ni herramienta de la CBT, comentando sobre su dificultad para ser medidas, la subjetividad que representan, pueden ser foco de malinterpretación, son difíciles de controlar y por lo tanto más difíciles de modificar, son más intensas que los pensamientos y por lo tanto más difíciles de monitorear, no se las puede clasificar, se asume que en el punto evolutivo en el cual nos encontramos los humanos primero se activan los pensamientos, y en los trastornos psicológicos existe una desregulación emocional que impide una correcta metodología de investigación.

De manera paralela al entendimiento teórico propuesto, este modelo ha desarrollado una enorme diversidad de aplicaciones clínicas, generando protocolos específicos de intervención y mantenimiento para trastornos específicos aun cuando todos comparten el modelo principal y acercamiento al tratamiento. Hofmann y col. (2012) mencionan que para poder conseguir esto, una de las principales fortalezas en la aplicación clínica es su concepción partir de un modelo médico psiquiátrico en el cual los objetivos fundamentales son la disminución de síntomas, mejorar el funcionamiento, y la remisión del trastorno. Los autores también denotan el rol importantísimo que juega el paciente en este proceso y en el alcance de los objetivos, pues la terapia cognitiva-conductual es un proceso colaborativo en el cual el paciente es un ente activo en la resolución de problemas cuando enfrenta la validez (o ausencia de la misma) al evaluar sus cogniciones des-adaptativas, así como cuando modifica sus patrones conductuales disfuncionales. En la actualidad, según los autores, la CBT se ha fortalecido porque a combinado una variedad de técnicas cognitivas, conductuales y enfocadas en la emoción.

### ***Terapia Psicodinámica y sus bases teóricas.***

Los postulados psicodinámicos están instaurados desde la idea de que las actividades inconscientes de nuestra mente tienen un impacto sobre los pensamientos, emociones y comportamientos conscientes (Cabaniss, Cherry, Douglas, & Schwartz, 2011). La terapia psicodinámica viene motivada por el psicoanálisis, que aunque no mantiene un número alto de psicoanalistas tradicionales en práctica como en el siglo pasado sigue teniendo una gran influencia ideológica en otros profesionales de la salud mental. Los terapéuticos psicodinámicos que son quienes más influencia de este enfoque han absorbido y tienen como metodología fundamental la de entender la sintomatología presente basándose en una exploración de experiencia pasadas, especialmente de la niñez (Myers, 2006).

Esta búsqueda tiene como deber el de encontrar la información que ha sido reprimida pero que sigue teniendo una fuerte carga emocional, y asume que su descubrimiento conlleva a un entendimiento de lo antes inconsciente permitiendo un trabajo de las reacciones y experiencias actuales que este hallazgo trae (Myers, 2006). Rawson, P. (2005) indica que a estos objetivos mencionados antes, se agrega la búsqueda de incrementar el entendimiento que tiene el paciente sobre si mismo, además de la relación paciente-terapeuta; para esto, existen lineamientos que se comparten con las demás líneas de psicoterapia (e.g. con las humanistas y cognitivas) en la promoción de actitudes prevalentes en los terapeutas como la curiosidad, la admiración, respeto por la complejidad de cada individuo, la disposición para identificarse y actuar con empatía, valorar la subjetividad y afecto, la apreciación del vinculo, y mantener una profunda fe en la capacidad del individuo de crecer.

Otra cualidad relevante de este modelo es que abandona la identificación tradicional psicoanalítica del inconsciente como una metáfora espacial, y prefiere entenderlo como un funcionamiento mental con repeticiones inconscientes (Lledó, 2009). Rawson (2005) comenta que el terapeuta tiene la función de acompañar al cliente en esta exploración de sus representaciones inconscientes para hacerlas conscientes, y esto incluye entrenar al cliente para que sea su propio terapeuta enseñándole a encontrar conexiones con el pasado que pueden estar enterradas. Los autores también aclaran que por ningún lado este enfoque debe tener la intención de permanecer en el pasado, solo desea encontrar las raíces pero para lidiar con el conflicto se debe volver al presente.

Según lo explica Myers (2006) en un intento exhaustivo de acercarnos a esta ideología, los terapeutas psicodinámicos mantienen una fuerte influencia de los postulados freudianos, pero esto no significa de ninguna manera que no hayan aceptado la influencia de la psicoterapia moderna, pues entre sus prácticas se incluye un acercamiento interpersonal (freudianamente no concebido) en el cual el terapeuta puede mantenerse en el campo visual de su atendido, así como mantener sesiones semanales, y con un tiempo relativamente menor al psicoanalistas, siendo ahora de meses y ya no años.

Lledó (2009) agrega un constructo interesante que mantiene el enfoque psicodinámico en todas sus variantes, y es el entendimiento de la perspectiva desarrollista, mediante la cual se explica la conjugación de los procesos mentales biológicamente determinados con los procesos que son generados a través del aprendizaje y experimentación del mundo, por ejemplo, la interpretación de las características heredadas y su relación con la interacción con los padres que construye a la formación de la personalidad.

Margareth Mahler (citada en Lledó, 2009), nos indica las características que mantiene en relación con el psicoanálisis, entre las cuales menciona la ideación de una existencia psico-biológica con la madre provocando una simbiosis madre-hijo que se separa a lo largo del tiempo y en la cual se asienta el entendimiento de la formación de la personalidad donde la integridad individualidad de la misma encuentra roce en la unión con el “otro” y descubre su dependencia, constituyéndose un principio del entendimiento de las relaciones objetales. De manera similar, más cualidades compartidas entre el psicoanálisis y la intervención psicodinámica son mencionado por Summers y Barber (2012) como el interés en la transferencia, contratransferencia, significados inconscientes sobre el aquí y ahora, el análisis del carácter como eje fundamental de la intervención, y el impacto de las relaciones interpersonales tempranas.

Sobre los objetivos específicos de este modelo psicoterapéutico, en 1985 Baker (citado en Warren, 1998) listó cinco metas básicas para tratamientos basados en psicoanálisis. El primero de estos objetivos es el de disminuir la intensidad de los impulsos irracionales y lograr al manejo maduro de los impulsos instintivos mediante el control consciente del Yo. El segundo objetivo que menciona el autor es el crecimiento del repertorio, madures, efectividad y flexibilidad de las defensas del Yo. El tercero es el de desarrollar y fortalecimiento de las actitudes, valores, y expectativas sobre uno mismo que permiten una evaluación apropiada y sincera de la realidad que permite la adaptación a experiencias nuevas. El cuarto objetivo es el de fomentar la intimidad adecuada con el propio ser que permita una expresión del Yo orientada a la productividad. Y la quinta meta es la de disminuir la culpabilidad o castigo que impone el Súper Yo en la búsqueda de un perfeccionismo mediante la inhibición y requerimientos que se imponen conscientemente.

Para poder conseguir estos objetivos que se propone desde la teoría, en la práctica se requiere un buen sistema de evaluación. Entre las herramientas para el éxito en estos procedimientos, Cabaniss y col. (2011) mencionan el empleo del Manual de diagnóstico Estadístico (DSM) para realizar una evaluación objetiva, recolectar un historial clínico, la valoración de las funciones del Yo y del Súper Yo, revisión de los procesamiento psicológicos, análisis de la capacidad de auto-reflexión, priorización de los problemas y dificultades, motivación, y reconocimiento de los recursos disponibles más la matriz social en la que se desenvuelve el individuo.

Si bien Freud desarrollo una diversidad de técnicas que han sido empleadas históricamente por los psicoanalistas, e incluso han servido de inspiración y punto de partida para el desarrollo de nuevos modelos de psicoterapia, los terapeutas psicodinámicos modernas emplean una variedad aun más extensa de intervenciones. Rawson (2005) expone algunas de esta metodología que son introducidas como ayudantes de las prácticas básicas del psicoanálisis, entre ella se mencion el trabajo con la tensión corporal, en procesamientos de las sensaciones mediante el uso de ejercicios de fantasía e imaginaria, hablar con el niño interior, ejercicios de fantasía, trabajo con arte, identificación personal con un objeto, cartas de despedida, simbolización del “dejar ir”, recordatorio simbólico. El autor también menciona que el trabajo con los mecanismo de defensa no ha sido olvidado, pero ahora se lo aborda desde una perspectiva en la cual se trabaja sobre sus orígenes, muy posiblemente encontrados en asuntos inconclusos en relación tempranas con individuos significativos, en donde se apunta a una motivación personal que eleve a la persona a una sensación de equidad y ecuanimidad con las figuras inconscientes representativas de estas relaciones.

Para finalizar este apartado, cabe mencionar algunos de los enfoques que se han desarrollado en este modelo. Un ejemplo de esto que está tomando cada vez más espacio en la práctica clínica es la terapia interpersonal, que mantiene muchas bases teóricas que se direccionan a una exploración de la sintomatología actual del paciente pero centrándose en la interpretación de las relaciones actuales del cliente y como estas se vinculan con el síntoma teniendo como objetivo su disminución y no necesariamente una modificación de la personalidad (Myers, 2006). A este se le puede agregar un enfoque similar pero en desarrollo independiente, que es la psicoterapia expresiva de apoyo en la cual se entiende la problemática actual en el contexto de los conflictos interpersonales-intrapsíquicos (Summers & Barber, 2012).

## **Tema 2. Efectividad de la Psicoterapia.**

### ***Evidencia de efectividad de los modelos de terapia.***

Es indiscutible que en las últimas décadas se ha incrementado sustancialmente el número de estudios sobre poblaciones específicas con problemas específicos, pero sigue siendo una necesidad el surgimiento de más investigación empírica. La intención de estandarización de tratamientos impulsa el desarrollo de lineamientos técnicos y clínicos con la finalidad de que se puedan validar varias propuestas terapéuticas como efectivas, y por consiguiente sean aceptadas en los programas de salud pública y seguros para beneficio de los consumidores. Lastimosamente ha habido varios intereses egoístas en la historia de la investigación sobre efectividad psicoterapéutica que han dejado de lado a varias propuestas, especialmente por sesgos de autores. Un ejemplo de esto es el que comenta Elliott y col. (2013) sobre el empleo de versiones genéricas de las terapias humanistas en investigaciones comparativas en donde las denominan como no directivas o de apoyo.

La necesidad de esta evidencia radica en la utilidad que representan para definir la diferencia mínima de interés clínico para los profesionales que atienden individualmente a pequeños números de clientes. Leichsenring y Rabung (2008), mencionan que la evidencia también dará información sobre la extensión de los tratamientos y como esto interviene en la efectividad, pues en varias ocasiones los tratamientos a corto plazo no son suficientes en comparación con las dificultades que presentan pacientes con trastornos mentales complejos. Teixeira, Gonçalves, Fasnacht, Machado, y Sousa (2014) soportan esta propuesta pues citando a Kopta y col. (1994) indican que el 50% de los pacientes que se recuperan de su sintomatología aguda lo hacen en 5 sesiones, mientras que 50% que se



recuperan de estrés crónico lo hacen en 14 sesiones, pero el 50% de quienes se recuperan de problemas interpersonales requieren un promedio de 104 sesiones. Por lo tanto, problemas más profundos como los personales requieren más tiempo de intervención.

Según Teixeira y col. (2014) la evidencia de efectividad en estudios pre-post tiene un significado mayor, pues citan a Cooper (2008) que ha encontrado que los resultados post tratamiento son predictores de resultados en el seguimiento por un potencial efecto retardado del tratamiento del que habla Anderson y Lambert (2001) también citado por los autores. El efecto retardado parece demostrarse con unos valores de recuperación tendientes a incrementar durante los primeros años de terminación que posteriormente se estabilizan. Además, la efectividad es difícil de observar en la terapia, pues los clínicos usualmente ven cambios en la sintomatología y no se pueden ver el impacto en las relaciones interpersonales o a largo plazo.

Para dar un recorrido a través de varias comparaciones de efectividad primero vamos a explicar que se las realiza especialmente utilizando diferencias estandarizadas pre-post para calcular el valor del efecto, así como mediciones post-terapia, seguimiento temprano (menos de un año), y seguimiento tardío (un año o más). Este procedimiento se lo realiza en poblaciones específicas (e.g. depresión). Elliott y col. (2013) indican que los estudios en general ponen especial atención a cumplir mínimos criterios entre los cuales menciona una muestra razonable (más de 25 individuos por grupo), uso de manuales de adherencia al tratamiento empleado, selección específica de la población mediante criterios válidos y confiables, la utilización de herramientas de medición confiables, y un apropiado análisis de datos.

Leichsenring y Rabung (2008) explican brevemente las dos metodologías más empleadas en esta área. La primera que mencionan los autores son los ensayos aleatorios controlados (RCTs) que se realizan bajo control experimental de las condiciones del estudio, sin embargo su representación clínica o validez externa está limitada por los controles experimentales que implica. La segunda metodología que mencionan los autores con los estudios de efectividad, que se realizan bajo condiciones de práctica clínica, asegurando así su representación clínica por su validez externa, pero no controlan los factores adyacentes que podrían estar influyendo en el resultado.

Una comparación general de la efectividad en terapia realizada por Elliott y col. (2013) revela que, la terapia humanista experiencial genera un valor de efecto pre-post de 0,96, encontrado a través de 199 muestras de tratamiento y evaluación. En cuanto a los datos de seguimiento en general sobre los modelos de terapia, los datos indican claramente que los clientes de terapia humanista experiencial mantienen o incluso mejoran las ganancias inmediatamente después del tratamiento, demostrándolo con un valor de efecto de 0,95, teniendo un labor post de .95, en el seguimiento temprano 1,05; en el seguimiento tardío 1,11. Paralelamente a esto, lastimosamente no se cuenta como suficiente evidencia en poblaciones específicas de efectividad de terapia psicodinámica, pero Kirchmann, Schreiber-Willnow, Seidler, y Strauss (2011) reportan un efecto general de 1,46 de este modelo; cuando se compara la intervención psicodinámica con lista de espera o no-tratamiento el efecto es de 1,32. Sobre la misma terapia psicodinámica, Leichsenring y Rabung (2008) reportan efectividad general pre-post de 1,03; y efectividad pre-post sobre síntomas psiquiátricos de 0,91.

En cuanto a estudios de efectividad controlada cabe decir que al comparar el efecto del tratamiento con la ausencia de tratamiento o con personas en lista de espera, la terapia es la responsable de la mejoría. La terapia humanista experiencial presenta un valor de efecto de .81, mientras que el efecto más significativo es en la comparación pre-post en comparación con falta de intervención con un valor de efecto de 0,19; por lo tanto se puede inferir que el 80% de las ganancias pre-post son atribuidas a terapia (Elliott y col., 2013).

La evidencia anterior permite demostrar la validez de una intervención, mientras que la evidencia que ahora será detallada permite comparar esta validez entre diferentes modelos. Esto es necesario pues existe la asunción de que las terapias humanistas tienen un efecto menor que la CBT, pero esto se genera por estudios comparativos con otros tipos de terapia como el tratamiento habitual, psicodinámico o integrativo. En la literatura se puede encontrar datos de 76 estudios en los cuales se compara la terapia humanista con la CBT donde se encuentra una diferencia comparable pero opuesta de -,13 a favor de la CBT, pero Elliot y col. (2013) argumentan que este valor se podría deber a una lealtad negativa de los investigadores (44%) en los estudios, pues existe una alta correlación entre la parcialidad del investigador y el valor de efecto comparado ( $r=-,49$ ;  $n=135$ ;  $p<,001$ ). Según Elliott y col. (2013) la terapia humanista experiencial comparada con terapias no humanistas tiene una diferencia en el valor de efecto de 0,03; mientras que en comparación con la CBT hay una diferencia de 0,04; y con otras terapia (no CBT) una diferencia de 0,05; a lo cual concluyen que la terapia humanista experiencial es en general equivalente a otros tratamientos en su efectividad.

En una comparación más exhaustiva entre los enfoques de terapia, se ha comparado las intervenciones humanistas de distintos tipos con la CBT. En la comparación de la CBT

con las terapia de apoyo, Elliott y col. (2013) reportan que las segundas son significativamente menos efectivas que la primera; y sugieren que esta podría ser la razón por la cual la CBT tendría una pequeña ventaja trivial sobre las terapias humanistas más avanzadas. Los mismo autores, comparando la CBT con la terapia centrada en el cliente reportan que parecen ser consiste, estadística y prácticamente equivalentes con un valor de efecto de  $-.1$  y  $-.06$  respectivamente. En la comparación de CBT con la EFT los autores reportan que la segunda parece ser estadística y clínicamente más efectiva con un valor de efecto de  $.53$ . Sin embargo, controlando la parcialidad de los investigadores se disminuye a  $.21$ . Comparando otras propuesta humanistas se las reconoce estadísticamente como trivialmente peores que la CBT.

Dentro de la gama de terapias humanistas se encuentran diferentes propuestas, por ejemplo, terapias como la Gestalt, la EFT, y la FOT emplean métodos más guiados que ofrecen al cliente diferentes formas de trabajar en la sesión en distintos momentos; mientras que terapias como la PCT o las de apoyo son menos guiadas. En estas comparaciones específicas de las terapias humanistas experienciales, revisando la diferencia entre procesos más guiados y los menos guiados, Elliott y col. (2013) reportan que la diferencia de efectividad son similares pero no consistentes en donde las guiadas son ligeramente más efectivas. También, encuentran que las terapias menos guiadas son trivialmente peores que la CBT, mientras que los enfoques con más guía son equivalentes a la CBT.

Ahora, sumergiéndonos en las comparaciones con poblaciones específicas la evidencia es basta pero muy controversial. Las terapias humanistas han demostrado ser altamente efectivas según evidencia sobre depresión, problemas de relaciones,

afrontamiento de problemas médicos (e.g. HIV o cáncer), comportamiento de auto-agresión, y psicosis; la evidencia no es muy clara tratándose de ansiedad.

El campo en cual más se ha desarrollado las terapias humanistas y CBT es la depresión. Elliott y col. (2013) reportan el efecto pre-post de las terapias humanistas experienciales en un valor de 1,23; estos autores también citan a Maynard y col. (1993) quienes comparan con la lista de espera o no-tratamiento con efecto bajo-medio de ,42. Goldman (2006) y Watson (2003) (citados en Elliott y col., 2013) reportan que los resultados incluyen menos recaída de EFT comparada con la PCT, aunque también esta última ha tenido efectos medio-altos para la depresión perinatal que el tratamiento habitual, que la CBT y la terapia psicodinámica según los autores. En la comparación de la CBT con la depresión Elliott y col. (2013) reportan un valor de efecto comparativo de -,02. Leichsenring y Rabung (2008) revisan la efectividad pre-post de la terapia psicodinámica en trastornos complejos de depresión mencionando un valor de efectividad de 1,13; y sobre los síntomas psiquiátricos de 1,32.

Continuando con la efectividad en trastornos del estado de animo, Hofmann y col. (2012), en la revisión de la comparación de van Straten y col. (2010) con la lista de espera o no-tratamiento, encuentran un efecto medio sobre la depresión. Según Beltman, Oude Voshaar y Speckens (2010, citados en Hofmann y col., 2012) encuentran que la CBT es igual de efectiva que otros tratamientos psicológicos. En la comparación de Vos y col. (2004, citada en Hofmann y col., 2012) la CBT versus tratamientos farmacológicos resulta tener efectos similares en síntomas depresivos clínicos con efecto medio-alto, y Según Chan (2006, citado en Hofmann y col., 2012) la combinación de la CBT con farmacoterapia en esta condición resulta ser más efectiva que la psicoterapia sola.

En discusión a los anterior, según Teixeira y col. (2014) corroborando lo mencionado por Beck, la psicoterapia en comparación con la medicación mejora los síntomas y ayuda al cliente a desarrollar estrategias de afrontamiento sobre los mecanismos que son responsables del mantenimiento de la sintomatología. En otro trastorno del estado de ánimo como la bipolaridad, la investigación de CBT ha encontrado que es un método efectivo para prevenir y/o retrasar recaídas, sin que este efecto este influenciado por el número de episodios maniacos o depresivos previos (Cakir y Ozerdem, 2010, citados en Hofmann y col., 2012).

Teixeira y col. (2014) han analizado la evidencia de recaídas en trastornos depresivos, y encuentran que la psicoterapia tiene niveles significativamente menores de recaída que la farmacoterapia, teniendo cada uno en porcentajes 56% y 26,5% respectivamente. Mencionan que los paciente con síntomas depresivos continúan su mejoramiento a través del seguimiento sin importar el modelo recibido con un efecto principal del tiempo, sin interacción entre el tiempo y el tratamiento. El efecto retardado de la intervención con terapia narrativa (NT) (empleada también en EFT) en depresión está demostrado con los datos que los autores mencionan, en los cuales el 33% de los pacientes de NT y el 29% de CBT no presentan mejoría post-tratamiento, pero en el seguimiento de 21 meses mejoró un 31% de la muestra total. Un dato adicional interesante sobre la aplicación de terapias humanistas es que, la aplicación de técnicas de silla vacía produce mayores efectos beneficiosos al cliente, pero también produce más abandonos de terapia (Paivio y col., 2010, en Elliott y col., 2013).

En el caso de las dificultades interpersonales y de relación, que incluyen heridas emocionales, dificultades postraumáticas y/o diagnóstico formal de trastorno de estrés

postraumático, la evidencia empírica revisada por Elliott y col. (2013) indica que las terapias humanistas tienen un valor de efecto pre-post de 1,27; con un efecto levemente mayor cuando el formato es en pareja o familia con un valor de efecto 1,5. Según el autor, en comparación con la lista de espera o falta de tratamiento el efecto es bastante significativo con el valor de 1,39. La comparación con otras terapias, en su mayoría CBT, presenta evidencia de que la EFT parece ser altamente más efectiva en problemas de pareja (valor de efecto ,88) y en problemas de conflictos inconclusos o que han sufrido abuso (valor de efecto ,62); cuando esta comparación es con CBT el valor es de ,34, y en comparación con psico-educación es de ,51. Elliott y col. (2013) concluyen de estos datos que la EFT para individuos es eficaz y específica resolviendo problemas de relación, como con sobrevivientes de abuso.

En poblaciones con problemas de ansiedad, las terapias humanistas reportan un efecto promedio pre-post de ,94; mientras que uno menor es dado por los tratamientos de apoyo (valor de efecto ,66), uno más alto para la PCT (valor de efecto 1,0), y las humanistas experienciales presentan un valor de efecto 1,41 (Elliott y col., 2013). Dentro de los trastornos específicos parece haber evidencia favorable para la CBT, por ejemplo, con el trastorno de ansiedad generalizada, seis de cada nueve comparaciones apoyan a esta terapia. En el caso de trastornos de pánico con agorafobia, dos de cada seis comparaciones apoyan a la CBT sobre las humanistas, y un estudio respalda a la medicación sobre las humanistas. Elliott y col. (2013) discuten que la mayor efectividad que presenta la CBT se debería a que este tipo de condiciones requiere tratamientos más estructurados con psico-educación, mientras que la falta de dirección humanista no contribuye al proceso. Sin embargo, Newman y col. (citado en Elliott y col., 2013) comentan algunos beneficios sobre la adición de terapia humanista experiencial a la práctica de CBT sobre ansiedad,

reportando grandes efectos en el resultado pre-post con un valor de efecto de 1,86. En esta área, Leichsenring y Rabung (2008) brinda evidencia del efecto pre-post de la terapia psicodinámica con un valor de efecto de 1,13; y el impacto sobre los síntomas psiquiátricos de esta condición general es de 1,32 según los autores.

En adición a la evidencia sobre la ansiedad, Hofmann y col. (2012) también hacen algunas revisiones en donde la CBT está indicada como el primer tratamiento a considerar en estas condiciones, los autores citan a Grahmanlou (2003) que menciona los efectos de este modelo sobre síntomas secundarios como la disfuncionalidad en el sueño y la sensibilidad a la ansiedad. Gil, Carillo y Meca (2001, citados en Hofmann y col., 2012), reportan un efecto medio-alto sobre la ansiedad social, con mantenimiento en el tiempo según el seguimiento con impacto similar entre los formatos grupal e individual. La CBT parece mostrar un mejor desempeño que la psicofarmacología a largo plazo (Fedoroff & Taylor, 2001, en Hofmann y col., 2012). Sobre la ansiedad causada por fobias, según Hofmann y col. (2012) la CBT ha diseñado técnicas específicas que han demostrado efectos altos con mantenimiento a largo plazo. En la revisión sobre evidencia en trastornos de ansiedad Ruhlman y Margraf (2001, en Hofmann y col., 2012) incluyen al trastorno obsesivo compulsivo, sobre el cual la CBT ha demostrado similar efectividad que la clomipramina y los inhibidores selectivos de recaptación.

Otra condición relacionada a la ansiedad es el trastorno de estrés post-traumático, sobre el cual Bradley y col. (2005) reportan una efectividad pre-post de la psicoterapia de 1,43; en la comparación con grupo control/lista de espera reportan un valor de efecto de 1,11; y versus control de apoyo de 0,83. De estos datos los autores concluyen que no hay diferencias significativas en este ámbito a través de diversos tipos de psicoterapia que



incluyen la CBT, CBT + exposición sistemática, desensibilización y reprocesamiento por movimiento de ojos (EMDR). También agregan que el 67% de los pacientes intervenidos no recuperan los criterios diagnósticos, aun cuando es un trastorno crónico. Hofmann y col. (2012) reportan algo muy similar, pues en su revisión no encontraron diferencias en la efectividad de la CBT y la EMDR, siendo ambos superiores al tratamiento habitual, lista de espera y terapia de apoyo.

Hablando de la efectividad en afrontamiento de condiciones medicas, Spiegel, Bloom y Yalom (citados en Elliott y col., 2013) en 1981 desarrollaron una metodología de terapia humanista llamada terapia grupal expresiva de apoyo que ha sido empleada con trastornos autoinmunes, problemas gastrointestinales (como colitis y enfermedad de Crohn), paciente VIH positivo, problemas crónicos de dolor, y otras condiciones (problemas de riñones, en rehabilitación cardiaca, problemas de sueño) Analizando la evidencia empírica Elliott y col. (2013) han encontrado que esta práctica presenta un valor de efectividad de ,68 para condiciones autoinmunes, para cáncer temprano de ,55; y para cáncer temprano y tardío de ,62; en comparación general con lista de espera el valor es de ,52. En general, los datos no muestran evidencia de diferencia de impacto en estas condiciones con la aplicación de PCT, terapia de apoyo y terapia grupal expresiva de apoyo. En el caso de cáncer avanzado, las terapia humanista demuestran ser menos efectivas que la no humanistas, con un valor de efecto de ,22 y ,28 respectivamente (Elliott y col., 2013).

En adición a la información anterior sobre el afrontamiento de las condiciones medicas, Hofmann y col. (2012) revisan varias propuestas de autores, entre la cuales se menciona a Lockett, Britton, Clover y Rankin (2011, en Elliott y col., 2013) que informan

sobre efectos bajo-medios de CBT individual en comparación con educación a pacientes ginecológicos y de cáncer. También Crepaz y col. (2008, citados en Elliott y col., 2013) con su evidencia de efectos bajo-medios en el trabajo de síntomas secundarios en pacientes de VIH, por ejemplo estrés, ansiedad y reducción de ira en comparación a terapias de apoyo. Finalmente, Enck y col. (2010, en Elliott y col., 2013) que reportan que la CBT es ligeramente más efectiva que los tratamiento habituales o lista de espera en síndrome de intestino irritable.

En condiciones de psicosis, el departamento de salud del Reino Unido en el 2010 recomendó que no se emplee rutinariamente psicoterapia de apoyo a personas con esquizofrenia. Con este antecedente Elliott y col. (2013) presentan evidencia de que la CBT solo tienen una ligera ventaja de efectividad en relaciones a las intervenciones de apoyo con una diferencia valor de efecto promedio de  $-.19$ . Los autores también revelan que cuando a estas prácticas humanistas se las incluye una nueva forma de terapia PCT llamada pre-terapia la efectividad pre-post es de  $1,08$ . Hace falta más trabajo en este tipo de estudios comparando las terapias humanistas en este campo con grupos control o listas de espera. La efectividad en esta área de la terapia humanista comparada con los tratamientos habituales tiene un valor de efecto de  $,39$  a favor de la humanista. De estos datos de Chambless y Hollon (1998, citados en Elliott y col., 2013) se puede concluir que las terapias humanistas en condiciones psicóticas son potencialmente eficaces pero requieren más desarrollo de estudios sobre resultados.

Para agregar a lo mencionado arriba, Wykes y col. (2008, citados en Hofmann y col., 2012) encuentran que la CBT tiene un efecto bajo-medio en comparación con condiciones control sobre los síntomas psicóticos positivos y negativos, y efecto medio

para mejorar los resultados secundarios de los otros tratamiento (e.g. estado de animo, ansiedad social, y/o funcionamiento general). Pero Gould y col. (2001, citados en Hofmann y col., 2012) también ofrecen información sobre este tema, en donde mencionan que la efectividad de la CBT está dirigida a los síntomas positivos de la esquizofrenia (e.g. alucinaciones). Zimmerman y col. (2005, citados en Hofmann y col., 2012) agregan que las CBT al ser combinada con psicofarmacología en casos de episodio psicóticos son más efectivas que en tratamiento de casos crónicos de esquizofrenia.

Hablando acerca de efectividad de modelos de psicoterapia sobre actividades auto-destructivas, encontramos dos condiciones, el abuso de sustancias y desórdenes alimenticios. El efecto general de las terapias humanistas experienciales revisado por Elliott y col. (2013) tiene un valor de efecto pre-post de ,65; esto incluye un valor de efectividad de ,68 para abuso de sustancias, y de ,62 para desórdenes alimenticios. Cuando la comparación hecha por los autores se la realiza con grupo control o lista de espera, el efecto comparado es de ,55. En esta comparación Elliott y col. (2013) incluyen otros modelos de terapia, mayormente CBT, resultando en un valor comparativo de ,07; en la comparación exclusiva con CBT el valor es de -,03; demostrando que las terapia humanista son equivalentemente efectivas que las no-humanistas (e.g. CBT). En la evidencia respectiva a los trastornos alimenticios, Hofmann y col. (2012) mencionan que la terapia conductual ha resultado mejor que la CBT, pero comparándola con otros tratamiento (terapia interpersonal, dialéctica conductual, hipno-conductual, interpersonal y de apoyo) se ha mostrado superior sobre la bulimia nervosa. En el caso exclusivo de esta comparación con CBT sobre abuso de sustancias, los autores reportan un valor comparativo de ,16. De esta evidencia los autores concluyen que las terapias humanistas

sobre abuso de sustancias son más eficaces que la falta de intervención, y equivalente o superior a los tratamientos estandarizados como la CBT.

A diferencia a lo expuesto antes, Hofmann y col. (2012) reportan información sobre la efectividad comparada de la CBT, que indica que en los trastornos de abuso de sustancia este modelo es más eficaz múltiples sesiones que en una sola, pero el efecto en general es menos significativo comparándola con intervenciones psicosociales como administración de contingencia, prevención de recaídas, enfoques motivacionales. García-Vera y Sanz (2006, citados en Hofmann y col., 2012) mencionan que los tratamientos de rutina por ejemplo el remplazo de nicotina, no son más efectivos que la CBT pero cuando combinan dan mejores resultados; estos tratamientos combinado no necesariamente son farmacológicos, pueden incluir intervenciones breves, pues su efecto es mejor que cuando se los combina con terapias farmacológicas.

Abarcando el tema de los trastornos de personalidad, Kirchmann y col. (2011) los describen como patrones cognitivos, afectos relacionales que son disfuncionales y pervasivos afectando al control de los impulso que merecen ser analizados a profundidad. Leichsenring y Rabung (2008) explican que los trastornos de personalidad son generalmente comunes en poblaciones clínicas, en la mayoría de estos casos en comorbilidad con diagnósticos del Eje I conllevando dificultades funcionales. Según esto, Hofmann y col. (2012) citan a Leichsentirng y Leibing (2003) que han reportado mayores efectos de la terapia psicodinámica que de la CBT. Kirchmann y col. (2011) reportan una efectividad en esta área de la CBT de 1,0; en comparación con lista de espera o no-tratamiento el efecto comparativo es de 0,81. Los mismo autores anteriores mencionan que la combinación de terapia psicodinámica con CBT produce un efecto de 0,79. Leichsenring

y Rabung (2008) reportan una efectividad de la terapia psicodinámica de 1,16 en los trastornos de personalidad, con un valor sobre los síntomas psiquiátricos de la condición de ,89.

Vale la pena recolectar algunas de las recomendaciones expuesta por Elliott y col. (2013) sobre la futura investigación en terapia, entre las cuales menciona que los estudios deberán orientarse hacia poblaciones específicas, pero sobre todo a casos más particulares de los mismos, por ejemplo diferentes modalidad de trastornos, tipos de ansiedad, psicosis, más condiciones médicas, variaciones de tipos de trastornos alimenticios. Las terapias existenciales deben perder el miedo a la investigación cuantitativa pues es el camino hacia evidencia sobre efectividad que abrirá paso a su aceptación en ambientes más clínicos, salud pública y consideraciones por las aseguradoras. Otra de las limitaciones de la investigación actual de efectividad, según Teixeira y col. (2014) es su falta de diseños a largo plazo, los seguimientos son a lo mucho hasta un año después de terminada la intervención, con un promedio de seguimiento de 5,6 meses; de manera similar, los estudios no cuentan con control sobre la remisión espontanea del trastorno.

Para finalizar, la investigación debe ser alimentada con nuevas formas metodológicas, variar entre cuantitativa y cualitativa, en grupo o individual, que den información sobre el cambio terapéutico, efectividad y eficacia. Kirchmann y col. (2011) mencionan que una de las falencias actuales de la investigación de efectividad de psicoterapia es que no se han consideradora como factores predictores de resultado las cualidad específicas de cada paciente; si se consigue esta información sería posible que el sistema de salud puede asignar tratamientos específicos o más efectivos para cada tipo de

paciente. Tomando en consideración este último enunciado, en el presente trabajo se tratara de considerar estas variables.

### **Tema 3. Test para procesos de psicoterapia.**

#### ***Symptoms Checklist 90***

El malestar psicológico se ha constituido como uno de los factores más influyentes en la disminución de la calidad de vida de las poblaciones. En la atención de cuidado primario de salud, entre un 20% y 36% de los casos tienen presencia de trastornos mentales, y esto ha impulsado a que más pacientes con estas condiciones sean atendidos en este sector de salud pública, es lo que comenta Schmitz, Kruse, Heckrath, Alberti, y Tress (1999). Según los autores, la mayoría de estos paciente asisten por presentar sintomatología somática, sugiriendo la presencia de pocos indicios de condiciones psicológicas visibles pero con influencia en las quejas fisiológicas. Dado este fenómeno los inventarios de sintomatología a modo auto-reporte se han vuelto de uso común entre los clínicos y los investigadores de la salud para poder recopilar información acerca del los estados mentales de los pacientes en general.

Adicionalmente, como argumenta Schmitz y col. (2000) la ventaja de estos instrumentos es que la información no está basada en estándares clínicos, sino que viene directamente del paciente reflejando de manera más acertada su percepción personal del malestar que le aqueja, por lo cual se han constituido como dispositivos de análisis sintomático psicopatológico, pero aun más como útiles métodos para monitorear la calidad de las intervenciones de salud. El autor menciona que también se las debería emplear para

realizar una evaluación superficial de procesos psicológicos individuales que pueden tener un impacto en el curso y resultado del tratamiento.

El *Symptoms Checklist 90* (SCL90), según explica Hafkenscheid, Maassen, & Veeninga (2007), es uno de los instrumentos de medición diagnóstica y evaluativa multidimensional más utilizados en cuidado de salud mental que contiene una gran gama de síntomas psiquiátricos y psicosomáticos con relevancia clínica distinguiéndose por la contención de *clusters* independientes según el área evaluada. Los *clusters* que contiene el cuestionario son: síntomas somáticos (SOM), síntomas obsesivos-compulsivos (OBS), sensibilidad interpersonal (SI), depresión (DEP), ansiedad (ANS), hostilidad (HOS), ansiedad fóbica (FOB), ideación paranoide (PAR), síntomas psicóticos (PSIC). Al ser un instrumento de auto-reporte, puede ser empleado en una diversidad de trastornos mentales que contengan síntomas subjetivos difusos (Prinz y col., 2013). La constitución de esta herramienta se compone de 90 ítems que son calificados por el participante en una escala de malestar modo Likert de cinco puntos, que va desde “nada” (valor 0) hasta “mucho” (valor 4) poniendo atención a su presencia en los últimos 7 días.

Del análisis de tus respuesta se obtiene tres índices globales, el primero es el Índice de Severidad Global (GSI), el segundo es el Total de Síntomas Positivos (PST), y el tercero es el Índice de Malestar de Síntomas Positivos (PSDI) (Schmitz y col., 2000). De lo que reportan Ortiz, Moral, Ciccotelli, y del Barrio (2003) el cuestionario en general y cada escala a obtenido coeficientes de fiabilidad entre 0,7 y 0,9; y sus escalas presentan sensibilidades elevadas, por ejemplo la escala de depresión tiene sensibilidad del 80% y especificidad del 60%; aunque problemas se han encontrado al tratar de discriminar entre grupos de diagnostico.

A partir de este cuestionario y su contenido se ha desarrollado una variedad de cuestionarios similares o versiones del mismo, entre las cuales se encuentra su versión revisada (SCL-90-R), una versión corta (SCL-90-S), el SCL-10S, el SCL-27, el SCL-14, y algunos otros con modificaciones estructurales de los factores como el *Brief Symptom Inventory* (BSI-53), el *Brief Symptom Inventory-18* (BSI-18), también una versión de revisión general de factores de severidad como el SCL-K-9.

La versión corta del SCL90 ha sido analizada por Prinz y col. (2013) y no se ha encontrado una diferencia significativa en sus consistencias internas y si una correlación alta en sus puntajes, concluyendo que los valores de severidad de síntomas de la versión completa son comparables a su versión reducida y a pesar de la disminución de reactivos no existe una pérdida sustancial de información, pero si representando en su versión corta una disminución en costos y en tiempo.

Al ser una herramienta extendida en el ámbito clínico, ha sido empleada en investigación en búsqueda de correlación demográficas o clínicas. Uno de los hallazgos es que las mujeres parecen reportar puntajes más elevados que los hombres en las escalas de índice global (Schmitz y col., 1999). Esto es corroborado por el análisis de variabilidad factorial según la muestra y variables sociales realizado por Fernández-Gómez y Beita-Fernández (2001, citado por Ortiz y col., 2003), en donde las mujeres puntúan alto en todas las escalas menos en hostilidad, ansiedad fóbica y psicoticismo. En contraste, según Hafkenscheid (1993, citado en Ortiz y col., 2003), la edad no ha sido encontrada como un factor influyente.

También se han desarrollado usos más extensos de los comprendidos en su origen, por ejemplo, actualmente se lo puede emplear para evaluar perturbaciones severas de las



personalidad con una sensibilidad de 89,4%, pero no para trastornos de personalidad (Starcevic, Bogojevic, & Marinkovic, 2000). Esta aplicación se la ha empleado principalmente en pacientes con trastornos del estado de ánimo y ansiedad, aunque todavía debe ser verificado por posibles falsos negativos y falsos positivos aunque con una probabilidad baja. Ortiz y col. (2003) reportan una coincidencia diagnóstica de 74,2% con depresión y de 25% con ansiedad, además de una correlación de 0,69 con el Inventario de Depresión de Beck (BDI).

En ansiedad, por ejemplo, Buller y col. (citados en Kennedy, Morris, Pedley, y Schwab, 2001) han encontrado que se puede emplear algunas de las escalas del SCL90 para distinguir entre las variación de este trastorno, así las personas con trastorno de pánico y agorafobia tienen puntajes más altos en la escala de ideación paranoide que aquellos individuos sin agorafobia. De manera similar a la anterior, Noyes y col. (citados en Kennedy, Morris, Pedley, y Schwab, 2001) reportan que los pacientes con trastorno de pánico con intentos de suicidio presentan puntajes más elevados en la sub-escala indicada que aquellos sin estos intentos.

Además de esta evidencia clínica, Schauenburg y Strack (1999) señalan que se ha empleado el SCL90 como un instrumentos de medición post-tratamiento para evaluar si el cliente se ha movido en dirección hacia la recuperación con la aplicación de psicoterapia, constituyéndose una evidencia en primer lugar valiosa para el cliente, en segundo lugar el terapeuta, y en tercer lugar para la institución involucrada o la investigación. Para poder alcanzar esta metodología, los autores resalta la comprensión de dos términos demasiado importantes en la investigación que debe ser manejados con suma cautela. El primero de estos es el cambio estadísticamente significativo, empleado por muchos estudio, mismo

que por si solo no implica que se haya alcanzado un criterio de mejoría durante psicoterapia sino simplemente numéricamente. Mientras que, el segundo termino es el de cambio clínicamente significativo, que si involucra que los síntomas del clientes por los cuales acudió en búsqueda de ayuda han alcanzado una severidad que permite un funcionamiento aceptable y cómodo para la persona. La población funcional está definida por la distancia de al menos dos desviaciones estándar del promedio de la población normativa (Schauenburg & Strack, 1999).

Un claro ejemplo de lo mencionado antes es el de Kennedy, Morris, Pedley, y Schwab (2001) que citan a Turner y col. que han encontrado posterior al tratamiento de pacientes con trastornos obsesivo compulsivo que presentan puntajes significativamente menores que antes del tratamiento. Otras investigaciones como la de Agosti y col. (citados en Kennedy, Morris, Pedley, y Schwab, 2001) con pacientes de trastornos depresivos puntúan más alto en todas las sub-escalas del cuestionario que las personas control con evaluaciones psiquiátricas promedio; pero después de 6 semanas de tratamiento con antidepresivos no se encuentran diferencias.

El SCL90 no está diseñado como un instrumento de diagnostico, aun así se han encontrado correlaciones entre los trastornos y las escalas del inventario. Por ejemplo, Kennedy, Morris, Pedley, y Schwab (2001) reportan que las personas con depresión mayor presentan resultados más altos en la escala de depresión; en trastorno de pánico se presentan más altas las escalas de ansiedad y somatización; con trastornos de ansiedad generalizada resaltan las escalas de ansiedad y somatización; en presencia de fobia social se eleva la escala de ansiedad; en el caso de trastorno obsesivo compulsivo se incrementa los resultados de la escala indicada; en ansiedad y depresión mixta se eleva la escala de

ansiedad y depresión; y en comparación con el grupo control, todas las condiciones presentadas tiene una escala general de síntomas más elevada.

***Working Alliance Inventory.***

La alianza terapéutica, como desarrollan Hafkenscheid, Maassen, y Veeninga (2007), es un concepto originado en las teorías psicoanalíticas, empezando por Freud, incluyendo a Greenson y Zetzel, y en casi todas ellas se la relaciona de manera muy estrecha al resultado de terapia. Freud se refería a este proceso como la importancia del interés por parte del analista con una actitud positiva hacia el paciente para que desarrollaran una relación saludable, bastante ligado a la transferencia (Corbella & Botella, 2003). Después, Ztzel desenlazo la transferencia de la alianza, formulando que esta última constituía la parte no neurótica de la relación que permite la introspección distinguiendo la experiencia actual de la pasada. Hafkenscheid, Maassen, y Veeninga (2007) mencionan también que la evidencia actualmente irrefutable de este postulado es que no se ha logrado encontrar una diferencia significativa de efectividad entre los distintos modelos de terapia más empleados, por lo tanto la investigación ha tendido a buscar factores comunes entre todas ellas, y el más relevante es la alianza terapéutica.

Por lo tanto, confirmando lo expuesto por Safran y Muran (1995, citados en Hafkenscheid, Maassen, y Veeninga, 2007) la calidad de la alianza terapéutica es mucho más importante que el tipo de tratamiento prediciendo el resultado del mismo. Los autores coinciden en afirmar que hasta la actualidad no se ha podido acordar en un concepto único sobre este factor. Aun así, una breve reseña que será continuamente alimentada en los siguiente párrafos es la que ofrece Gelso y Carter, definiéndola como “los sentimientos y

actitudes que cada uno de los participantes tiene hacia el otro y manera en que estos son expresados” (1985, citados en Corbella y col., 2011, p. 298).

La relación terapéutica, y especialmente la alianza que yace en ella, hoy en día se han vuelto un pilar prácticamente todos los enfoques psicológicos terapéuticos, incluyendo a las prácticas psicodinámicas, las concepciones cognitivas, procesos interpersonales, funciones eclécticas, terapias experienciales y hasta las conductuales; sin dejar de lado las modalidades de terapia, entre las cuales se hallan las individuales, las grupales y las familiares/sistémicas (Corbella & Botella, 2003).

Para Hafkenscheid, Maassen, y Veeninga (2007), existen algunos autores que representan la alianza terapéutica como un solo constructo, como Sterba y Zetzel; mientras que otros lo hacen hipotetizando como diversas dimensiones independientes, como Bordin y Luborsky. En definitiva, aunque se lo llame con distintos nombre, como por empleo, alianza terapéutica, alianza de trabajo, vínculo terapéutico, alianza de ayuda; todos coinciden en que es importante e influyente en la psicoterapia. Y, para su medición se ha desarrollado una enorme variedad de instrumentos que parecen estar bastante correlacionados, según. A continuación se presenta una breve revisión de algunos de ellos.

Entre las herramientas de evaluación de la alianza terapéutica mencionado por Hafkenscheid, Maassen, y Veeninga (2007) se encuentran las Escalas Pennsylvania (*Penn scales*) de la Universidad de Pennsylvania, basadas en dos conceptos, el tipo 1 evalúa la percepción del cliente de que el terapeuta le provee la ayuda que requiere, y el tipo 2 la experiencia de que el tratamiento está siendo un proceso conjunto. Entre estas se incluye la *Helping Alliance Counting Signs method* (HACs), la *Penn Helping Alliance Rating Method* (HAR), y la *Helping Alliance Questionnaire Method* (HAQ). Después se hallan la Escalas

Vanderbilt, de la Universidad Vanderbilt, que evalúan actitudes y comportamiento del cliente y del terapeuta que se espera faciliten el proceso de terapia, la más conocida de ellas es la *Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale* (VTAS) y el *Benjamin's Structural Analysis of Social Behavior System* (SASB). También encontramos las Escalas Toronto, de la Universidad de Toronto, de las cuales la que más sobresale es la *Therapeutic Alliance Rating Scale* (TRAS). Entre las últimas están las Escalas California, como el *California TARS* (CALTARS) y el *California Psychotherapy Alliance Scales* (CALPAS). Por último las *Therapeutic Bond Scales*, que miden la alianza terapéutica, la resonancia empática, y la afirmación mutua.

Adicionalmente a las mencionadas, se ha extraído en este párrafo al *Working Alliance Inventory* (WAI) por ser motivo de discusión más profunda como herramienta de esta investigación. Según explica Hafkenscheid, Maassen, y Veeninga (2007), este instrumento está basado en el modelo integrativo de alianza de Bordin en 1979, y fue desarrollada por Horvath y Greenberg entre 1986 y 1989. Esta diseñada para poder ser aplicada en cualquier tipo de terapia y se encuentra en dos versiones: terapeuta y cliente. Tiene un total de 36 ítems que son calificados en una escala de siete puntos, que va desde “nunca” (1) hasta “siempre” (7). Es capaz de desarrollar la alianza medida en tres componentes de 12 reactivos cada uno, estos son: Tarea, Objetivos, Vinculo (Corbella y col., 2011). Tiene una confiabilidad medida por sus creadores de entre 0,85 y 0,93; según Corbella y col. (2011) es de 0,93 en la versión cliente y de 0,87 en la versión terapeuta, en la consistencia de sus tres componente la reportan de 0,90; 0,88; y 0,91 respectivamente.

Este inventario original fue acortado a una versión de 12 ítems (WAI-S) por Tracey y Kokotovic que mantiene la tres escalas con cada uno formada por 4 reactivos, por lo que

si puntuación total varía entre 12 y 84. Según Corbella y col. (2011) esta versión tiene una alfa de Cronbach de 0,98 en su versión cliente y de 0,95 en su versión terapeuta; una consistencia interna de 0,90; 0,84; 0,88 en sus componentes respectivamente. Mientras que Tichenor y Hill lo adaptaron a una versión observador para que pudiera ser utilizada en investigación incrementando la confiabilidad (Andrusyna y col., 2001).

Para poder comprender mejor las bases de este cuestionario se explicará la teoría propuesta por Bordin. Andrusyna y col. (2001) explican que Bordin definió la alianza terapéutica consistente en tres componentes: el primero es la concordancia de objetivos entre el cliente y el terapeuta, que según Corbella y col. (2011) también debe haber entendimiento sobre la relevancia para sentirse identificado con ellos; la segunda es el acuerdo entre el cliente y el terapeuta de cómo conseguir estas metas, que según Corbella y col. (2011) involucra las tareas racionales y alcanzables que sea percibidas como relativas a las metas; y la tercera es el desarrollo de vínculo entre el cliente y el terapeuta, que según Corbella y col. (2011) también debe ser susceptible de percepción basándose en confianza, entendimiento y dedicación mutua. Dada esta concepción, el WAI ha sido ampliamente empleado en consejería, enfermería de pacientes crónicos, manejo de casos en centros comunitarios, tratamiento con clientes de adicción, trabajo social y clientes post-tratamiento según Guédeney, Fermanian, Curt, & Bifulco (2005). Además, estos autores han encontrado que los resultados del WAI aun en un estudio controlado varían significativamente entre profesionales, por lo cual se puede inferir la importante contribución del terapeuta en el desarrollo de la alianza terapéutica y la unicidad de esta relación.

Enlazando esto con la psicoterapia, la efectividad de la terapia tiene muchas variables e influencia de una gran gama de posibilidades, Rogers ya planteo dentro de sus postulados de efectividad la importancia de crear y mantener las condiciones terapeutas necesarias para el cambio, dentro de estas una de las más importantes condiciones es la relación terapéutica. En la actualidad la investigación sobre este postulado ha tomado mucha fuerza sin importar el modelo de terapia que se emplee. Elliott y col. (2013) mencionan algunos de los investigadores en este campo, entre ellos se encuentra Bohart, Elliott, Watson y Greenberg en el ámbito de la empatía, Faber y Doolin sobre la afirmación y aceptación positiva, Kolden, Klein, Wang, y Austin revisan la congruencia o genuinidad, Horvath, Del Re, Flückiger y Symonds analizan la alianza terapéutica en general. Todos estos autores tienen algo en común, y es su convicción de que la empatía del terapeuta es demostrablemente efectiva, la aceptación positiva es probablemente efectiva, la congruencia o genuinidad es prometedora de resultado pero requiere más evidencia (Elliott y col., 2013).

Sobre lo mencionado arriba, Hafkenscheid, Maassen, y Veeniga (2007) presentan evidencia empírica, en la cual la correlación entre la alianza terapéutica y el resultado de la terapia es de 0,22; por lo tanto investigación más avanzada podría dar información explicitaría de la relación entre la alianza y el cambio. Estos datos avalan el postulado propuesto por Henry y col. (citados en Hafkenscheid, Maassen, y Veeniga, 2007), de que la terapia constituye una intervención por si sola, aunque también puede tener un efecto indirecto en la interacción con otras intervenciones. Por ejemplo, según Solomon y col. (1995, citados en Goldberg, Rollins, & McNary, 2004), la relación terapéutica tiene una relación no solo con el resultado de terapia, sino también con la calidad de vida, la

reducción de síntomas, y percepciones más favorables por parte del cliente sobre la medicación y el tratamiento de salud mental.

En relación con la investigación de efectividad, la investigación cuantitativa actual se ha visto en la necesidad de ser complementada con la investigación cualitativa.

Moerman y McLeod (citados en Elliott y col., 2013) mencionan que los clientes tienden a evaluar las intervenciones del terapeuta en relación a la compatibilidad percibida con los planes que tiene el cliente y las estrategias aplicadas en la sesión, pero, cuando no existe esta sensación los clientes no tienen en su gran mayoría intenciones de confrontar al terapeuta y prefieren tolerar las fallas y malentendido en vez de enfrentarlos para mejorar la efectividad del servicio que están recibiendo.

Continuando con el anterior, Hafkenscheid, Maassen, y Veeninga (2007) también indican que los clientes tienden a reportar una alianza terapéutica más estable, mientras que los terapeutas y observadores más cambios a través del tiempo. Esto podría deberse a que los clientes suelen evaluar la alianza al finalizar la intervención según la evaluación que hayan hecho al inicio, por lo tanto un terapeuta debe ser lo suficientemente hábil como para establecer una alianza positiva en estadios tempranos del contacto. También, Horvath y Luborsky (1993, citados en Corbella y col., 2011) mencionan que la alianza terapéutica es un mejor predictor de efectividad del resultado final de la terapia cuando es medido al inicio del proceso y no en fase avanzada o final, y aconsejan mediarle hasta las 6 primeras sesiones pudiendo explicar así hasta un 30% del cambio posterior a la intervención.

Pero, Andrusyna y col. (2001) expone que la metodología de investigación actual podría estar sesgada ante la concepción de la alianza, porque al ser algo más compleja de lo que se asume. Parece ser difícil diferenciar si es la alianza la que provoca resultado en



terapia, o es el resultado lo que provoca alianza. Los autores citan a DeRubeins y Feeley, que argumentan que empíricamente la alianza no predice resultados en CBT y que la relación sería resultado de la influencia del resultado de terapia sobre la alianza, aun cuando Raue y Goldfied persisten en la idea de que el éxito de la CBT depende de la relación que vinculo cliente-terapeuta.

De manera similar a estos últimos, Henry y Strupp (citados en Corbella & Botella, 2003) encontraron en su muestra meta-analítica, que el 66% de estudios revisado relacionan la alianza con el resultado de terapia, entre estos la mayoría era de modelos eclécticos y cognitivos. Por otro lado, Andrusyna y col. (2001) postulan que en la CBT, los factores de objetivos y terea que mide el WAI constituirían un solo factor, y el vinculo sería un factor independiente. De manera distinta, Corbella y col. (2011) sugieren que es la alianza terapéutica es un constructo más unificado.

También en contraposición a todo lo descrito anteriormente, evidencia que brinda Goldman, Greenberg y Pos (2005, citados en Elliott y col., 2013) sugiere que el aumento de la experiencia desde estadios tempranos de terapia hasta los más tardíos es un predictor de resultado aun más fuerte que la alianza terapéutica. Esta experiencia o experimentación incluye una exploración más profunda por parte del cliente, refiriéndose a sus emociones actuales más frecuentemente, mantener un enfoque orientación hacia su interior, examinar y reflexionar las experiencia vivida con tendencia a la creación de significado generando así nuevas posibilidades de resolver los problemas de manera significativa.

Aun así, Hafkenscheid, Maassen, y Veeninga (2007) concluyen de su investigación que el WAI es una herramienta potente y apropiada para realizar investigación sobre el área de la alianza y verificar el postulado de Goldman, Greenberg y Pos.



## **METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

La presente investigación se constituye como un estudio clínico de efectividad que empleará un método con enfoque cuantitativo, basado en la revisión de la información individual de la base de datos e historiales de clientes del servicio de consultas psicológicas. El alcance de la investigación a realizar es correlacional, buscando la relación entre la aplicación de la psicoterapia y el cambio en la sintomatología. Y el diseño de la investigación es análisis Pre-Post, dado que se revisara el cambio en dos momentos del seguimiento longitudinal de los clientes.

### **Justificación de la metodología seleccionada**

La metodología de investigación con enfoque cuantitativo comprende un plan de medición de variables en un determinado contexto, además de un análisis de las mediciones resultantes con herramientas estadísticas. Se basa en un planteamiento delimitado y concreto del problema, implica recolección de datos dependiente de las mediciones que se llevarán a cabo con la información numérica, busca predecir y generalizar resultados para su posterior replicación (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010). El objetivo fundamental de este método es el de crear y demostrar teorías mediante reglas lógicas basadas en estándares de validez y confiabilidad (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010). Puede incluir también la formulación de expresiones lógicas y causales (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010). Por consiguiente, no se fundamenta en una realidad interna subjetiva de las experiencias personales, sino en una realidad objetiva, externa e independiente (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010). Dado lo explicado, en el presente trabajo las mediciones de las experiencias individuales de los clientes son tomadas de una manera numérica mediante los test aplicados y posteriormente tabuladas.

El enfoque correlacional que tiene el estudio pretende conocer la relación y/o asociación entre las variables y condiciones dentro del contexto a estudiar (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010), por lo tanto intenta predecir el comportamiento de una cualidad en relación al estado o modificación de otra condición, pudiendo ser esta asociación positiva o negativa (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010). En el caso actual se intenta predecir el cambio de sintomatología en los clientes mediante la intervención, así como encontrar predictores de efectividad de las intervenciones dentro de las demás variables tanto del cliente como del terapeuta, así como dentro de la misma intervención.

En el diseño de la investigación es un análisis Pre-Post. En el estudio actual se revisara el cambio de sintomatología en dos periodos de tiempo; el primero es desde el momento en el que se solicita el servicio y entra a la lista de espera (WL) hasta que se lo atiende en consulta por primera ocasión (Pre); y el segundo periodo es desde que se lo atiende por primera vez en consulta (Pre) hasta que se lo atiende por última vez en consulta (Post).

### **Herramienta de investigación utilizada**

En el presente trabajo se emplea, adicionalmente a la información demográfica constante en las carpetas de records de los clientes del servicio de consultas psicológicas, dos test que han sido administrados de manera estandarizada con cada cliente por cada terapeuta que los atendió.

El primer test que consta es el *Symptoms Checklist 90* (SCL-90) desarrollado por Leonard R. Derogatis en 1973, considerándose uno de los instrumentos de medición, diagnóstico, y evaluación más frecuentemente utilizados en cuidado de salud mental

(Hafkenscheid, Maassen, & Veeninga, 2007). Esta herramienta contiene una amplia gama de síntomas clínicos psiquiátricos y psicológicos relevantes convirtiéndose en un inventario distinguido clínicamente con agrupaciones independientes de tipos de quejas y sintomatologías, entre las cuales se pueden diferenciar la somatización, síntomas obsesivos-compulsivos, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, síntomas psicóticos y problemas de sueño (Hafkenscheid, Maassen, & Veeninga, 2007). Existe una versión revisada de este cuestionario, pero en el presente trabajo se empleará solamente la versión clásica debido a que es la que ha sido aplicada desde el inicio del servicios de las consultas psicológicas hasta la actualidad. En el caso de este cuestionario por motivos objetivos se utilizara como cifra útil el dato de Índice Global de Sintomatología (IGS) que aparece en la plantilla de calificación. Para ojear el cuestionario dirigirse al Anexo A.

El segundo test que se empleó es el *Working Alliance Inventory* (WAI) desarrollado por Horvath y Greenberg en 1986, que es un cuestionario para medir la alianza terapéutica. Se enfoca en medir tres áreas principales relacionadas con el concepto de alianza terapéutica descrito por Bordin en 1979, estas tres áreas son 1) la concordancia entre el cliente y el terapeuta sobre los objetivos o metas del proceso terapéutico, 2) la percepción compartida de que las tareas son racionales y alcanzables, así como en beneficio del paciente relacionadas con los objetivos, y 3) la sensación de vínculo entre el cliente y el terapeuta (Corbella, Botella, Gómez, & Herrero, 2011). Esta escala consta de 3 sub-escalas que miden en niveles diferenciados las tres áreas mencionadas anteriormente, a través de 36 reactivos en total que son calificados en auto-reporte con una escala de Likert de 7 puntos (Corbella, Botella, Gómez, & Herrero, 2011). Adicionalmente, los desarrolladores de esta escala brindan dos versiones, la primera es para auto-reporte por parte del cliente y

la segunda para auto-reporte por parte del terapeuta. La validez que brinda este tipo de test es realmente alta, la versión inglesa que es la más difundida tiene un consistencia interna de .93, y en sus sub-escalas, .9; .88 y .91 respectivamente (Corbella y col., 2011). Existe también una versión corta llamada *Working Alliance Inventory-Short* (WAI-S) desarrollada por Tracey y Kokotovic en 1989 que consta de 12 reactivos que se puntúa en un total entre 12 y 84 puntos totales de calificación (Corbella y col., 2011). En el presente trabajo solo se empleará la versión original completa en su versión de auto-reporte cliente que es la que consta en gran mayoría en los historiales de la base de datos del servicio de consultas psicológicas. En el caso de este cuestionario por motivos objetivos se utilizara como cifra útil el dato de la Sumatoria Total Global que parece en la plantilla de calificación. Para ojear el cuestionario dirigirse al Anexo B.

Finalmente, la información demográfica y de los participantes que también serán considerados como datos de investigación ha sido recaudados y almacenados en una hoja de calculo digital de datos creada en el servicio de almacenamiento en la nube *Drive* de Google, misma que ha sido actualizada constantemente con información a través del transcurso del servicio de las consultas.

## **Descripción de participantes**

### **Número, género y edad de los participantes.**

En el presente estudio se empleará distinto número de participantes para responder a cada hipótesis de investigación. Esto se debe a que en la base de datos disponible hay un bajo número de individuos con información completa, pero hay un alto número de individuos que tienen la información incompleta en distintas categorías y por lo tanto

entran en los criterios de inclusión de la población de una hipótesis pero no de otra. Dada esta circunstancia, a continuación se indica el número de participantes para cada hipótesis.

H1: Con un total de 51 participantes, entre ellos 20 hombres (39%) y 31 mujeres (61%). Con un rango de edad comprendido entre 11 y 45 años de edad, con una edad promedio de 22 años.

H2: Con un total de 152 participantes, entre ellos 50 hombres (33%) y 102 mujeres (67%). Con un rango de edad comprendido entre 6 y 76 años de edad, con una edad promedio de 25 años.

H3: Con un total de 161 participantes, entre ellos 55 hombres (34%) y 106 mujeres (66%). Con un rango de edad comprendido entre 6 y 76 años de edad, con una edad promedio de 26 años.

H4: Con un total de 142 participantes, entre ellos 47 hombres (33%) y 95 mujeres (67%). Con un rango de edad comprendido entre 6 y 76 años de edad, con una edad promedio de 25 años.

H5: Con un total de 118 participantes, entre ellos 37 hombres (31%) y 81 mujeres (69%). Con un rango de edad comprendido entre 6 y 76 años de edad, con una edad promedio de 25 años.

H6: Con un total de 152 participantes, entre ellos 50 hombres (33%) y 102 mujeres (67%). Con un rango de edad comprendido entre 6 y 76 años de edad, con una edad promedio de 25 años.

H7: Con un total de 161 participantes, entre ellos 55 hombres (34%) y 106 mujeres (66%). Con un rango de edad comprendido entre 6 y 76 años de edad, con una edad promedio de 26 años.

**Criterios de inclusión.**

Debido a que la base de datos contiene una lista extensa de todos los clientes que han recibido atención en el servicio de consultas psicológicas y no todos tienen toda la información, o por lo menos no la relevante para este estudio, se aplicó un criterio de inclusión único. Los individuos registrados en la base de datos que fueron incluidos en este estudio son aquellos que tenían información de por lo menos dos SCL90, ya sean estos WL-Pre (lista de espera-pre intervención), o Pre-Post (pre intervención-post intervención). Por el contrario, se excluyó a los individuos de la base de datos original que no poseían estos dos cuestionarios o resultados de los mismos como mínimo; y también los datos de aquellos clientes que habían sido atendidos por una segunda ocasión por un nuevo terapeuta pues esto constituiría un segundo impacto de terapia.

**Nivel socioeconómico.**

Este es un criterio sobre el cual no se posee información. No constan datos sobre el nivel socioeconómico de los participantes comprendidos en la base de datos ni en los historiales de clientes del servicio de consultas psicológicas debido a que no es un dato que ha sido preguntado en este contexto en ningún momento de su historia hasta la fecha. Posteriormente se planea preguntar este dato a los futuros clientes por modificaciones en el valor comentario del servicio. Se podría presumir que la mayoría de la muestra pertenece a un nivel socio-económico medio-bajo o bajo debido a que el servicio de consultas psicológicas hasta el momento de la toma de base de datos fue de costo gratuito; pero esto es una sugerencia que no se puede generalizar debido a que también hay la asistencia de estudiantes de la misma institución académica que pertenece a un nivel socio-económico



alto. Se recomienda no tomar ninguna de las menciones anteriores en este apartado como completamente cierta.

### **Características especiales relacionadas con el estudio.**

Esta es una cualidad importante de destacar sobre la población y la muestra con la cual se va a realizar el análisis de datos debido a que al ser información obtenida del servicio de consultas psicológicas de la Universidad San Francisco de Quito constituyen una población que ha solicitado a un servicio de salud mental por problemas personales que impactan en su funcionalidad cotidiana en busca de un crecimiento personal.

Dentro de la población en revisión encontramos dos variables, sexo (mujeres y hombres) y edad (adolescentes de 18 años o menos, y adultos de 19 años o más). El promedio de síntomas de acuerdo al SCL90 según estas variables es: para las mujeres adolescentes (N=6 ; WL-IGS=1,33 ; Pre-IGS=1,51), para los hombres adolescentes (N=3 ; WL-IGS=1,16 ; Pre-IGS=1,06) , para las mujeres adultas (N=25 ; WL-IGS=1,49 ; Pre-IGS=1,40), para los hombres adultos (N=17 ; WL-IGS=1,32 ; Pre-IGS=1,15).

Otra de las consideraciones especiales que se debe recalcar en la muestra empleada es el promedio de día que han permanecido en cada periodo del proceso de atención. La muestra de 51 clientes que se analiza para la hipótesis 1 ha trascurrido un tiempo de espera promedio de 82,77 días (DS=106,4), y en un periodo promedio en terapia de 73,70 días (DS=39,6), con un promedio de 10 (DS=4) sesiones de psicoterapia.

Adicionalmente, el hecho de que el servicio sea brindado dentro de un contexto académico determinara también características especiales de los participantes que no son caso del estudio presente pero que se deberían considerar al momento de juzgar las conclusiones como generalizables o no.

## **Fuentes y recolección de datos**

La información que se utilizará para la investigación presente será tomada de una base de datos con información demográfica, personalidad, administrativa-logística y clínica que ha sido recopilada por la asistencia del Servicio de Consultas Sicológicas del Departamento de Sicolología de la Universidad San Francisco de Quito desde el año 2009, fecha en la que se estableció e inicio ofreciendo al público el servicio. Esta información es adquirida desde el primer contacto que tiene un cliente con el centro de atención (principalmente datos personales y demográficos), así como durante el tiempo de intervención (sumándose aquí los test empleados en el estudio actual, incluyéndose el SCL90 que se toma en la última sesión), y también durante la finalización del proceso y seguimiento (test de seguimiento clínico y satisfacción de sesión). De esta basta gama de información contenido en la base de datos se procesó y tabuló solamente la información con relevancia para los objetivos y comprobación de hipótesis contenidas en esta investigación.

Para información adicional, esta base de datos está almacenada en un documento de hoja de calculo digital en el servicio de almacenamiento en la nube *Drive* de Google. Posteriormente esta base de datos fue reorganizada y distribuida según las necesidades en una hoja de calculo digital en formato *.xls* para programa Microsoft Excel para OSX de Mac.

## ANÁLISIS DE DATOS

### Detalles del análisis

La base de datos fue procesada y reorganizada de acuerdo a las necesidades de la investigación presente, esto incluye la separación de los participante de acuerdo a la información disponibles de cada uno de ellos en micro-bases de datos. Posterior a este procesamiento se realizaron los análisis estadísticos utilizando el programa Minitab 14 instalado en un computadora de la USFQ con sistema operativo Windows Seven (7). Para cada operación estadística, así como para las interpretaciones de los resultados cuantitativos, se siguió los procedimiento y pasos indicados en el “Manual de Investigación del Comportamiento con Aplicaciones para el Programa Estadísticos Minitab” desarrollado por la profesora y coordinadora del Departamento de Sicología de la USFQ, Teresa Borja *Ph.D.*.

Vale la pena recordar que como se indico en el capítulo 3 de este trabajo, en el caso del SCL90 se está utilizando como cifra útil el dato de Índice Global de Sintomatología (IGS), mientras que en el WAI se está utilizando como cifra útil la Sumatoria Total Global. A continuación se presentan los resultados obtenidos para cada hipótesis.

#### **Hipótesis 1.**

Para comprobar la hipótesis de que hay una disminución en los síntomas psicológicos presentados por los clientes desde el inicio de la intervención psicoterapéutica hasta la finalización del tratamiento, y este cambio es superior a cambios que pudieran ocurrir desde que el cliente solicita el servicio hasta que es atendido por primera vez se aplicó un *ANOVA one way*. Los resultados indican que efectivamente existe diferencia significativa entre la cantidad de sintomatología en algunos de los momentos de la

intervención ( $F=12,71$  ;  $p=0,000$ ). En la tabla 1 están los resultados del análisis Bonferroni e indica que los síntomas de los clientes permanecen mientras están en la lista de espera ( $X=1,395$ ) y son atendidos ( $X=1,308$ ), y hay disminución de síntomas después del tratamiento ( $X=1,004$ ) que es estadísticamente significativa. La tabla 2 muestra estas diferencias según las variables demográficas, siendo algunas de ellas más significativas que otras. Adicionalmente en la tabla 3 se presenta una comparación pre-post con una muestra extendida ( $N=152$ ) que en la base de datos carece de SCL-WL, así demuestra una diferencia aun más significativa estadísticamente con una mayor disminución de síntomas.

Tabla 1. (H1) Estadísticos descriptivos de SCL90-IGS en distintos momentos de la intervención

|                    | WL    | Pre    | Post   |
|--------------------|-------|--------|--------|
| Promedio SCL90-IGS | 1,395 | 1,308* | 1,004* |

Nota: \* valores con diferencia  $p=0,000$  ;  $F=12,7$  ;  $N=51$

Tabla 2. Promedios SCL90-IGS según variables demográficas de la muestra

|         |              | SCL90-IGS |        |        |
|---------|--------------|-----------|--------|--------|
|         |              | WL        | Pre    | Post   |
| Mujeres | Adolescentes | 1,33      | 1,51*  | 0,94*  |
|         | Adultas      | 1,49      | 1,40*  | 1,12*  |
| Hombres | Adolescentes | 1,16      | 1,06*  | 0,82*  |
|         | Adultos      | 1,32      | 1,15** | 0,89** |

Nota: \*  $p<0,05$  ; \*\* $p=0,07$  ;  $N=51$

Tabla 3. Comparación SCL90-IGS de muestra sin WL

|         | Momento de intervención |        |
|---------|-------------------------|--------|
|         | Pre                     | Post   |
| SCL-IGS | 1,283*                  | 0,902* |

Nota: \*  $p<0,0001$  ;  $T=7.68$  ;  $N=152$

### Hipótesis 2.

Para explorar la hipótesis de que existe una diferencia de efectividad entre los tres modelos de psicoterapia humanista experiencial, cognitivo conductual, y psicodinámica, se aplicó un *ANOVA one way* para medidas independientes, tomando la diferencia de IGS-SCL-90 pre-post como medida de efectividad. Como se puede ver en la tabla 4, los resultados indican que no hay una diferencia en la disminución de síntomas según el modelo de terapia ( $F=0,29$  ;  $p>0,05$ ).

Tabla 4. (H2) Estadísticos descriptivos de SCL90-IGS pre-post según modelo de terapia

|                             | CBT    | T. Humanista | T. Psicodinámica |
|-----------------------------|--------|--------------|------------------|
| Promedio SCL90-IGS pre-post | 0,4158 | 0,3850       | 0,3130           |

Nota: toda comparación  $p>0,05$  ;  $F=0,29$

### Hipótesis 3.

Para explorar la hipótesis de que existe una diferencia en la Alianza Terapéutica entre las terapias humanista experiencial, cognitivo conductual, y psicodinámica, se aplicó un *ANOVA one way* para medidas independientes. Los resultados indican que no hay un efecto estadísticamente significativo del modelo de terapia sobre la alianza terapéutica ( $F=1,04$  ;  $p>0,05$ ). Promedios disponibles en la Tabla 5.

Tabla 5. (H3) Estadísticos descriptivos de WAI según modelo de psicoterapia

|              | CBT   | T. Humanista | T. Psicodinámica |
|--------------|-------|--------------|------------------|
| Promedio WAI | 151,4 | 153,0        | 141,6            |

Nota: toda comparación  $p>0,05$  ;  $F=1,04$

#### Hipótesis 4.

Para comprobar la hipótesis de que existe una correlación entre la Alianza terapéutica y el cambio de sintomatología pre-post intervención se aplicó una Correlación Pearson. Los resultados obtenidos de la correlación Pearson no dan soporte a la hipótesis de que existe una relación entre la alianza terapéutica y la diferencia de sintomatología pre-post intervención ( $r=0,072$  ;  $p>0,05$ ).

#### Hipótesis 5.

Para comprobar la hipótesis de que es posible predecir la disminución de síntomas psicológicos en base a la Alianza Terapéutica, el modelo de terapia que se emplea, el número de sesiones que reciben, el lapso de tiempo entre el inicio y el fin de las terapias, el sexo del terapeuta, el sexo del paciente y la edad del paciente, se aplicó un análisis de Regresión. Los datos indican que el modelo no es significativo ( $F=1,63$  ;  $p>0,05$ ). Los valores  $p$  para cada factor se presentan en la Tabla 6.

Tabla 6. (H5) Valores  $p$  para la Regresión de predicción de efectividad de psicoterapia

|             |       | Factores del modelo predictivo |                    |                      |                |              |              |
|-------------|-------|--------------------------------|--------------------|----------------------|----------------|--------------|--------------|
|             | WAI   | Modelo terapia                 | Número de sesiones | Días en intervención | Sexo terapeuta | Sexo cliente | Edad cliente |
| Valores $p$ | 0,292 | 0,412                          | 0,115              | 0,539                | 0,894          | 0,122        | 0,086        |

Nota: regresión  $p>0,05$  ;  $F=1,63$

**Hipótesis 6.**

Para comprobar la hipótesis de que existe una correlación entre el número de sesiones y el cambio de sintomatología pre-post intervención se aplicó una Correlación Pearson. Los resultados obtenidos de la correlación Pearson no dan soporte a la hipótesis de que existe una relación entre el número de sesiones y el cambio de sintomatología pre-post intervención ( $r=0,0139$  ;  $p>0,05$ ).

**Hipótesis 7.**

Para comprobar la hipótesis de que existe una correlación entre la alianza terapéutica y el número de sesiones que recibe el cliente se aplicó una Correlación Pearson. Los resultados obtenidos de la correlación Pearson no dan soporte a la hipótesis de que existe una relación entre el número de sesiones y el cambio de sintomatología pre-post intervención ( $r=0,107$  ;  $p>0,05$ ).

**Importancia del estudio**

Los resultados de este estudio que han sido presentados en la sección anterior son un aporte adicional a la idea de que la psicoterapia sí es efectiva. Sin embargo, todavía falta seguir investigando los factores por los cuales las personas mejoran durante la terapia. Aún así, tienen el potencial de contribuir a la evidencia actual de la efectividad de psicoterapia. Aunque en sólo uno de los resultados es estadísticamente significativa de la hipótesis, los demás resultados también brinda información sobre las nuevas correlaciones a las que se debe prestar más atención.

La hipótesis 1 que resultó estadísticamente comprobada nos indica que existe una efectividad en el Servicio de Consultas Sicológicas del Departamento de Psicología de la Universidad San Francisco de Quito. Este dato brinda una clara información motivadora de el trabajo que se está realizando con los clientes que acuden a dicho servicio. Esta información es semejante a la reportada en la revisión de literatura, demostrando una vez más que la aplicación de psicoterapia con prácticas basadas en evidencia con una excelente forma de promover y proveer salud mental entre las personas que la requieren, demuestra que las técnicas empíricamente probadas son más efectivas que el efecto o progreso crónico natural de los trastornos o dificultades. Para fortalecer la importancia del estudio, Teixeira y col. (2014) mencionan que la evidencia sugiere que los resultados post-tratamiento predicen resultados del seguimiento porque puede haber respuestas retrasadas al tratamiento que promueven la mejoría con el tiempo.

Las demás hipótesis, aunque no fueron comprobadas estadísticamente en el presente estudio arrojan información sobre las variables que tienen o no influencia sobre la efectividad de la terapia, y nos motivan a una exhaustiva búsqueda de replicación del estudio y mejoramiento de las condiciones empleadas para mayor verificación.

Estos resultados contribuyen en primer lugar a la evaluación y fortalecimiento del servicio de consultas psicológicas, a la estimulación y promoción de la planta docente como entrenadores de estudiantes futuros terapeutas, así como a estos últimos como próximos profesionales de la salud mental. En segundo lugar, vigorizan las intenciones de los profesionales e investigadores de la salud mental que se abastecen de los resultados científicos de la psicología a fomentar el desarrollo de nuevas técnicas y prácticas en beneficio de los consumidores. Finalmente pero posiblemente más importante, inspiran a los consumidores a tener fe en el trabajo de los psicólogos que realizan una labor



científicamente probada en pro del mejoramiento de su estilo de vida así como de su crecimiento personal.

El cambio que estos resultados generan en la aplicación de la sicoterapia en todos los ambiente potencialmente generalizables de lo que significa este estudio es principalmente la desvinculación de la efectividad del trabajo terapéutico de estereotipos o teóricos o estigmas científicos, como un claro ejemplo es la consideración del modelo de terapia como uno de los predictores de efectividad, hecho que claramente ha sido anulado con los resultados presentes en esta investigación.

Para terminar con este apartado vale la pena resaltar que entre las presunciones que se pueden derivar de estos resultados se incluye el hecho de que los estudiantes en práctica psicoterapéutica merecen recibir una educación y entrenamiento integro en el campo de la salud mental, así como la inspiración de sus habilidades interpersonales e intrapersonales, pues como se ha visto en esto estudio el modelo de terapia no influye significativamente en la efectividad, pero si se podría asumir que existe una falta de investigación sobre las herramientas precisas o específicas que promueven este cambio. Por lo mencionado, hasta que no exista evidencia contundente de las técnicas más eficaces, se necesita que los terapeutas manejen una amplia gama de intervenciones potencialmente facilitadoras de cambio.

### **Resumen de sesgos del autor**

Dentro de los sesgos del autor se podría mencionar que el autor de este estudio está realizando su entrenamiento como psicólogo clínico y puede haber mostrado un deseo (consciente o inconsciente) favorable a encontrar un resultado positivo ante la efectividad de la psicoterapia. También se puede incluir que el autor es estudiante egresado del

Departamento de Psicología que efectúa y coordina las consultas psicológicas de las cuales se deriva la base de datos actual. Por último, se puede incluir en los sesgos la información de que el autor de la presente investigación realizó horas de práctica y/o entrenamiento terapéutica con algunos de los clientes que se incluyen en la base de datos empleada.

Anexo a lo anterior, es necesario mencionar que los sesgos del autor pueden haberse visto opacados dado que la base de datos incluye un extenso número de participantes con los cuales el autor no tuvo contacto en ningún momento, e incluso la mayoría de participantes son clientes de varios años anteriores a este trabajo.

Adicionalmente, el manejo de los datos podría estar libre del sesgo debido a que es información objetiva, válida y confiable (por los test empleados), cuantitativa y éticamente adquirida a través del tiempo.

## CONCLUSIONES

### Respuestas a las preguntas de investigación

La evidencia obtenida del procesamiento de la base de datos mediante análisis estadístico permite responder a las preguntas de investigación planteadas en el primer capítulo de este trabajo. A continuación se ofrece una breve contestación a las mismas y en la sección siguiente una discusión y relevancia de los mismo.

Pregunta 1: ¿ Hasta que punto hay una disminución en los síntomas psicológicos presentados por los clientes desde el inicio de la intervención psicoterapéutica hasta la finalización del tratamiento? ¿es este cambio superior a los cambios que pudieran ocurrir desde que el cliente solicita el servicio hasta que es atendido por primera vez?

En análisis estadístico comprobó que efectivamente existe una disminución en los síntomas psicológicos presentados por los clientes con la intervención notándose una diferencia entre la medición previa al tratamiento y posterior al mismo. También, se nota que este cambio es superior al que ocurre en el periodo sin intervención, siendo este ultimo muy poco significativo. Se puede concluir sobre esto que la intervención es efectiva.

Pregunta 2: ¿ Hasta que punto se diferencia la efectividad entre los modelos de terapia humanista experiencial, cognitivo conductual, y psicodinámico?

Con el procesamiento de datos no se encontró una influencia del modelo de psicoterapia empleado con los cliente y la disminución de sintomatología pre-post intervención. Esto indica que el modelo general en el cual se enmarca la terapia no está relacionado con el efectividad de la terapia en si, la efectividad parece ser demasiado similar.

Pregunta 3: ¿Hasta que punto se diferencia la Alianza Terapéutica entre los modelos de psicoterapia humanista experiencial, cognitivo conductual, y psicodinámico?

El análisis estadístico encontró que la alianza terapéutica es equivalente entre los tres modelos de terapia que se aplican en las consultas psicológicas del servicio. Se podría inferir de esto que la alianza terapéutica y su desarrollo no está vinculado al marco teórico que se pone en práctica en la terapia.

Pregunta 4: ¿Hasta que punto se correlaciona la Alianza terapéutica y el cambio de sintomatología pre-post intervención?

Los resultados procesados demuestran que no hay una relación entre el cambio de sintomatología pre-post intervención y la alianza terapéutica. De esto se puede concluir que la efectividad de la intervención sobre la sintomatología no es dependiente de la percepción subjetiva que tenga el cliente sobre la relación que desarrolla o mantiene con su terapeuta.

Pregunta 5: ¿Hasta que punto es posible predecir la disminución de síntomas psicológicos en base a la Alianza Terapéutica, el modelo de terapia que se emplea, el número de sesiones que reciben, el lapso de tiempo entre el inicio y el fin de las terapias, el sexo del terapeuta, el sexo del paciente y/o la edad del paciente?

El análisis estadístico del modelo propuesto para predicción de disminución de síntomas no demuestra validez del mismo, por lo tanto los factores que se han propuesto en este caso no parecen ser significativamente influyentes sobre la efectividad de la psicoterapia.

Pregunta 6: ¿Hasta que punto se correlaciona el número de sesiones y el cambio de sintomatología pre-post tratamiento?

Los resultados muestran que el cambio de la sintomatología con el tratamiento es dependiente del número de sesiones. Por consiguiente, la disminución de las condiciones que aquejan a los clientes no depende del número de sesiones en las cuales sean atendidos.

Pregunta 7: ¿Hasta que punto se correlaciona la alianza terapéutica y el número de sesiones que recibe el cliente?

Los datos resultantes no dan fe de una relación entre el número de sesiones que recibe un cliente y la alianza terapéutica desarrollada. De esta información se puede deducir que la alianza terapéutica no determina a cuantas sesiones van a asistir los clientes, y por otro lado, tampoco se puede decir que el número de sesiones que recibe un cliente tiene un impacto en la alianza terapéutica que se desarrolla con el terapeuta.

## **Discusión**

Esta sección tratará la interpretación de los resultados estadísticos que dieron respuesta a las preguntas de investigación con la intención de poder ubicar en un contexto que considere la evidencia empírica que se encuentra actualmente disponible en la literatura.

Los resultados estadísticos de esta investigación dan clara evidencia de la efectividad de las consultas psicológicas mediante la medición de la sintomatología pre-post ( $p < 0,001$ ). Con esta información el servicio está incluido dentro de los lineamientos clínicos que exige el actual momento de la historia de la salud mental, como menciona Norcross y Goldfried (2003), en el cual se requiere urgentemente de la investigación para encontrar tratamientos eficaces, eficientes y seguros con respaldo empírico. También corrobora la necesidad mencionada por Bartak y col. (2007), de encontrar un compuesto activo para la terapia, aunque en definitiva este resultado global que entregamos requiere

una profundización mediante investigación micro-proceso. La investigación de efectividad puede estar sesgada por errores subjetivos y metodológicos, como menciona Sommers-Flanagan y Sommers-Flanagan (2012), y por ello este resultado macro-proceso que ha derivado de este estudio está basado en datos cuantitativos de test estandarizados.

Considerando que este servicio psicológico se lo ofrece a la comunidad, con un historial de 5 años a costo gratuito, se logra incorporarnos en la petición de Olfson y col. (2002), y la de Wilky y col. (2006), sobre acercar los tratamientos de salud mental a las poblaciones con desventajas sociales, de baja educación y/o pobres, que son quienes menos asistencia solicitan pero quienes más la necesitan.

Para esta investigación, y con la finalidad de comprobar la efectividad de la psicoterapia en este contexto, se evitó al máximo el sesgo mencionado por Wenhui y col. (2005), sobre el involucramiento de paciente con cualidades específicas y pre-seleccionados para los estudios, disminuyendo así la generalización de los resultados. Además, para no dar impulso a los sesgos diagnósticos de los que habla Bradley y col. (2005), en la medición de efectividad no se utilizó criterios diagnósticos estadístico (e.g. del DSM), sino que se empleó una herramienta de auto-reporte (SCL90) que proyecta la percepción subjetiva y personal de los clientes, brindando información confiable de sus malestares y objetivos. Aunque uno de los sesgos que también menciona el autor y que no se consideró por el diseño del estudio (efectividad clínica, o sea sin control de variables), es la falta de control en el periodo de espera (WL), donde los clientes podrían o no haber tenido nuevas experiencias, tanto clínicas como personales con potenciales efectos sobre su sintomatología. Además, el hecho de que una persona sepa que va a recibir ayuda podría ser suficiente contribución para que baje su sintomatología.

Los resultados de efectividad que se encontraron también sirven para reforzar la propuesta de Bartak y col. (2007), sobre la necesidad de establecer tratamiento no solo efectivos, sino con un costo relativo a la efectividad. Tomando esto, se motiva la idea de la implementación del costo al servicio de consultas psicológicas que se ha iniciado durante el proceso de esta revisión.

Para poner en un contexto histórico interesante la presente evidencia de efectividad de la psicoterapia vale la pena mencionar a Eysenk (1952). Este autor a mediados del siglo pasado realizó una investigación para revisar evidencia sobre la efectividad de la psicoterapia utilizando un meta-análisis. Los resultados que encontró fueron menos favorecedores para el psicoanálisis con un 44% de pacientes mejorados, los pacientes tratados eclécticamente contaron con un 64% de ellos mejorados, mientras que 72% de los pacientes controlados o intervenidos por practicantes generales de la salud mejoraron. El autor en su estudio reportó una correlación inversa entre la recuperación y la psicoterapia, evidencia completamente opuesta a la presentada en la investigación actual. Una de las debilidades de este estudio es que el autor incluyó en el mismo grupo de “no recuperados” a los pacientes que abandonaron la terapia, asumiendo que aquellos que la abandonaron no tuvieron mejoría con la intervención. Esta muestra calificada indiscriminadamente como fallida representó hasta un tercio de la muestra total intervenida con psicoanálisis, y de manera similar ocurrió con la muestra de intervención electiva. Adicionalmente, la muestra de este estudio fue tomada de investigaciones realizadas en un contexto hospitalario en la cual la mejoría o falla del tratamiento fue medida con diagnóstico médico y no se contó con una medición de las quejas individuales de cada participante o su experiencia subjetiva. Como discusión Eysenk (1952) agrega que la investigación soporta la propuesta de que la psicoterapia no es efectiva y que no existe evidencia científica de lo contrario. En

oposición a ese estamento, en la actualidad hay una basta información que contradice este resultado poco fiable, incluyendo el estudio presente.

Mucha de la literatura sobre efectividad psicoterapéutica se enfoca en comparar entre diferentes modelos de terapia en distintas poblaciones específicas (Elliott y col., 2013). En el presente estudio se realizó procedimientos estadísticos comparando la efectividad según los tres modelos de terapia que se aplican en el servicio de consultas psicológicas analizado con la muestra general, que son los enfoques humanistas experienciales, CBT, y terapia psicodinámica. Los resultados mostraron que no hay diferencias estadísticas entre la efectividad de las tres metodologías de terapia. Esto es congruente a lo mencionado por Hafkenscheid, Maaseen, y Veeninga (2007) sobre la carencia de evidencia empírica comparando los enfoques terapéuticos en general, especialmente debido a que no hay diferencias significativas, por lo cual se tiende a buscar más bien factores comunes de efectividad. Lastimosamente, debido a la falta de diagnósticos en las consultas psicológicas analizadas en el estudio, no se pudo evaluar la efectividad en poblaciones específicas.

Entre los factores comunes de las terapias efectivas que se comentan arriba, está incluida la alianza terapéutica que ha sido revisada en esta investigación. Según Hafkenscheid, Maassen, y Veeninga (2007), la alianza terapéutica parece ser más importante que el tratamiento mismo para el resultado de la intervención pues reportan que la correlación entre la alianza terapéutica, medida con el WAI, y el resultado de la terapia es de 0,22. En este trabajo se buscó la correlación entre la efectividad del servicio terapéutico y la alianza percibida con su terapeuta reportada por los clientes. El procesamiento de la información no indicó que haya una relación entre la alianza



terapéutica y la efectividad en el cambio de sintomatología. Andrusyna y col. (2001) menciona que es difícil considerar a la alianza como un factor de resultado, pues parece ser un proceso más complejo de lo que se espera y no se puede dar una relación de causalidad entre el resultado potencialmente provocado por la alianza. DeRubeins y Feeley (citados en Andrusyna y col., 2001) exponen que la alianza no parece predecir efectividad en CBT. Aun ahí, recordamos que Goldberg, Rollins, y McNary (2004) indican que la alianza terapéutica puede tener un impacto más allá del resultado de la intervención, y puede estar generando cambio y mejoras en la calidad de vida del cliente, reduciendo sintomatología, e incluso influyendo en la percepción de cliente acerca del proceso que está llevando a cabo para crecimiento personal ayudando a una mejor adherencia al tratamiento; estos constituirían impactos colaterales o influencia indirecta que no fue motivo de estudio en este trabajo pero valdría la pena revisarlo.

A través de la literatura y evidencia que surge cada día también se ha tratado de relacionar la alianza terapéutica con el modelo de terapia, aunque también hay quienes discrepan en ello. Por ejemplo, DeRubeins y Feeley (citados en Andrusyna y col., 2001) indican que la alianza terapéutica no tiene correlación con la efectividad de la CBT. Esto podría posiblemente deberse a que los componentes de la alianza terapéutica indicados por Bordin (1979, citado en Andrusyna y col., 2001) no interactúan o se perciben de igual manera y este modelo provocando que los resultados varíen. Aun con esta evidencia y propuestas, la actual investigación indica que no existe diferencia significativa de alianza terapéutica entre los distintos modelos de terapia aplicados en el servicio (humanistas, CBT y psicodinámica).

En la tesis no publicada de Griffin (2014) se encuentran resultados similares, pues no se reporta una diferencia significativa entre los promedios de alianza terapéutica de los distintos modelos de terapia aplicados en atención clínica. La autora también indica que esta falta de variación de promedio estadísticamente significativa se extiende también a los componentes medidos por el WAI, pues entre los tres modelos no hay diferencia estadística en la sub-escala de tarea; aunque la terapia humanista experiencial parece tener un promedio ligeramente superior. En lo que se refiere a la sub-escala de vínculo, la autora reporta un puntaje ligeramente mayor de la intervención humanista sobre la CBT. Pero, de manera opuesta, la autora indica que en la sub-escala de objetivo la CBT parece promediar ligeramente superior. Griffin (2014) también menciona una correlación positiva entre la versión cliente y versión terapeuta del WAI.

Una de las hipótesis de la investigación fue la de predecir la efectividad de la intervención con algunos factores o variables, entre las cuales se incluyó el sexo del paciente y su edad, y no se vio una correlación significativa. Esto nos podría indicar que aunque la sintomatología e incidencia de trastornos o problemas psicológicos tengan una distribución dependiente de las características demográficas de la población, como menciona Wenhui y col. (2005), las intervenciones que se prestan en el servicio son efectivas independientemente de esto.

También se contestó la pregunta sobre la influencia del número de sesiones y la efectividad de la terapia, y también entre el tiempo que ha transcurrido desde que se inició la terapia y la última atención; en las cuales las respuestas no da crédito a estas correlaciones. Esto no es congruente con lo expuesto por Bartak y col. (2007) acerca de los cambios según la duración de la intervención o el número de sesiones; aunque la

sugerencia del autor es la del impacto de la terapia en el funcionamiento social que no fue medido en el trabajo presente. De manera similar, no da crédito a lo indicado por Bradley y col. (2005) en el cual pone en discusión la validez de las investigaciones aleatorizadas clínicas, en las cuales se podrían estar condensando las intervenciones poniendo en compromiso los resultados.

Aun así, en este estudio se debe mencionar que puede no estar en congruencia con estas propuesta porque no es un estudio aleatorizado sino un estudio clínico de efectividad (con validez externa). Nuevamente, con Leichsenring y Rabung (2008) se reitera que la metodología empleada bajo condiciones clínicas (y no experimentales) tiene una significación práctica, aunque con menos validez interna por su carencia de condiciones control. Pero, lastimosamente no contribuye o refuta la explicación de Teixeira y col. (2014) sobre la relación entre la recuperación personal e interpersonal con la duración de la intervención, pues según los autores aunque la sintomatología personal disminuye rápidamente con relativas pocas sesiones, las dificultades en las relaciones sociales requieren más intervención. Sería importante considerar este hecho en una futura investigación semejante a la presente.

De manera similar a lo expuesto antes, durante el proceso de este trabajo se inicio la recolección de información en el servicio de consultas sobre el seguimiento de los clientes para medir su mejoría, tomando en consideración los indicado por Anderson y Lambert (2001) sobre el efecto retardado de la intervención.

Esta investigación también buscó una relación entre el número de sesiones y el desarrollo de la alianza terapéutica. En ausencia de un efecto de la una variable sobre la otra, se deduce que no se puede predecir la alianza terapéutica según el número de sesiones

recibidas, y tampoco se puede predecir el número de sesiones de un cliente según alianza terapéutica que mantiene con su terapeuta. Estos resultados son consistentes con los reportados por Griffin (2014).

Tomando en consideración todo lo anteriormente expuesto se puede concluir que, el Servicio de las Consultas Sicológicas del Departamento de Psicología de la Universidad San Francisco de Quito cumple con una efectividad psicoterapéutica estadísticamente significativa demostrada en la mejoría de sintomatología con la que acuden los clientes buscando atención. La investigación presente no demostró ninguna correlación entre los factores analizados y esta efectividad. Aun así, estos factores podrían estar jugando un rol indirecto en la efectividad y requieren ser analizados con una muestra más grande, y a largo plazo. De todas maneras, el resultado demuestra que la psicología ha logrado desarrollar técnicas efectivas en beneficio de la comunidad que requieren ser estudiadas en su especificidad para brindar cada vez mejores servicios de salud.

### **Limitaciones del estudio**

Esta investigación ha sido realizada en un ambiente académico que ha ofrecido datos empíricos y clínicos sobre la psicoterapia aplicada en una población ecuatoriana bajo este contexto particular. Entre las limitaciones de estos resultados se debe notar que las intervenciones psicológicas que se han realizado en este servicio son realizadas por estudiantes de último año de psicología clínica que tienen conocimientos actualizados, y también cuentan con supervisión constante por parte de profesores *Ph.D.*. Por otro lado, los estudiantes no cuentan con un entrenamiento demasiado extenso en psicoterapia, pues cuenta con dos semestres de entrenamiento teórico mientras realizan sus horas prácticas. Sin embargo, la población con la que se aplicó la terapia no fue específica o previamente

seleccionada, por lo cual el control sobre esta variable fue mínimo y más cercano a la distribución normal de la población externa que acude en búsqueda de servicio psicológicos.

Ahora, abarcando las limitaciones del diseño de la investigación, se debe resaltar que los terapeutas que realizaron las terapias no necesariamente se rigieron a las intervenciones y supuestos teóricos de los modelos terapéuticos. Esta limitación se debe a que es difícil cuantificar o medir que tanto los terapeutas se rigen a los modelos. En contraparte, esta limitación también da cabida a una práctica semejante a la que se realiza cotidianamente fuera de los esquemas de investigación.

Además, hablando sobre las limitaciones de las herramientas de medición empleada o su aplicación, el SCL90 es un instrumento de auto-reporte, por lo cual no necesariamente puede estar reflejando la sintomatología real de los clientes. Se podría reconocer el riesgo de que el SCL90 sea llenado de acuerdo al estado de ánimos del paciente en el día de la toma. Sobre el SCL90-pre, se lo aplica después de haber tenido ya la primera sesión, por lo cual esa única sesión puede haber tenido un potencial impacto en la sintomatología. Lastimosamente, no se revisó la validez de los SCL90 según la edad y el sexo por la dificultad de no poseer la fórmula requerida para calcular los valores T de cada IGS.

Dentro de las limitaciones de la información de participantes y su aporte en la investigación, en el periodo de tiempo desde que los clientes solicitan el servicio (cuando se realiza la toma del SCL90-WL) y reciben la primera atención (cuando se realiza la toma del SCL90-pre) no se puede contralar que otro tratamiento reciben, pues mientras están en lista de espera pueden haber recibido otra asistencia o intervención con impacto (o no) sobre su sintomatología. Además, no todos los pacientes pasan la misma cantidad de tiempo en lista de espera, por lo tanto algunas personas mejoran más en lista de espera que otras. Inclusive, el simple hecho de estar en una lista de espera sabiendo que pronto

recibirán atención podría aliviar la tensión. De manera similar, tampoco se puede controlar los tratamientos paralelos que puedes estar recibiendo mientras son atendidos en terapia y que podría (o no) estar teniendo un impacto sobre su sintomatología modificando posiblemente así las mediciones de los SCL90 post.

Por último, en la información que se dispone en la base de datos, no todos los participantes disponen de SCL90-WL, por ello no pudieron haber sido incluidos en algunos de los análisis estadísticos. Por ello, aunque la base de datos es extensa, al ser dividida en varias muestras pequeñas que cumplen con los criterios a estudiar en cada hipótesis, se vuelven muestras relativamente pequeñas. Lo mencionado debe a que existe una falta de estandarización de test y metodología de aplicación en los primeros años del servicio de consultas psicológicas, por lo cual mucha información estaría faltando o no ser tan válida. De manera similar a lo anterior, no todos los terapeutas que aplican terapia toman el SCL90-post al finalizar las sesiones; o también puede darse con los clientes empiezan a notar una mejoría significativa en sus síntomas y dejan de asistir inesperadamente a las terapias dejando sin oportunidad a esta medición. También, se ha notado que no todos los clientes acuden al servicio con problemáticas graves, por lo tanto el SCL90 no mostraría puntajes elevados que se pueden mantener bajos aun después del proceso de intervención. Este estudio no permite saber cuales son los factores que están involucrados en la efectividad, es decir, las intervenciones o interacciones que tienen impacto en la sintomatología del cliente.

### **Recomendaciones para futuros estudios**

Aunque la evidencia presentada en este estudio da indicios y validez a muchas hipótesis no solo planteadas en este estudio sino en la literatura general, y da respuesta a

algunas incógnitas teóricas y prácticas del área científica de la psicología, se debe mencionar que queda aun mucha investigación por realizar, así como incrementar la base de datos obtenida para poder verificar las presunciones con muestras más grandes, aplicaciones más estandarizadas, y datos a largo plazo. Entre las recomendaciones para futuras investigaciones similares a la actual se puede mencionar una estandarización de la toma del SCL90 en los clientes que solicitan el servicio por primera vez (SCL90-WL). Otra recomendación sería el establecimiento de un sistema estandarizado de aplicación de test en el servicio de consultas sociológicas para asegurar que exista una sola versión de cada cuestionario y diversas como en la actualidad.

Adicionalmente a la versiones de los test, también es necesario estandarizar la gama de test que se deben aplicar a los cliente independientemente del modelo de terapia que este recibiendo. También, se esperaría que hayan datos del seguimiento y que se investigue el impacto de la intervención a largo plazo. Esto último fue ya iniciado durante el proceso de la investigación actual pero no se alcanzo a recolectas suficiente información cuantitativa en este periodo de tiempo como para emplearla en procesos estadísticos. En los test a aplicar también se podría incluir preguntas de rutina, por ejemplo, sobre su experiencia pasada en servicios de psicoterapia. Esto es de importancia porque podría explicar la razón de que los pacientes perciban o no la alianza terapéutica con su terapeuta como un factor trascendental.

También se debe tomar en consideración el valor  $p$  de la influencia de la edad del cliente en la disminución de sintomatología propuesta en el modelo de predicción de efectividad. El efecto de la edad del cliente tuvo un valor  $p$  de 0,086 que es muy cercano a 0,05; por lo cual debe ser tomado en cuenta para futuras revisiones. Podría parece que las personas jóvenes tienden a tener una mayor mejoría que personas de edad adulta. Incluso,

podría considerarse una interacción entre la edad y el sexo del cliente sobre la efectividad de la intervención.

En los estudios que podría implementar la base de datos actual, o una más completa, se podría indagar en el tipo de sintomatología que presentan los clientes y el efecto que tiene esto sobre la efectividad, así como la efectividad sobre cada una de las quejas. También se debería recolectar información sobre las motivaciones de los clientes para asistir a terapia, puesto que podría haber una influencia de la asistencia obligada o voluntaria sobre la efectividad de la psicoterapia.

Finalmente, se recomienda considerar la influencia de intervenciones específicas y no solo el resultado global en la psicoterapia. La evidencia de efectividad deja la duda sobre el motivo de este hecho. Tanto la información cuantitativa como cualitativa tiene su fortaleza, por lo cual vale la pena aprovechar estas metodologías para indagar minuciosamente en las técnicas efectivas del tratamiento. Por ello, en futura investigación se debería proponer una indagación micro-proceso de la psicoterapia en un contexto similar.

### **Resumen general**

Este trabajo inició con la idea de poder hacer una revisión sobre la efectividad de la psicoterapia en un contexto académico ecuatoriano. El servicio de psicoterapia de la Universidad San Francisco de Quito está abierto a la comunidad como un espacio de atención psicológica en el cual la limitación económica no prive del derecho a la salud, en este caso mental. El servicio a estado en funcionamiento durante cinco años en los cuales los estudiantes de último año de la carrera de psicología clínica han atendido a los clientes



con la finalidad de acercar sus conocimientos al público y poner en práctica la teoría aprendida en su entrenamiento.

La práctica de la psicoterapia tiene una fuerte base teórica que por motivación política y científica en las últimas décadas ha sido puesta a prueba bajo intensas investigaciones empíricas. Esta necesidad de evidencia ha resultado en una gran variedad de datos que dan fe de la efectividad de muchas intervenciones, así como han refutado muchas otras que no han demostrado ser efectivas. Este proceso también ha permitido el desarrollo de nuevas técnicas más eficaces.

Para la investigación de metodología cuantitativa con alcance correlacional y con diseño comparativo pre-post, se empleó una base de datos con información demográfica y técnica sobre los clientes y el proceso de intervención que han recibido que ha sido recolectada desde los inicios del servicio. Para poder organizar la base de datos de una manera funcional para las necesidades del estudio se la tabuló, esto incluyó la transcripción de la información a una base de datos nueva diseñada a medida de la investigación, se obtuvo información de historiales físicos de los atendidos y se calificó test aplicados a los clientes.

Una vez que se finaliza con la organización de la información en la base de datos, se la procesa en distintos métodos estadísticos que permitieron encontrar en primer lugar la efectividad de la intervención psicológica medida a través del cambio de sintomatología con o sin intervención, y en segundo lugar una serie de comprobaciones por correlaciones de variables con esta efectividad.

En los resultados se encontró que el servicio de psicoterapia es efectivo debido a que el cambio de sintomatología en los cliente mientras están en lista de espera del servicio es prácticamente nulo, mientras que después de recibir la intervención es notablemente disminuido. Paralelamente a esto, se encontró que ninguna de las variables propuestas guarda relación con la efectividad de la intervención; entre las variables propuestas se encuentran los modelos de psicoterapia empleados, la alianza terapéutica, la edad del cliente, el número de sesiones que recibe el cliente, el sexo del cliente, el sexo del terapeuta. Adicionalmente, se pudo analizar la relación entre alguna otras variables que tampoco resulto significativo, por ejemplo, entre la alianza terapéutica y los modelos de psicoterapia aplicados, entre el número de sesiones y el modelo de psicoterapia, entre la alianza terapéutica y el número de sesiones. Finalmente, se pudo poner a prueba un modelo de predicción de efectividad de terapia que también fue refutado, este modelo incluía variables como la alianza terapéutica, el modelo de terapia, el número de sesiones, el lapso de tiempo en terapia, el sexo del terapeuta, el sexo del cliente y la edad del cliente.

Para finalizar, se ubica estos resultados en un contexto acorde a la literatura y datos empíricos de investigaciones actualizadas. La efectividad de la psicoterapia resulta encuadrarse en evidencia sobre su impacto en las dificultades personales, interpersonales, y médicas de los clientes, siendo una excelente alternativa a mediano y largo plazo. Tiene impacto adyacente a los objetivos principales, con una resistencia menor a la presentada por la fármaco-terapia.

## Referencias

- Andrusyna, T. P., Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., & Luborsky, L. (2001). The factor structure of the working alliance inventory in cognitive-behavioral therapy. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(3), 173. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/219583560?accountid=36555>
- Angus, L. & Greenberg, L. (2011). *Working with narrative in Emotion-Focused Therapy*. Washington, NE: American Psychological Association.
- Bartak, A., Soeteman, D. I., Verheul, R., & Busschbach, J. V. (2007). Strengthening the Status of Psychotherapy for Personality Disorders: An Integrated Perspective on Effects and Costs. *Canadian Journal Of Psychiatry*, 52(12), 803-810.
- Beck, J. (2011). *Cognitive Behavior Therapy*. New York: The Guildford Press.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD. *American Journal Of Psychiatry*, 162(2), 214-227
- Cabaniss, D., Cherry, S., Douglas, C., & Schawartz, A. (2011). *Psychodynamic psychotherapy: a clinical manual*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Cain, D. J. & Seeman, J. (2008). *Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practice*. Washington DC: American Psychological Association.
- Corbella, S. & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.
- Corbella, S., Botella, L., Gómez, A. M., & Herrero, O. (2011). Características psicométricas de la versión española del Working Alliance Inventory-short (WAI-S). *Anales De Psicología*, 27(2), 298-n/a. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1288733406?accountid=36555>
- Derogatis, L.R. (1983). *SCL-90-R: Administration, scoring, and procedures manual II*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Elliot, R., Watson, J., Goldman, R., & Greenberg, L. (2009). *Learning Emotion-Focused therapy: The process-experiential approach to change* [Kindle DX version]. Retrieved from Amazon.com
- Elliott, R., Watson, J., Greenberg, L.S., Timulak, L., & Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change (6<sup>th</sup> ed.)*. New York: Wiley.
- Eysenk, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Counseling Psychology*, 16, 319-324.

- Gendlin, E. (1996). *Focusing-Oriented Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Goldberg, R. W., Rollins, A. L., & McNary, S. W. (2004). The Working Alliance Inventory: modification and use with people with serious mental illnesses in a vocational rehabilitation program. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(3), 267-270.
- Griffin, M. I. (2014). *Alianza terapéutica entre pacientes y terapeutas practicantes en tres tipos de Corrientes psicológicas: terapia cognitiva conductual, terapia humanista y terapia psicodinámica*. Tesis de pregrado sin publicar, Universidad San Francisco de Quito, Quito, Ecuador.
- Guédenev, N., Fermanian, J., Curt, F., & Bifulco, A. (2005). Testing the Working Alliance Inventory (WAI) in a French primary care setting. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 40(10), 844-852. doi:10.1007/s00127-005-0972-4
- Hafkenscheid, A. J., Maassen, G. H., & Veeninga, A. T. (2007). The dimensions of the dutch SCL-90: More than one, but how many? *Netherlands Journal of Psychology*, 63(1), 25-30. doi:http://dx.doi.org/10.1007/BF03061059.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: McGraw Hill.
- Hofmann, S., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, A., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy & Research*, 36(5), 427-440. doi:10.1007/s10608-012-9476-1
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- Kennedy, B. L., Morris, R. L., Pedley, L. L., & Schwab, J. J. (2001). The Ability of the Symptom Checklist SCL-90 to Differentiate Various Anxiety and Depressive Disorders. *Psychiatric Quarterly*, 72(3), 277
- Keshen, A. (2006). A new look at existential psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 60(3), 285-98. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/213107473?accountid=36555>
- Kirchmann, H., Schreiber-Willnow, K., Seidler, K., & Strauss, B. (2011). SCL-90-R Symptom Profile Clusters among Inpatients Undergoing Psychodynamic Group Psychotherapy: Cluster Stability, Associations with Clinical Characteristics and Treatment Outcome. *Psychopathology*, 44(2), 71-82. doi:10.1159/000317579.
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2003). The Effectiveness of Psychodynamic Therapy and Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Personality Disorders: A Meta-Analysis. *American Journal Of Psychiatry*, 160(7), 1223.

- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy. *JAMA: Journal Of The American Medical Association*, 300(13), 1551-1565.
- Lledó, J. (2009). *La exploración psicodinámica en salud mental*. Alicante: Editorial Club Universitario.
- Marshall, S. (2004). *Difference and Discrimination in Psychotherapy Counseling*. London: SAGE.
- Minami, T. (2004). *Effectiveness of Psychotherapy of the treatment of depression in adult HMO clients: A benchmarking study using efficacy data from clinical trials*. (Order No. 3143214, The University of Wisconsin – Madison). *ProQuest Dissertations and Theses*, 131-131.
- Mohr, D. C., PhD., Hart, S. L., PhD., Howard, I., PhD., Julian, L., PhD., Vella, L., M.P.H., Catledge, C., M.A., & Feldman, Mitchell D., M.D., M.Phil. (2006). Barriers to psychotherapy among depressed and nondepressed primary care patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 32(3), 254-8. doi:[http://dx.doi.org/10.1207/s15324796abm3203\\_12](http://dx.doi.org/10.1207/s15324796abm3203_12)
- Myers, D. (2006). *Psicología*. Buenos Aires: Ediciones médicas Panamericana.
- Norcross, J. (2011). *Psychotherapy Relationships That Works: Evidence based responsiveness*. Oxford: Oxford University Press.
- Norcross, J. & Goldfried, M. (2003). *Handbook of Psychotherapy Integration*. Oxford: Oxford University Press.
- Olfson, M., Marcus, S. C., Druss, B., & Pincus, H. (2002). National Trends in the Use of Outpatient Psychotherapy. *American Journal Of Psychiatry*, 159(11), 1914.
- Ortiz, M., Moral, V., Ciccotelli, H., & del Barrio, V. (2003). Listado de síntomas SCL-90-R: análisis de su comportamiento en una muestra clínica. *Acción Psicológica*, 2(2), 149-161. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1240989434?accountid=36555>
- Prinz, U., Nutzinger, D. O., Schulz, H., Petermann, F., Braukhaus, C., & Andreas, S. (2013). Comparative psychometric analyses of the SCL-90-R and its short versions in patients with affective disorders. *BMC Psychiatry*, 13(1), 1-9. doi:10.1186/1471-244X-13-104
- Prochaska, J. & Norcross, J. (2009). *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis*. Belmont, CA: Cengage Learning.
- Rawson, P. (2005). *A handbook of short-term psychodynamic psychotherapy*. London: Kamac Books.

- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.º ed.). Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>
- Rogers, C. (1992). *El Proceso de Convertirse en Persona: Mi técnica terapéutica (7º reimpresión)*. Wisconsin: Departamento de Psicología y Psiquiatría de la Universidad de Wisconsin.
- Schauenburg, H., & Strack, M. (1999). Measuring psychotherapeutic change with the symptom checklist SCL 90 R. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68(4), 199-206. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/235438159?accountid=36555>
- Schmitz, N. N., Hartkamp, N. N., Kiuse, J. J., Franke, G. H., Reister, G. G., & Tress, W. W. (2000). The Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R): A German validation study. *Quality Of Life Research*, 9(2), 185-193.
- Schmitz, N., Kruse, J., Heckrath, C., Alberti, L., & Tress, W. (1999). Diagnosing mental disorders in primary care: The general health questionnaire (GHQ) and the symptom check list (SCL-90-R) as screening instruments. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(7), 360-6. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/236072674?accountid=36555>
- Sommers-Flanagan, J. & Sommers-Flanagan, R. (2012). *Counseling and Psychotherapy Theories in Context and Practice: Skills, Strategies, and Techniques*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Starcevic, V., Bogojevic, G., & Marinkovic, J. (2000). The SCL-90-R as a screening instrument for severe personality disturbance among outpatients with mood and anxiety disorders. *Journal of Personality Disorders*, 14(3), 199-207. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/195234974?accountid=36555>
- Summers, R. & Barber, J. (2012). *Psychodynamic Therapy: A guide to evidence-based practice*. New York: Guilford Press.
- Teixeira, R., Gonçalves, M., Fasnacht, D., Machado, P., & Sousa, I. (2014). A comparative study of narrative therapy and cognitive-behavioral therapy. *Journal of Affective Disorders*.
- Trivedi, R. B., Nieuwsma, J. A., & Williams, J. W. (2011). Examination of the Utility of Psychotherapy for Patients with Treatment Resistant Depression: A Systematic Review. *JGIM: Journal Of General Internal Medicine*, 26(6), 643-650. doi:10.1007/s11606-010-1608-2.
- Walker, N. (2013). Introduction: psychiatry, psychotherapy and psychology. *A short history of psychotherapy: in theory and practice*. London: Routledge.
- Warren, C. (1998). *Models of brief psychodynamic therapy: a comparative approach*. New York: Guilford Press.

Wenhui, W., Sambamoorthi, U., Olfson, M., Walkup, J. T., & Crystal, S. (2005). Use of Psychotherapy for Depression in Older Adults. *American Journal Of Psychiatry*, 162(4), 711-717.

Wilk, J. E., West, J. C., Rae, D. S., & Regier, D. A. (2006). Patterns of Adult Psychotherapy in Psychiatric Practice. *Psychiatric Services*, 57(4), 472-476.

## ANEXO A: SCL-90

**SCL90 Test de Síntomas L. R. Derogatis.  
Adaptación USFQ 2014.**

Nombre \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Sexo:  Mujer  Hombre**Educación:** Primario incompleto Secundario incompleto Superior incompleto Primario completo Secundario completo Superior completo**Estado civil:** Soltero Divorciado Viudo/a Casado Separado En pareja

Ocupación: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de residencia actual: \_\_\_\_\_

A continuación hay una lista de problemas que tiene la gente.

Lea y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se ha sentido o en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado

**durante la última semana (7 días).**

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

**NADA - MUY POCO - POCO - BASTANTE - MUCHO.**

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

| Piense en cómo se ha sentido o en qué medida estos problemas le han preocupado o molestado | N<br>A<br>D<br>A | M<br>U<br>Y<br>P<br>O<br>C<br>O | P<br>O<br>C<br>O | B<br>A<br>S<br>T<br>A<br>N<br>T<br>E | M<br>U<br>C<br>H<br>O |
|--|------------------|---------------------------------|------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| <b>DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA ÚNICAMENTE (7 días).</b>                                       |                  |                                 |                  |                                      |                       |
| 1. Dolores de cabeza.  |                  |                                 |                  |                                      |                       |
| 2. Nerviosismo.  |                  |                                 |                  |                                      |                       |
| 3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.                                 |                  |                                 |                  |                                      |                       |
| 4. Sensación de mareo o desmayo.   |                  |                                 |                  |                                      |                       |
| 5. Falta de interés en relaciones sexuales.  |                  |                                 |                  |                                      |                       |
| 6. Critico a los demás.  |                  |                                 |                  |                                      |                       |



|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| 7. Siento que otro puede controlar mis pensamientos.                                     |  |  |  |  |  |
| 8. Siento que otros son culpables de lo que me pasa.                                     |  |  |  |  |  |
| 9. Tengo dificultad para memorizar cosas.  |  |  |  |  |  |
| 10. Estoy preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.                            |  |  |  |  |  |
| 11. Me siento enojado/a, malhumorado/a.  |  |  |  |  |  |
| 12. Dolores en el pecho.   |  |  |  |  |  |
| 13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.  |  |  |  |  |  |
| 14. Me siento con muy pocas energías.  |  |  |  |  |  |
| 15. Pienso en quitarme la vida.  |  |  |  |  |  |
| 16. Escucho voces que otras personas no oyen.  |  |  |  |  |  |
| 17. Temblores en mi cuerpo.  |  |  |  |  |  |
| 18. Pierdo la confianza en la mayoría de las personas.                                   |  |  |  |  |  |
| 19. No tengo ganas de comer.   |  |  |  |  |  |
| 20. Llora por cualquier cosa.  |  |  |  |  |  |
| 21. Me siento incómodo/a con personas del otro sexo.                                     |  |  |  |  |  |
| 22. Me siento atrapada/o o encerrado/a.  |  |  |  |  |  |
| 23. Me asusto de repente sin razón alguna.   |  |  |  |  |  |
| 24. Exploto y No puedo controlarme.  |  |  |  |  |  |
| 25. Tengo miedo a salir solo/a de mi casa.   |  |  |  |  |  |
| 26. Me siento culpable por cosas que ocurren.  |  |  |  |  |  |
| 27. Dolores en la espalda.   |  |  |  |  |  |
| 28. No puedo terminar las cosas que empecé a hacer.                                      |  |  |  |  |  |
| 29. Me siento solo/a.  |  |  |  |  |  |
| 30. Me siento triste.  |  |  |  |  |  |
| 31. Me preocupo demasiado por todo lo que pasa.  |  |  |  |  |  |
| 32. No tengo interés por nada.   |  |  |  |  |  |
| 33. Tengo miedos.  |  |  |  |  |  |
| 34. Me siento herido en mis sentimientos.  |  |  |  |  |  |
| 35. Creo que la gente sabe lo que estoy pensando.  |  |  |  |  |  |
| 36. Siento que no me comprenden.   |  |  |  |  |  |
| 37. Siento que no caigo bien a la gente, que no les gusto.                               |  |  |  |  |  |
| 38. Tengo que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas. |  |  |  |  |  |
| 39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.  |  |  |  |  |  |
| 40. Náuseas o dolor de estómago.   |  |  |  |  |  |
| 41. Me siento inferior a los demás.  |  |  |  |  |  |
| 42. Calambres en manos, brazos o piernas.  |  |  |  |  |  |
| 43. Siento que me vigilan o que hablan de mí.  |  |  |  |  |  |
| 44. Tengo problemas para dormirme.   |  |  |  |  |  |
| 45. Tengo que controlar una o más veces lo que hago.                                     |  |  |  |  |  |
| 46. Tengo dificultades para tomar decisiones.  |  |  |  |  |  |
| 47. Tengo miedo de viajar en tren, bus, metro o subterráneos.                            |  |  |  |  |  |
| 48. Tengo dificultades para respirar bien.   |  |  |  |  |  |
| 49. Ataques de frío o de calor.  |  |  |  |  |  |
| 50. Tengo que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.      |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| 51. Siento que mi mente queda en blanco.                             |  |  |  |  |  |
| 52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.                           |  |  |  |  |  |
| 53. Tengo un nudo en mi garganta                                     |  |  |  |  |  |
| 54. Pierdo las esperanzas en el futuro.                              |  |  |  |  |  |
| 55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.         |  |  |  |  |  |
| 56. Siento flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.              |  |  |  |  |  |
| 57. Me siento muy nervioso/a, agitado/a                              |  |  |  |  |  |
| 58. Siento mis brazos y piernas muy pesados                          |  |  |  |  |  |
| 59. Pienso que me estoy por morir.                                   |  |  |  |  |  |
| 60. Como demasiado.  |  |  |  |  |  |
| 61. Me siento incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.             |  |  |  |  |  |
| 62. Tengo ideas, pensamientos que no son los míos.                   |  |  |  |  |  |
| 63. Necesito golpear o lastimar a alguien.                           |  |  |  |  |  |
| 64. Me despierto muy temprano por la mañana sin necesidad.           |  |  |  |  |  |
| 65. Repito muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas. |  |  |  |  |  |
| 66. Duermo con problemas, muy inquieto/a.                            |  |  |  |  |  |
| 67. Necesito romper o destrozar cosas.                               |  |  |  |  |  |
| 68. Tengo ideas, pensamientos que los demás no entienden.            |  |  |  |  |  |
| 69. Estoy muy pendiente de lo que los otros puedan pensar de mí.     |  |  |  |  |  |
| 70. Me siento incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.           |  |  |  |  |  |
| 71. Siento que todo me cuesta mucho esfuerzo.                        |  |  |  |  |  |
| 72. Tengo ataques de mucho miedo o de pánico.                        |  |  |  |  |  |
| 73. Me siento mal si estoy comiendo o bebiendo en público.           |  |  |  |  |  |
| 74. Me meto muy seguido en discusiones.                              |  |  |  |  |  |
| 75. Me pongo nervioso/a cuando estoy solo/a.                         |  |  |  |  |  |
| 76. Siento que los demás no me valoran como merezco.                 |  |  |  |  |  |
| 77. Me siento solo/a aún estando con gente.                          |  |  |  |  |  |
| 78. Estoy inquieto/a; No puedo estar sentado/a sin moverme.          |  |  |  |  |  |
| 79. Me siento un/a inútil.   |  |  |  |  |  |
| 80. Siento que algo malo me va a pasar.                              |  |  |  |  |  |
| 81. Grito o tiro cosas.  |  |  |  |  |  |
| 82. Tengo miedo a desmayarme en medio de la gente.                   |  |  |  |  |  |
| 83. Siento que se aprovechan de mí si lo permito                     |  |  |  |  |  |
| 84. Pienso cosas sobre el sexo que me molestan.                      |  |  |  |  |  |
| 85. Siento que debo ser castigado/a por mis pecados.                 |  |  |  |  |  |
| 86. Tengo imágenes y pensamientos que me dan miedo.                  |  |  |  |  |  |
| 87. Siento que algo anda mal en mi cuerpo.                           |  |  |  |  |  |
| 88. Me siento alejado/a de las demás personas.                       |  |  |  |  |  |
| 89. Me siento culpable.  |  |  |  |  |  |
| 90. Pienso que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.           |  |  |  |  |  |

**ANEXO B: WAI****W A I – INVENTARIO DE ALIANZA TERAPÉUTICA CLIENTE****INSTRUCCIONES**

A continuación hay algunas oraciones que describen diversas maneras en las cuales una persona puede pensar o sentir acerca de su sicólogo.

Responda rápidamente, sin pensar mucho y marque la primera respuesta que le venga a la mente.

Por favor recuerde responder a todos los ítems

Use la siguiente escala para expresar como se siente con su sicólogo.

|              |                 |                    |                      |                     |                         |                |
|--------------|-----------------|--------------------|----------------------|---------------------|-------------------------|----------------|
| <b>NUNCA</b> | <b>RARA VEZ</b> | <b>POCAS VECES</b> | <b>ALGUNAS VECES</b> | <b>MUCHAS VECES</b> | <b>MUCHÍSIMAS VECES</b> | <b>SIEMPRE</b> |
| <b>1</b>     | <b>2</b>        | <b>3</b>           | <b>4</b>             | <b>5</b>            | <b>6</b>                | <b>7</b>       |

Si la oración describe la manera en la cual siempre se siente o piensa sobre su sicólogo, encierre el número 7; si esta situación nunca se aplica encierre el número 1. Use los números intermedios para describir las formas intermedias de acuerdo a cómo se siente.

**ESTE CUESTIONARIO LE PERMITIRÁ A SU SICÓLOGO REFLEXIONAR SOBRE EL PROCESO SICOTERAPÉUTICO Y BRINDARLE UN MEJOR SERVICIO**

Gracias por su cooperación.

**ESTA SECCIÓN DEBE SER LLENADA POR SU SICÓLOGO**

**Nombre del Psicólogo:** \_\_\_\_\_ **Sesión No.** \_\_\_\_\_  
**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Tipo de Terapia:** \_\_\_ **Cognitiva**      \_\_\_ **Humanista**      \_\_\_ **Sicodinámica**  
                          \_\_\_ **Familiar**

                         \_\_\_ **Integrativa**      \_\_\_ **Otro**  
**(indique)** \_\_\_\_\_

**Nombre del Cliente:** \_\_\_\_\_

|    |   | NUNCA | RARA VEZ | POCAS VECES | AGLUNAS VECES | MUCHAS VECES | MUCHISIMAS VECES | SIEMPRE |
|----|---|-------|----------|-------------|---------------|--------------|------------------|---------|
| 1  | Me siento incómodo con mi psicólogo/a   | 1     | 2        | 3           | 4             | 5            | 6                | 7       |
| 2  | Mi psicóloga/o y yo estamos de acuerdo en lo que necesito hacer para mejorar mi situación     | 1     | 2        | 3           | 4             | 5            | 6                | 7       |
| 3  | Me siento preocupado por los resultados que puedan tener estas consultas                      | 1     | 2        | 3           | 4             | 5            | 6                | 7       |
| 4  | Lo que hago en terapia me permite ver salidas diversas para resolver mi problema              | 1     | 2        | 3           | 4             | 5            | 6                | 7       |
| 5  | Mi psicóloga/o y yo nos entendemos  | 1     | 2        | 3           | 4             | 5            | 6                | 7       |
| 6  | Mi psicóloga/o percibe de manera acertada cuales son mis metas para estas consultas           | 1     | 2        | 3           | 4             | 5            | 6                | 7       |
| 7  | Me siento confundido con lo que hacemos durante las sesiones terapéuticas                     | 1     | 2        | 3           | 4             | 5            | 6                | 7       |
| 8  | Yo creo y siento que le agrado a mi psicóloga/o   | 1     | 2        | 3           | 4             | 5            | 6                | 7       |
| 9  | Me gustaría que mi psicóloga/o y yo pudiéramos clarificar mejor los objetivos de las sesiones | 1     | 2        | 3           | 4             | 5            | 6                | 7       |
| 10 | Estoy en desacuerdo con mi psicóloga/o acerca de lo que yo debería lograr de la terapia       | 1     | 2        | 3           | 4             | 5            | 6                | 7       |
| 11 | Creo que es ineficiente o poco productivo el tiempo dedicado a terapia                        | 1     | 2        | 3           | 4             | 5            | 6                | 7       |
| 12 | Mi psicóloga/o no entiende lo que yo quiero conseguir con la terapia                          | 1     | 2        | 3           | 4             | 5            | 6                | 7       |
| 13 | Tengo claro cuales son mis responsabilidades en este proceso de terapia                       | 1     | 2        | 3           | 4             | 5            | 6                | 7       |

|    |  |   |   |   |   |   |   |   |
|----|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 14 | Los objetivos de estas sesiones son importantes para mi  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15 | Lo que hacemos en terapia es irrelevante con mis preocupaciones o problemas                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16 | Yo siento que lo que hacemos en terapia me ayuda a cambiar o resolver mis preocupaciones o problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17 | Yo siento que mi sicóloga/o está realmente interesado/a en mi bienestar                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18 | Tengo claro lo que mi sicóloga/o espera de mi en las sesiones  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19 | Mi sicóloga/o y yo nos respetamos mutuamente   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20 | Siento que mi sicóloga/o no es totalmente honesta/o acerca de la forma como se siente conmigo        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21 | Yo confío en la habilidad de mi sicóloga/o para ayudarme   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22 | Mi sicóloga/o y yo trabajamos para alcanzar metas en las que ambos estamos de acuerdo                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23 | Yo siento que mi sicóloga/o me aprecia   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24 | Mi sicóloga/o y yo estamos de acuerdo en lo que es importante trabajar para mi                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 25 | Como resultado de estas sesiones me he dado cuenta de cómo yo puedo cambiar para estar mejor         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 26 | Mi sicóloga/o y yo confiamos el uno en el otro   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 27 | Mi sicóloga/o y yo tenemos ideas diferente sobre cuales son mis problemas                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 28 | La relación con mi sicóloga/o es muy importante para mi  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 29 | Siento que si digo o hago cosas equivocadas mi sicóloga/o va a dejar de trabajar conmigo             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 30 | Mi sicóloga/o y yo conjuntamente determinamos metas para mi terapia                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 31 | Me siento frustrada/o o molesta/o con las cosas que hago en terapia                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 32 | Hemos logrado un buen entendimiento en cuanto a los cambios que serían buenos para mi                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 33 | Las cosas que mi sicóloga/o me pide que haga carecen de sentido para mi                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 34 | Yo no sé que esperar de los resultados de esta terapia   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 35 | Considero que la forma en que estamos trabajando con mis problemas es correcta                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 36 | Siento que a mi psicóloga/o le importo aun cuando hago cosas con las que no está de acuerdo          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

*Método de calificación para el Inventario de Alianza Terapéutica Versión Cliente y Terapeuta*

Nota: Los ítems reversibles (R) están marcados con un REVERTIR

### WORKING ALLIANCE SCORING

Componentes:

| Tarea  |          |       | Vínculo |          |       | Objetivos |          |       |              |
|--------|----------|-------|---------|----------|-------|-----------|----------|-------|--------------|
| Ítem # | NR/R     | Valor | Ítem #  | NR/R     | Valor | Ítem #    | NR/R     | Valor |              |
| 2      | +        |       | 1       | REVERTIR |       | 3         | REVERTIR |       |              |
| 4      | +        |       | 5       | +        |       | 6         | +        |       |              |
| 7      | REVERTIR |       | 8       | +        |       | 9         | REVERTIR |       |              |
| 11     | REVERTIR |       | 17      | +        |       | 10        | REVERTIR |       |              |
| 13     | +        |       | 19      | +        |       | 12        | REVERTIR |       |              |
| 15     | REVERTIR |       | 20      | REVERTIR |       | 14        | +        |       |              |
| 16     | +        |       | 21      | +        |       | 22        | +        |       |              |
| 18     | +        |       | 23      | +        |       | 25        | +        |       |              |
| 24     | +        |       | 26      | +        |       | 27        | REVERTIR |       |              |
| 31     | REVERTIR |       | 28      | +        |       | 30        | +        |       |              |
| 33     | REVERTIR |       | 29      | REVERTIR |       | 32        | +        |       |              |
| 35     | +        |       | 36      | +        |       | 34        | REVERTIR |       |              |
| TOTAL  |          |       | TOTAL   |          |       | TOTAL     |          |       | Total Global |

1. REVIERTA LOS ÍTEMS INDICADOS
2. DESPUÉS DE REVERTIR, SUME EL TOTAL PARA CADA COMPONENTE

\*Los ítems NO REVERSIBLES son calificados del 1 al 7, de acuerdo a cómo el cliente marcó ese ítem.

\* REVERTIR: Se califica al revés de lo que indica el cliente. Por ejemplo, si el cliente marcó 1 debe revertir a 7; si marcó 2 debe revertir a 6; etc. De tal manera que: **7=1; 6=2; 5=3; 4=4; 3=5; 2=6; 1=7**

\*Se pueden sumar las calificaciones para el componente de tarea, vínculo y objetivos de manera separada, y también se pueden sumar todo para sacar una calificación global.