



UNIVERSIDAD DE NEGOCIOS ISEC
DEL SISTEMA INCORPORADO A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE: 3172-25
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

FACTORES INVOLUCRADOS EN EL ÉXITO O FRACASO TERAPÉUTICO DESDE LA
PERSPECTIVA DEL PACIENTE: UN ESTUDIO DE CASO

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
NORMA GABRIELA SÁNCHEZ OLVERA

DIRECTOR DE TESIS:
MTRO. NICOLÁS ARMANDO TORRES Y TORRES

MÉXICO D.F., FEBRERO 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no habría sido posible sin el apoyo de muchas personas que han estado conmigo a lo largo de este camino, a todos ustedes dedico este trabajo y les reitero mi admiración y cariño.

A mis padres Norma Olvera y Ernesto Sánchez por su amor, enseñanzas, comprensión y apoyo incondicional. A ti mamá por enseñarme que sí se puede, porque tu ejemplo y fortaleza para salir adelante en cada momento ha sido parte fundamental de mi vida. A ti papá por enseñarme a dar lo mejor de mí en cada proyecto que emprendo, por enseñarme a divertirme y a encontrar diferentes alternativas a los obstáculos. Los amo y no me alcanzan las palabras para terminar de agradecer todo lo que han hecho por mí.

A mis hermanos Mara y Ernesto por ser mis motores, mis mejores amigos, mis cómplices y los pilares que me sostienen. Mara por tu entusiasmo, porque todos los días aprendo cosas nuevas gracias a ti, por tu madurez, por tu solidaridad. Ernesto por estar conmigo en los momentos complejos, por entenderme cuando todo es confuso, por tu confianza y por iluminar mi vida.

A Alejandro Montoya, por todo el apoyo que me has dado; por tu amor, tu comprensión, tu compañía, tu calidez en mis momentos de flaqueza, tu paciencia, tus palabras y todo lo que nos queda por delante.

A mis amadísimos abuelos Carmen Bravo, Macario Sánchez y Dolores Alvarado por su ejemplo de vida, su cariño, sus historias, sus valores y por todo su apoyo. Todo lo que he aprendido de ustedes forma parte de los cimientos que me permiten ser la persona que soy.

A mis tías Magnolia y Marcela por todas sus enseñanzas, por su amor, su calidez, su interés, su paciencia, las risas, el tiempo que han estado conmigo y la confianza que me han brindado.

A la familia Perales Alejandres, en especial a Diana y Julia, por todos estos años de amistad que resiste el tiempo y la distancia.

A mis amigas Aura Huerta, Irina Javier, Citlali Irene y Juana Moreno, su valentía, su fuerza y su grandeza ha sido una gran lección de vida.

A Lorena Hernández y Roberto Hidalgo por mostrarme que no hay reto imposible cuando se trabaja duro y se confía en uno mismo, gracias por ayudarme a descubrir cosas de mí que estaban escondidas.

A mi querido Barrio Bravo de Tepito, lugar en el que me desarrollé laboralmente y que me enseñó cosas que son imposibles de aprender en los libros. Igualmente dedico este trabajo a las personas mayores que ahí conocí, en especial este trabajo va dedicado a Alfonso Gutiérrez.

Agradezco infinitamente a la Universidad de Negocios ISEC por ser mi segunda casa en mis años de formación académica y por permitirme culminar esta fase de mi preparación profesional.

A toda la planta docente que puso todo su esfuerzo, dedicación, conocimiento y ética profesional al servicio de sus alumnos para preparar profesionales comprometidos con el bienestar social.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por permitirme continuar con mis estudios gracias a su programa de becas a alumnos incorporados.

Un agradecimiento especial al maestro Nicolás Torres y Torres por todo su apoyo, guía, paciencia infinita y consejos, los cuales fueron esenciales para el desarrollo de este trabajo.

Y finalmente agradezco a @Tonsouire por su confianza en mí, por compartir su historia y permitir que este trabajo se llevara a cabo.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I. LA PSICOTERAPIA.....	10
1.1 DEFINICIÓN DE PSICOTERAPIA.....	10
1.1.1 Antecedentes históricos.....	12
1.1.1.1 Modelos psicodinámicos.....	19
1.1.1.2 Modelos conductuales.....	21
1.1.1.3 Modelos humanístico-existenciales.....	23
1.1.1.4 Modelos cognitivos.....	26
1.1.1.5 Modelos sistémicos.....	28
1.2 PROCESO PSICOTERAPÉUTICO.....	30
1.2.1 Inicio formal.....	31
1.2.2 Establecimiento de objetivos y selección de estrategias.....	32
1.2.3 Ejecución y desarrollo de las estrategias terapéuticas.....	33
1.2.4 Evaluación del progreso terapéutico y los resultados alcanzados.....	33
1.3 MODELOS TERAPÉUTICOS Y SUS PARTICULARIDADES.....	33
1.3.1 Psicoanálisis y modelos psicodinámicos.....	33
1.3.2 Modelos conductuales.....	34
1.3.3 Modelos humanístico-existenciales.....	36
1.3.4 Modelos cognitivos.....	37
1.3.5 Modelos sistémicos.....	38
1.4 CARACTERÍSTICAS DE LA PSICOTERAPIA.....	40
CAPÍTULO II. INTEGRANTES DE LA PSICOTERAPIA.....	46
2.1 DEFINICIÓN DE PACIENTE, CLIENTE O USUARIO.....	46
2.1.1 Motivos de consulta comunes.....	46

2.1.2 Variables del paciente.....	47
2.1.2.1 Variables del paciente que benefician el tratamiento.....	48
2.1.2.2 Variables del paciente que obstaculizan el tratamiento.....	49
2.2 EL TERAPÉUTA.....	51
2.2.1 Características del psicoterapeuta.....	52
2.2.2 Formación del psicoterapeuta.....	55
2.2.3 Ética del psicoterapeuta.....	57
CAPÍTULO III. RELACIÓN TERAPÉUTICA.....	60
3.1 CARACTERÍSTICAS DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA.....	62
3.1.1 Modelos psicodinámicos.....	63
3.1.2 Modelos humanístico-existenciales.....	66
3.1.3 Modelo cognitivo.....	71
3.1.4 Modelo sistémico.....	74
3.2 ROL DEL CLIENTE.....	76
3.3 ROL DEL TERAPEUTA.....	78
3.3.1 Actitudes promotoras de la alianza terapéutica.....	79
3.3.2 Errores del terapeuta.....	82
3.4 INVESTIGACIONES Y EVALUACIÓN DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA.....	82
CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA.....	85
4.1 PARTICIPANTE.....	85
4.2 PROCEDIMIENTO.....	86
4.2.1 Acceso al participante.....	86
4.2.2 Fuentes de datos.....	86
4.2.3 Proceso de análisis.....	87
4.2.4 Validación y confiabilidad de los datos.....	89
CAPÍTULO V. RESULTADOS.....	90
5.1 PROCESO TERAPÉUTICO EXITOSO.....	90

5.1.1 Motivo de consulta.....	91
5.1.2 Encuadre.....	93
5.1.3 Relación terapéutica.....	95
5.1.4 Confianza.....	98
5.1.5 Técnicas empleadas.....	99
5.1.6 Abordaje.....	101
5.1.7 Factores externos.....	102
5.1.8 Notar cambios.....	102
5.1.9 Motivación para seguir el tratamiento.....	103
5.2 PROCESO TERAPÉUTICO NO EXITOSO.....	106
5.2.1 Motivo de consulta no manifiesto.....	107
5.2.2 Mejoría no percibida.....	108
5.2.3 Carencia de encuadre.....	109
5.2.4 Relación terapéutica.....	109
5.2.5 Expectativas no cumplidas.....	114
5.2.6 Técnicas empleadas.....	115
5.2.7 Abordaje.....	115
5.2.8 Factores externos.....	117
5.2.9 Abandono del tratamiento.....	117
CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN.....	120
6.1 PROCESO TERAPÉUTICO EXITOSO.....	120
6.2 PROCESO TERAPÉUTICO NO EXITOSO.....	127
6.3 REFLEXIONES FINALES.....	133
REFERENCIAS.....	136

RESUMEN

En los últimos años la investigación de la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos ha buscado la relación existente entre los factores comunes de éstos y el éxito terapéutico. A pesar de la gran cantidad de resultados que se ha obtenido, en nuestro país esa investigación ha sido limitada y en general no se han establecido estudios en los que se profundice en las experiencias de los pacientes. Esta investigación de corte cualitativo estudió a profundidad los factores que resultaron determinantes para considerar un tratamiento como exitoso y otro no exitoso; desde el punto de vista de una persona que acudió a diversos tratamientos a través de los años. Se generaron dos modelos, el primero describe el proceso exitoso y define los factores involucrados en la motivación del paciente para seguir un tratamiento; encontrando tres fuentes principales: la percepción de cambio, la confianza en el terapeuta y las técnicas empleadas. El segundo modelo expone el proceso no exitoso y considera los elementos asociados al abandono prematuro del mismo: la carencia de mejoría, expectativas no cumplidas y factores externos. Estos modelos pueden aportar información y sirven de punto de comparación con otros procesos terapéuticos. Ambos modelos se analizaron en función de diversos hallazgos y postulados teóricos en los que se resalta el nivel de compromiso por parte del paciente y el profesionalismo y desempeño ético del terapeuta.

Palabras clave: *Éxito terapéutico, Relación terapéutica, Confianza, Alianza terapéutica, Expectativas del paciente.*

ABSTRACT

In the last years, the research on the effectiveness of psychotherapeutic treatments has examined the relationship between the common factors of diverse treatments and the therapeutic success. Despite the amount of research results on that topic, in our country that kind of research has been limited and there are few studies approaching clients' experiences profoundly. This qualitative research studied, in deep, factors which can be considered as definitive in considering a treatment like successful or non-successful; according to the experience of a client who has experienced different treatments through the years. Generating two models from her discourse, the first one describes a successful process and defines factors involved in client's motivation and adherence to treatment; finding three main sources of success: perception of change, confidence in the therapist and employed techniques. The second model exposes a non-successful process and considered elements associated to early treatment discontinuation: lack of improvement, unfulfilled expectations and external factors. These models can provide information and points of comparison with other therapeutic processes. Both models were analyzed according to diverse findings and theoretical postulates which highlights client's level of commitment and therapist's professionalism and ethical performance.

Key words: Therapeutic success, Therapeutic relationship, Trust, Therapeutic Alliance, Patient's expectations.

INTRODUCCIÓN

Desde el origen de los tratamientos psicoterapéuticos, los distintos modelos existentes han realizado esfuerzos por demostrar su efectividad y eficiencia. Estas investigaciones han tenido una gran diversidad debido a la variedad de modelos, las epistemologías, los objetivos, las teorías, las metodologías y sus contextos (Corbella & Botella, 2003).

Durante la década de los 50, se buscaba demostrar cuál era el modelo que funcionaba mejor en la atención de los problemas psicológicos, sin embargo los resultados de dichos estudios establecieron que no existen diferencias estadísticas significativas que ayuden a esclarecer este punto (Feixas & Miró, 1993; Morawetz, 2002).

A partir de estos resultados se generó una nueva tendencia en las investigaciones de la psicoterapia, la cual se ha dedicado a identificar y profundizar en la forma en que los factores comunes entre los tratamientos funcionan (Labrador, 2004).

Es así como la eficacia diferencial, la alianza terapéutica, las variables del paciente y el estilo personal del terapeuta se convirtieron en el objeto de estudio actual en cuanto a la investigación en psicoterapia se refiere. Tal vez el factor que más ha llamado la atención ha sido la relación terapéutica, a tal grado que ya existe una línea de investigación configurada para estudiar la interacción entre las variables del terapeuta y del paciente (Corbella & Botella, 2003).

Independientemente de ello, conocer la eficacia de la psicoterapia responde a otras necesidades. Por una parte se relaciona con el aspecto ético de los psicoterapeutas, pues se busca la optimización de sus servicios; lo cual hace necesario disponer de evidencias claras sobre los efectos de los tratamientos psicológicos, con el fin de aumentar la calidad de las intervenciones en pos de la mejora de los clientes. Por otra parte brinda argumentos para la toma de decisiones y mejora en la calidad de la atención en los sistemas de salud (Corbella & Botella, 2003).

El panorama actual de la psicoterapia en México tiene una serie de aristas que la colocan en una situación difícil de definir, puesto que la demanda de atención psicológica ha aumentado con el paso del tiempo pero las condiciones económicas de los países latinoamericanos ha determinado que el público pueda acceder menos a tratamientos psicoterapéuticos. Esto ha beneficiado el surgimiento de tratamientos alternativos con personas sin la preparación adecuada (Velasco 2011).

Paralelamente hay asociaciones con reconocimiento profesional avalados por consejos de profesionistas o instituciones académicas que brindan tanto atención psicológica como formación profesional a los candidatos para ser psicoterapeutas y realizan grandes esfuerzos por garantizar la calidad y profesionalismo en sus servicios.

Por otro lado, Sánchez-Sosa (2012) menciona que actualmente la psicoterapia en México se ha ido reafirmando como un campo profesional que aplica principios y técnicas terapéuticas sometidas a pruebas empíricas que permiten la rendición de cuentas, lo cual le ha dado más fuerza. Y que además poco a poco se ha prestado mayor atención al tema de la formación de psicoterapeutas debido a la proliferación de instancias académicas con poca calidad profesional y seriedad ética, lo cual pone en riesgo a los usuarios. Todo esto ha redundado en la aparición de las primeras leyes mexicanas que intentan regular estos aspectos.

Esta diversidad en la situación actual de la psicoterapia en México invita a la realización de investigaciones y la creación de mecanismos para distinguir entre la actividad seria de la charlatanería (Velasco, 2011).

Si bien existen diversos trabajos que investigan las condiciones de la psicología en México en cuanto a la formación profesional y su ejercicio, no hay suficientes informes sobre la práctica de la psicoterapia ni desde el punto de vista de los grupos o sociedades ni a nivel individual.

En 1991 se realizó una encuesta a diversas sociedades en la que se recabó información de grupos organizados de psicoterapeutas cuestionando datos generales, estructura teórica y técnica;

datos relativos a publicaciones y actividades formativas. Más tarde, en 1993 se realizó la misma encuesta a nivel nacional. Sin embargo no se han elaborado actualizaciones de estas investigaciones o estudios que sigan esta línea y ayuden a establecer el escenario real de la psicoterapia en México (Velasco, 2011).

Esto implica que en nuestro país queda mucho por hacer en cuanto a investigación en psicoterapia se refiere. De acuerdo a Hirsch y Lardani (2001) uno de los obstáculos para aumentar la investigación de esta índole, es la escasez de recursos que se invierte y la carencia de un consenso sobre cuáles son los instrumentos ideales para evaluar los aspectos importantes dentro de la psicoterapia.

Es importante considerar que la investigación que se ha venido realizando en los últimos tiempos ha usado, de manera general, metodología cuantitativa en pos de la estandarización de procesos y técnicas. Por lo tanto, se ha disminuido el uso de métodos cualitativos que buscan profundizar en los casos y conocer las realidades de los pacientes. Con lo anterior, habría que recordar que esta línea de investigaciones puede conducir a descubrimientos importantes y que, sobre todo en el caso de la psicoterapia, el tipo de profundizaciones que pueden lograrse al entender la realidad tal y como el paciente la ve, es una de las bases principales de aportación de conocimiento útil para el desarrollo y perfeccionamiento de la psicoterapia (Becoña, Vázquez, & Oblitas, 2003).

Fernández, London y Tarragona (2003) consideran central que psicoterapeutas en sus diferentes campos de acción, estén en un constante proceso de reflexión sobre su práctica cuestionándola y analizándola desde una postura crítica. Por supuesto este proceso también debería involucrar a los pacientes a reflexionar sobre sus experiencias terapéuticas; incluyendo la relación con el terapeuta, para ser capaces de encontrar qué funciona bien y repetirlo, así como dejar de lado las ideas que no han sido útiles en el proceso terapéutico.

Por otra parte, Anderson (2013) presenta una serie de testimonios en donde los pacientes expresan la necesidad de analizar sus procesos terapéuticos y la manera en la que sus terapeutas se acercan a ellos, indagan en sus problemáticas, preguntan y se hacen hipótesis sobre su posible

diagnóstico. Para esta autora es mejor dejar de lado evaluaciones prematuras que los terapeutas se pueden formular y darle mayor importancia a la búsqueda de un entendimiento completo de las vivencias del paciente.

En este sentido, menciona que conocer las descripciones que los clientes hacen de sus experiencias terapéuticas y sus terapeutas, provee de una vasta fuente de información que puede ser utilizada para el desarrollo y perfeccionamiento de la práctica psicoterapéutica. Es decir que se considera que los clientes pueden enseñar a los terapeutas, mediante sus testimonios, si se tienen en cuenta que ellos son expertos de sus vivencias dentro de la relación terapéutica y las reflexiones que hacen acerca de sus tratamientos.

Por otra parte, otros autores mencionan que es importante conceptualizar las investigaciones de una manera en la que el participante permanezca como actor principal y que su voz se mantenga tan cercana a la original como sea posible para que la riqueza de su experiencia pueda ser capturada a través de su propio lenguaje (London, Ruíz, Gargollo, & M.C., 2013).

En una primera fase de este trabajo, la pregunta de investigación se vinculaba a la manera en la que los terapeutas de distintos enfoques fomentan la configuración de una relación terapéutica que permita que el paciente se desenvuelva dentro del tratamiento y así pueda considerarse que éste ha sido exitoso.

Sin embargo, tomando en cuenta que la visión y técnica de los diversos modelos con respecto a este tema ya han sido ampliamente estudiadas, y que a pesar de ello siguen existiendo testimonios cotidianos de personas que tienen opiniones variadas sobre la efectividad de los tratamientos a los que han acudido, se optó por enfocar el presente trabajo en profundizar en la experiencia de una persona que había acudido a psicoterapia para conocer los elementos que habían jugado un papel importante durante dicho proceso, mediante una metodología flexible y que pudiera abordar dicha problemática; rescatando la experiencia subjetiva del participante. Todo esto es posible gracias al uso de la metodología cualitativa que fue utilizada en la presente investigación.

Por tal motivo las preguntas de investigación tuvieron un nuevo enfoque y buscaron responder cómo se vive la psicoterapia desde el punto de vista del paciente, cuáles son los factores que el paciente considera importantes para el desarrollo del tratamiento y cómo es que estos factores se relacionan para lograr los objetivos del paciente.

Los objetivos de la investigación buscaron profundizar en la experiencia de una persona que acudió a psicoterapia, identificar los factores que fueron cruciales en el desarrollo del tratamiento desde su perspectiva y comprender la forma en la que se interrelacionan los diversos elementos que rodean al proceso terapéutico desde el punto de vista del paciente. Sin embargo, gracias a las particularidades que este caso presenta también se pudo profundizar y comprender las características que rodean a un tratamiento no exitoso.

Con todo esto fue posible generar dos modelos explicativos en los que se podrían observar, por un lado las particularidades de un tratamiento considerado exitoso y por otro uno no exitoso; utilizado el procedimiento de Teoría Fundamentada, el cual permite descubrir teorías a partir de los datos y no necesariamente de ideas a priori, así como refinar conceptos e integrar teorías coherentes (Strauss & Corbin, 2003).

Se busca que estos modelos aporten información sobre el tipo de percepción que tienen los pacientes durante los procesos terapéuticos, considerando sus expectativas, el tipo de relación que se desarrolla con el terapeuta y los resultados que obtienen de este tipo de tratamientos.

Esta investigación pretende ahondar en las experiencias significativas de la participante para obtener una descripción, lo más completa posible. Por lo tanto se utilizó la entrevista a profundidad como método de recolección de datos, la cual permite comprender las perspectivas de la informante respecto a sus tratamientos tal y como lo expresa en sus propias palabras (Taylor & Bogdan, 1990).

La investigadora entrevistó a una mujer de 26 años, originaria y residente de la Ciudad de México, quien acudió a 4 procesos terapéuticos en total desde los 16 años hasta los 22. En esta

investigación se retoman únicamente el primer tratamiento y el último por ser los más significativos para la participante.

Este trabajo busca codificar los diversos elementos que son importantes para el éxito o el fracaso terapéutico de acuerdo a la percepción del usuario, para luego compararlos frente a los diversos postulados teóricos que ponderan algunos factores comunes como cruciales en el desarrollo y resultado del proceso terapéutico.

Es importante considerar que los resultados de esta investigación no pueden generalizarse debido a la naturaleza de la metodología cualitativa; sin embargo puede servir como marco de referencia al rescatar un caso rico en matices. Así mismo, la metodología cualitativa pretende entender los aspectos más íntimos de la experiencia subjetiva de los participantes; comprendiendo un fenómeno desde un enfoque de complejidad que otras metodologías no permiten. Así, las bondades de la metodología de este estudio pueden permitir una comprensión contextualizada de los aspectos teóricos elaborados bajo otros marcos de investigación y replicarse bajo una perspectiva flexible.

La presente investigación consta de seis capítulos. En el primero de ellos se define el concepto de psicoterapia y se hace una revisión general de sus antecedentes históricos. Posteriormente se explican de manera particular cinco de los modelos más estudiados en psicología clínica. Así mismo se identifican las fases de los procedimientos terapéuticos, en primera instancia a nivel general y con respecto a los cinco modelos antes mencionados.

El segundo capítulo explora las características de los integrantes del proceso terapéutico, por una parte identifica las variables del paciente, desde aquellas que benefician al proceso terapéutico hasta las que lo obstaculizan. En segundo plano explica las características del terapeuta desde un nivel personal hasta el profesional en el que se involucran también aspectos éticos.

Una vez que se han explicado estos conceptos, en el tercer capítulo se define la relación terapéutica, sus características generales y las particularidades que presentan de acuerdo a los

modelos psicodinámico, cognitivo conductual, humanístico y sistémico. Se explica también la función del cliente en esta relación, el rol del terapeuta, las actitudes que pueden promover que el paciente sienta mayor capacidad para relacionarse con el terapeuta, así como errores que puede tener el terapeuta al momento de relacionarse con el paciente. Además de esto se mencionan diversas investigaciones y maneras de evaluar la alianza terapéutica.

El cuarto capítulo describe la metodología utilizada en la investigación, desde las características de la participante, las fuentes de datos, el proceso de análisis y validación y confiabilidad de los datos.

El quinto capítulo muestra los modelos extraídos de las entrevistas, el primero describe una experiencia terapéutica exitosa y el segundo muestra una experiencia terapéutica no exitosa, en ambos casos se presentan las categorías que componen los modelos y se presentan extractos de las entrevistas que las ejemplifican.

Finalmente el sexto capítulo presenta la discusión de los resultados obtenidos comparando ambos modelos con los postulados teóricos preexistentes y destacando los datos que no han tenido tanta atención en el campo de investigación de los procesos terapéuticos. Por último se establecen las reflexiones finales, sobre diversos enfoques que se proponen a través del análisis de los resultados

CAPÍTULO I. LA PSICOTERAPIA

1.1 DEFINICIÓN DE PSICOTERAPIA

Etimológicamente psicoterapia significa cuidar o asistir al espíritu, corazón o al ser de otra persona (Arredondo & Salinas, 2005; Kleinke, 1995), sin embargo de manera conceptual, debido a la gran variedad de técnicas usadas en el trabajo psicoterapéutico, no existe una definición genérica a cerca de ella, aunque todas las existentes incluyen como puntos en común identificarla como un tratamiento dado por una persona profesionalmente autorizada, que hace uso de medios y recursos psicológicos para ayudar a resolver problemas de otra persona, todo esto bajo el contexto de una relación profesional. El punto de partida de la psicoterapia se da cuando el paciente es capaz de mostrar su dolor psíquico, y el terapeuta es capaz de acogerlo empáticamente, para desde allí empezar su labor de ayuda psicológica (Feixas & Miró, 1993; Jiménez, 2005; Zaldívar, Vega, & Roca, 2004).

Es decir que este concepto tiene en cuenta ciertos elementos necesarios básicos para explicar su definición, los cuales interactúan para resolver los problemas psicológicos de aquel que solicita la atención profesional; estos elementos son (Feixas & Miró, 1993):

- El paciente, cliente o usuario
- El psicoterapeuta
- La relación terapéutica

Cuando se habla de problemas psicológicos, o del proceso de salud-enfermedad desde el punto de vista psicológico, se hace referencia a las dificultades que tienen los individuos para relacionarse con los demás, la forma en la que percibe el mundo o a sí mismo, es decir la manera en que una persona se ajusta o no a los cambios que suceden en su ambiente; se caracterizan por generar ansiedad, insatisfacción, excesiva atención a los conflictos, dificultad para alcanzar sus

objetivos y por lo tanto, problemas para funcionar en las diversas áreas de la vida (Piña, 2008; Zaldívar et al, 2004).

Pero además de atender este tipo de circunstancias la psicoterapia también busca generar tareas de prevención, profilaxis y recuperación de la salud a partir de sus diversos modelos. Uno de los grandes obstáculos de las diversas psicoterapias es que muchas de ellas no retoman los estudios anteriores o los modelos e investigaciones novedosas que podrían darles validez o que fundamentarían su quehacer, sino que carecen de una sólida evidencia sobre su eficacia y generalmente tienen ligeras indicaciones sobre lo que hay que hacer. Por lo tanto es mejor concebir el objeto de la psicoterapia como un campo de acción amplio y variado que no puede ser explicado o abordado por una sola terapia sin que haga uso de otros recursos; esta visión permite especializar la psicoterapia y sus técnicas terapéuticas (Labrador, 2004).

Para el desarrollo de la presente investigación se consideró relevante realizar una breve reseña de los antecedentes históricos sobre la evolución de la psicoterapia y de los modelos más utilizados actualmente, pero antes de realizarlo es pertinente explicar tres conceptos claves en la comprensión de los métodos terapéuticos:

- a) Corriente: la palabra “corriente” en una de sus acepciones se utiliza para denominar el curso, movimiento o tendencia de las ideas (RAE, 2001). Con respecto a la incidencia que este concepto tiene en el desarrollo de la psicología clínica y la psicoterapia, se entiende que la corriente incluye los puntos de vista con los que se examina el comportamiento de las personas y sus procesos mentales; es decir que cada corriente define las causas y consecuencias de la conducta (Gerrig & Zimbardo, 2005).
- b) Modelo terapéutico: el término modelo tiene su origen en las teorías matemáticas y se ha utilizado para denominar diversos esquemas teóricos, sistemas o realidades complejas, los cuales han sido creados para facilitar su comprensión y estudio; este manifiesta un sentido de semejanza y la posibilidad de identificar y unificar elementos teóricos similares (Franquet, 2008; RAE, 2001) cada modelo establece los métodos que utilizará para el estudio del comportamiento, psicopatologías; los objetivos que se perseguirán, la función

que tendrá el terapeuta y técnicas que empleará (Cuenca & Rangel, 2004; Labrador, 2004).

- c) Técnica: es el conjunto de procedimientos y recursos que utiliza una ciencia o un arte para cumplir sus objetivos (RAE, 2001), a su vez se entiende como técnica psicoterapéutica al conjunto de reglas que permiten la maximización de los factores curativos y la minimización de los factores que generan malestar psicológico (Jiménez, 2005).

Las actuales posturas en psicoterapia indican que las corrientes modernas de acción terapéutica, deben describir tanto los objetivos del tratamiento como las estrategias y técnicas que son probablemente útiles para promover tales cambios. Hoy en día las teorías de mecanismo único de acción terapéutica han probado ser poco útiles ya que existe una gran variedad de metas de cambio y de métodos eficaces para lograrlo (Jiménez, 2005).

1.1.1 Antecedentes históricos

La psicoterapia en el sentido estricto apareció a finales del siglo XIX y desde entonces se ha generado una gran cantidad de modelos que surgen en respuesta a demandas determinadas por marcos sociales diversos; es por esto que las psicoterapias se fundamentan en distintas maneras de ver la vida y entender al hombre y sus conflictos (Labrador, 2004).

Los primeros indicios de procesos similares a la psicoterapia surgen gracias a que la humanidad siempre se ha caracterizado por ser compleja y problemática, en gran medida porque los hombres dependen de sus semejantes para sobrevivir en el mundo; ello ha desencadenado dos factores fundamentales, el primero es que la actividad humana siempre ha estado sujeta a patrones sociales de rol y el segundo es que siempre se han desarrollado procedimientos para hacer frente a los problemas (Feixas & Miró, 1993).

La clasificación de aquello que resulta problemático se asocia inevitablemente a los acontecimientos definidos como “anormales”, los cuales son observados bajo dos vertientes

principales: como producto de algún agente sobrenatural (brujos, espíritus, dioses, demonios, etcétera) o como resultado de causas naturales. En función del predominio de una u otra forma de entender la anormalidad es como se visualiza a los trastornos psicológicos en los distintos contextos culturales.

No fue sino hasta el siglo XIX cuando se suscitaron los factores para que pudiera surgir la psicoterapia contemporánea. El primero se refiere a la desvinculación de los agentes sobrenaturales con la conducta anormal y por otra parte el estudio de algunas neurosis que no estaban asociadas con la patología general, es decir que dichas patologías tenían un componente que no era ni físico ni mágico. Gracias a ello se comenzó a entender la enfermedad mental como algo natural que afecta a la humanidad, pero llegar a este punto no fue un camino fácil; para que esto pudiera suceder las diferentes civilizaciones generaron sus propios procesos de “cura” del comportamiento considerado anormal, entre los cuales están las confesiones, hechizos, epístolas, yoga, meditación, etcétera; muchos de ellos siguen teniendo vigencia aunque son estudiados bajo la mirada científica que trata de explicar su efectividad y sus consideraciones específicas dependiendo del marco histórico en el que se desarrollaron y el contexto en el que aún se practican (Feixas & Miró, 1993).

A continuación se presentan algunos de los acontecimientos más relevantes para el desarrollo de la psicoterapia, previo al siglo XIX.

En el apogeo de las sociedades tribales, el hombre no se concebía de manera individual y por tal motivo los remedios que se usaban para resolver lo que hoy se entiende como enfermedades mentales, eran actividades que involucraban al curandero, al enfermo y a la comunidad entera. La explicación que daban a la conducta anormal residía en un fenómeno de posesión de un alma sobre el cuerpo del enfermo. Para solucionar estos acontecimientos, las culturas primitivas utilizaban ceremonias para la restauración de almas, confesiones y exorcismos realizados por un curandero, hechicero o brujo.

Más tarde, durante el auge de la cultura Griega algunos filósofos utilizaron preceptos que pueden recordarnos algunas de las ideas que inciden directamente en la psicoterapia

contemporánea, por ejemplo la concepción racional y un conjunto de argumentos y métodos para que la parte racional de las personas predomine sobre la pasional, garantizando una saludable convivencia en la sociedad, entendiendo al hombre como un individuo producto de la naturaleza. Esta idea es aun parte del desarrollo de las sociedades y sus raíces se remontan a las ideas Aristotélicas y Estoicas (Feixas & Miró, 1993).

En primer lugar, Aristóteles argumentó que la fuente de las acciones de los hombres es racional ya que esa es su naturaleza, y para mantenerse en virtud el hombre debe encontrar el medio justo entre dos extremos viciosos. En segundo lugar, los estoicos permanecían sujetos a la visión de que el hombre debe mantenerse ajustado al orden del mundo que está determinado por la razón universal y que cualquier tipo de pasión era un exceso irracional y conduce a la enfermedad; para controlarlas utilizaban métodos como ejercicios escritos y verbales de concentración y meditación.

Por otra parte, Hipócrates sostenía que los estados patológicos se derivaban de desajustes en el equilibrio de las sustancias que constituían al cuerpo humano, la cura de estos desequilibrios se daba gracias a la naturaleza quien era ayudada por el médico. Posteriormente Galeno continuó con el desarrollo de esta postura médica; para él la enfermedad es una disposición prenatal del cuerpo por la cual se alteran las funciones vitales; además de ello distinguió dos tipos de pasiones: las sanas y las enfermizas, las primeras se vinculaban a la moral y las enfermizas podían ser tratadas por el médico, para ello se le recomendaba al paciente alcanzar la serenidad y tener un tutor o pedagogo que ayudara en el proceso de sanación (Hothersall, 2001).

Durante la Edad Media la iglesia consideró a los trastornos mentales como productos de una voluntad sobrenatural diabólica, por lo tanto los remedios para ello iban desde las oraciones, hoguera, exorcismo y tortura; esta concepción es desencadenada porque el cristianismo entiende la realidad emanada de un centro divino y el hombre solo tiene dos caminos: deificarse o pecar (Feixas & Miró, 1993).

Por tal razón, la iglesia generó sus propios métodos para aumentar las virtudes cristianas; en este sentido existen dos documentos elaborados en aquella época que son ilustrativos de los principios psicoterapéuticos utilizados por la iglesia.

Primeramente “El tratado de la victoria de sí mismo” escrito por Melchor Cano, en donde se explicaban remedios para vencer a los vicios como la gula, lujuria, ira, pereza, avaricia, etcétera, a través de retiros espirituales periódicos en los que la persona tuviera la oportunidad de reflexionar sobre su propia vida a solas con Dios. Con esta reflexión la persona tendría conocimiento claro de aquellos vicios que tuviera y podría vencerlos uno a uno, comenzando por aquel que le resultara más complicado. Además de esto Cano proponía que la persona distinguiera la calidad de los pensamientos que tenía (Ruíz & Cano, 2010).

En segundo lugar está el escrito de Ignacio de Loyola, “Los ejercicios espirituales” en el que se propone que las personas realicen una serie de ejercicios intensivos y muy estructurados, durante cuatro semanas bajo la guía de un experto; durante este periodo la persona puede plantearse el papel que ha desempeñado en toda su vida y su postura posterior (Feixas & Miró, 1993).

En estos escritos pueden verse plasmados principios que actualmente se ocupan en la psicoterapia, por ejemplo: la autoobservación, detección de pensamientos automáticos, construcción de jerarquías, fomento del pensamiento alternativo, disociación e imaginación.

Más tarde, a lo largo del Renacimiento se notaron los primeros testimonios que dejaban de considerar a la enfermedad mental como una posesión diabólica y aunque se seguía utilizando el método del exorcismo, paralelamente se desarrollaron diversos acontecimientos que desvincularon la enfermedad mental de los fenómenos sobrenaturales y la empezaron a estudiar por medio del marco de la medicina. Dentro de los sucesos relevantes de este periodo se encuentran (Feixas & Miró, 1993):

- La descripción de la melancolía y la hipocondría

- Una nueva visión para atender a los “locos” en un solo lugar y que el médico fuera quien se hiciera cargo de ellos
- Clasificación de la histeria, epilepsia e hipocondría como trastornos del sistema nervioso
- Introducción del método moral como tratamiento para las personas alienadas en las instituciones de cuidados mentales

Este último punto respondía a dos grandes factores: la reforma de la asistencia psiquiátrica surgida después de la revolución francesa y una visión optimista de las enfermedades mentales. Gracias a esta nueva perspectiva, los expertos de la época le daban gran importancia a la relación entre el médico y el paciente, y recomendaban que los tratamientos se llevaran a cabo en centros pequeños, pues la intención era animar al personal a dar una atención más personalizada ya que requerían interesarse en conocer a fondo los problemas del paciente. Este tipo de trato, correspondía más a una intención de dar atención humanitaria a los pacientes, que a una técnica formal, ya que aún no se tenían los datos nosológicos suficientes para serlo; sin embargo marca una pauta importante para avanzar al desarrollo de la psicoterapia que actualmente conocemos.

Como ya se mencionó anteriormente, la psicoterapia apareció formalmente en el siglo XIX; su desarrollo en primera instancia estuvo al margen de la medicina oficial y se integró a las investigaciones médicas solo después de que la conducta “anormal” se entendiera como el resultado de una patología. Todos los cambios en las concepciones de esta índole generaron las condiciones necesarias para el desarrollo de una psicoterapia como se conoce en la actualidad con fundamentos y modelos teóricos y técnicos ampliamente estudiados, puesto que en aquella época tenían gran demanda social los tratamientos para las enfermedades nerviosas, cuya etiología no estaba asociada a lesiones anatómicas, y se comenzaba a utilizar la hipnosis como un procedimiento aceptable para los médicos (Feixas & Miró, 1993).

La evolución de la hipnosis como método surgió a partir de los estudios realizados por diversos médicos que se enfrentaron a trastornos neuróticos. En primer lugar se encuentra

Mesmer quien postulaba que existe un fluido físico que llena el universo y conecta al hombre con los elementos de su entorno y que el desequilibrio en la distribución de este fluido es el que genera enfermedades. Ya que todos estamos conectados por este fluido, a través de diversas técnicas pueden provocarse “crisis” con las que se recobra la salud; todas sus técnicas tuvieron gran éxito, especialmente con las pacientes histéricas (Ruíz & Cano, 2010).

Gracias a estos éxitos, la fama de Mesmer le hizo acreedor a tener seguidores que se dividían en dos grandes grupos; aquellos que creían fielmente en el fluido magnético antes mencionado y aquellos que creían que los poderes de la curación radicaban en la fe. En esta categoría se encontraba Puységur, quien observó el caso de un hombre que, durante la curación, manifestaba un estado de adormecimiento en el cual mostraba lucidez, ya que podía recordar cosas olvidadas, predecir el curso de sus síntomas, etcétera; a este estado Puységur le denominó: sonambulismo artificial (Feixas & Miró, 1993).

Todos estos descubrimientos quedaron detenidos debido a los procesos sociopolíticos de aquella época, pues surgió la Revolución Francesa, pero casi un siglo después fueron retomados en dos instituciones dedicadas al tratamiento de estos padecimientos. En la escuela de Nancy lo hicieron Liébault (quien aseguraba que podía generar una cura definitiva a las enfermedades de sus pacientes mientras se encontraran hipnotizados) y Bernheim (quien aseguraba que la hipnosis era un producto de la sugestión). En la escuela de la Salpêtrière lo hizo Charcot (quien después de diversos estudios afirmó que las histerias traumáticas tenían su base en una lesión neurológica permanente y que la hipnosis servía para activarla) (Feixas & Miró, 1993, Tortosa, 1999).

Aunado a esto, se comenzó a estudiar de manera particular la nosología de la histeria, puesto que se convirtió en motivo de frustración para diversos médicos que no sabían si tratarla como un cuadro orgánico o como un problema mental.

Como ya se describió con anterioridad, la hipnosis fue el método de auge para estos problemas hasta que Breuer tuvo que atender el caso, que posiblemente sea uno de los más conocidos en la historia de la psicoterapia: Ana O, quien presentaba síntomas histéricos que fueron curados mediante la hipnosis, hasta que tuvo una recaída debido a la muerte de su padre.

Dicho episodio fue mucho más grave que el primero y por tal razón, Breuer se vio en la necesidad de acercarse más a Ana, a tal grado que ella tuvo la confianza para hablar abiertamente de su vida anterior lo cual la conducía a incidentes específicos. Expresar estos hechos generaba en ella un sentimiento de bienestar y una notable disminución de sus síntomas; de este modo se instauró el método catártico que consistía, en pocas palabras, en ayudar al paciente a revivir y descargar las emociones patógenas vinculadas a recuerdos traumáticos, este proceso se llevaba de la mano de la hipnosis con la cual la conciencia del paciente aumentaba y era más sencillo facilitar el acceso a estas emociones y recuerdos (Feixas & Miró, 1993).

Todos estos antecedentes permiten elaborar una imagen general de las características específicas de esta época en la cual Sigmund Freud pudo dar pie a la creación de las condiciones para que la psicoterapia, representada en esta época con el psicoanálisis, lograra convertirse en una forma operativa y eficaz, no solo para detectar la enfermedad sino para promocionar la salud. En su obra la interpretación de los sueños de 1899, construye las bases de una teoría en el sentido de generalizarla y aportar esta técnica desde una teoría inconsciente, plantea la apertura de una teoría general de los procesos psíquicos sobre la base de la psicología de los sueños (Icho, 1983).

Este nuevo método no tuvo una aceptación inmediata, pues resultaba disonante ante los argumentos médicos de la época, ya que brindaba gran importancia a los procesos psíquicos inconscientes y al desarrollo de la sexualidad infantil. Es por ello que el psicoanálisis inició su propio camino como método de investigación y tratamiento de algunos padecimientos mentales. Durante la primera mitad del siglo XX los modelos psicoanalíticos de psicoterapia tuvieron una gran expansión y lograron convertirse en el modelo de psicoterapia por excelencia entre psiquiatras y no médicos (Feixas & Miró, 1993; García, 2008).

En un lapso de 4 a 5 décadas después surgieron varias modalidades de psicoterapia que tenían como base el psicoanálisis freudiano y daban gran importancia al conflicto intrapsíquico; a estos métodos se les agrupa dentro del modelo psicodinámico. Más tarde surgieron en Europa y los Estados Unidos otras corrientes terapéuticas, algunas basadas en las concepciones filosóficas existenciales y fenomenológicas del hombre, es decir las terapias humanistas; otras fundadas en las terapias del aprendizaje, las cuales se fusionaron con la psicología cognitiva para dar pie a la

terapia cognitivo-conductual; y finalmente la corriente sistémica que evalúan las alteraciones en las interacciones, estilos relacionales y patrones de comunicación humana (Torres, 2009).

A continuación se expondrán las características principales de los modelos antes mencionados que son los más representativos y fundamentados dentro del mar de opciones que brinda la psicoterapia.

1.1.1.1 Modelo psicodinámico

Dentro de esta categoría se engloban aquellos que tienen como base teórica la escuela psicoanalítica fundada por Sigmund Freud, dicha escuela fue la primera en proponer un sistema integrado de psicoterapia que no solo ha intervenido dando un marco de referencia para aquellos que se dedican a la salud mental, sino que va más allá pues ha contribuido a un cambio de percepción en la imagen del hombre, al menos en las culturas occidentales. Para el psicoanálisis el hombre es un animal motivado por fuerzas instintivas que desconoce; es por ello que personas con buena salud física pueden presentar síntomas de enfermedades que no parecen tener conexión con alguna disfunción orgánica, ya que dichas patologías se vinculan a estos instintos; gracias a estas ideas el hombre dejó de entenderse como un individuo puramente racional.

Los fundamentos epistemológicos de esta escuela se pueden dividir en los siguientes modelos (Feixas & Miró, 1993):

- a) Modelo topográfico: distingue el funcionamiento de la mente en tres niveles; inconsciente, preconscious y consciente.
- b) Modelo dinámico: este modelo explica que los fenómenos mentales son resultado de fuerzas en conflicto, dicho conflicto es desencadenado de la necesidad de descargar la tensión generada por las presiones instintivas sexuales agresivas que pugnan contra las barreras construidas para inhibir la expresión consciente de estas presiones. Los síntomas son el resultado de un compromiso que se da para resolver esta pugna entre los instintos y las defensas formadas.

- c) Modelo económico: este explica la distribución, transformación y gasto de energía que regula la conducta y la vida psíquica; el concepto básico de este modelo es la libido.
- d) Modelo genético: postula la formación de la personalidad a través de unas fases del desarrollo psicosexual. Explica que el progreso normal de una fase a otra puede alterarse por un exceso o una carencia en la gratificación de la actividad básica de cada fase; dicha alteración puede conducir al desarrollo de patrones característicos de personalidad u conducta en la adultez. Estas fases se observan en la infancia y se ligan a las zonas de gratificación psicosexual dependiendo de la edad y el desarrollo. Estas son: oral, anal, fálica, latencia y genital.
- e) Modelo estructural: este modelo propone la división del aparato psíquico en tres unidades funcionales, que se desarrollan gracias a la maduración biológica por una parte, y por otra a la interacción social. Estas son: ello, yo y superyó.

Estos conceptos son básicos para entender el objetivo principal de la terapia psicoanalítica: hacer consciente lo inconsciente, ya que gracias a ello, el paciente podrá caer en cuenta de la razón principal de sus síntomas (Feixas & Miró, 1993).

Dentro de este modelo se desarrolló la técnica estándar para el tratamiento de los padecimientos neuróticos. En estos métodos se encuentra el encuadre psicoanalítico que sugiere el uso de la regla básica en la cual el paciente debe decir cualquier cosa que le venga a la mente, sin importar lo trivial, risible o doloroso que sea; gracias a la aplicación de esta regla habrá material para que se realice interpretación de sueños, análisis de actos fallidos, resistencias y además se podrá hacer uso de la asociación libre. Todo esto permite que el paciente pueda tener insights, es decir que tenga plena lucidez sobre su condición y por lo tanto se “cure” de sus síntomas, ya que una vez que se han eliminado todas las lagunas de la memoria y aclaradas las particularidades de la vida psíquica deja de persistir la enfermedad.

Sin embargo en la actualidad la técnica estándar se ha ido modificando pues con el paso del tiempo las indicaciones que hacían este tipo de modelos fueron limitando el ingreso de diversos tipos de pacientes y se hacía un esfuerzo por buscar pacientes adecuados para estos métodos y no al revés. Actualmente las técnicas modificadas han permitido un conjunto adaptativo de indicaciones, donde el tratamiento es el que se adapta a las características de cada paciente (Jiménez, 2005).

1.1.1.2 Modelos conductuales

Estos modelos surgieron en los años cincuenta como una alternativa a los modelos psicodinámicos de aquella época. Este tipo de terapia se basa en la idea de que la mayor parte de la conducta, sea adaptada o no, es aprendida y que las teorías de aprendizaje pueden aplicarse de manera clínica; por lo tanto su objetivo principal es el cambio de la conducta observable en sí misma. Para ello han desarrollado metodologías de diagnóstico y evaluación conductual para tener una visión clara de todas las variables que afectan las conductas presentes; tal método suele ser riguroso pues este modelo considera que la terapia es una empresa empírica a la que se le puede aplicar los procedimientos experimentales de la investigación científica (Feixas & Miró, 1993).

Aunque fue a mediados del siglo pasado cuando la terapia de conducta se formalizó, cabe destacar que desde los inicios de las teorías de aprendizaje se realizaron varios intentos para poder dar una aplicación clínica en ciertos trastornos, por ejemplo: enuresis, histeria, miedos infantiles, reacciones neuróticas, depresión, alcoholismo, alergias, tics, tartamudeo, ansiedad, narcolepsia, conductas homosexuales, entre otras.

Después estos hallazgos, los avances en la teoría conductual siguieron su rumbo y en la década de los 50 se comenzó a utilizar el término “terapia de conducta” por tres grupos de investigadores diferentes. En 1953 apareció el término en un trabajo de Skinner, Solomon y Lindsey en el que describen un condicionamiento operante aplicado a enfermos psicóticos. Independientemente, Lazarus lo utilizó para referirse al uso de procedimientos de laboratorio en la psicoterapia tradicional. Y Eysenck en 1959 lo usó para englobar a la terapia basada en las

teorías de aprendizaje, incluyendo tanto el condicionamiento clásico como el condicionamiento operante (Feixas & Miró, 1993).

Posteriormente en las siguientes dos décadas se consolidó la terapia de conducta gracias a las aportaciones de Wolpe para tratar los trastornos de ansiedad, Shapiro con sus investigaciones de caso único, la instauración de la revista Behavior Research and Practice, los estudios de aprendizaje social de Bandura y Walters, entre muchos otros. Esto ha ocasionado que el modelo conductual tenga diversas vertientes y no se pueda hablar de algún concepto unitario en la terapia de conducta, sin embargo es posible encontrar varias características comunes, dentro las que destacan las siguientes:

- Consideran que toda conducta, ya sea normal o anormal, es principalmente producto del aprendizaje.
- Aceptan la influencia posible de factores genéticos, aunque tienen menor importancia que los factores ambientales.
- Definen a la conducta como aquella actividad cuantificable o evaluable, tanto en el área motora, como la cognitiva y fisiológica.
- Se considera que el método científico es un instrumento imprescindible para la descripción, predicción y control de la conducta.
- La comprobación de la eficacia de cualquier procedimiento es indispensable.
- Tanto la conducta anormal como la normal son resultado de los mismos patrones de aprendizaje.
- La evaluación y el tratamiento se consideran funciones estrechamente relacionadas y dirigidas a modificar las conductas inadecuadas.

Dichas características comunes se encuentran en los tres paradigmas principales de las terapias conductuales (Feixas & Miró, 1993):

- a) El condicionamiento clásico: se usa para explicar cómo estímulos neutros pueden provocar respuestas como consecuencia del emparejamiento con otros estímulos; por ejemplo en el caso de las fobias.
- b) El condicionamiento operante: este paradigma establece que si una respuesta se refuerza en presencia de un estímulo discriminativo, dicha respuesta tendrá más probabilidades futuras de ocurrir en presencia de dicho estímulo. Es decir que entre la respuesta operante y el refuerzo se establece una relación contingente y si esta ocurre repetidamente habrá una tendencia a consolidarse y si no es así se extinguirá.
- c) Modelado o aprendizaje observacional: explica que un sujeto puede aprender una conducta compleja observando la ejecución que realiza un modelo. Este paradigma involucra otro tipo de procesos cognitivos.

En resumen se puede decir que los conceptos básicos de la terapia de conducta son los que se desprenden de la aplicación de hallazgos de la psicología experimental hacia la práctica clínica; los modelos conductuales han generado a través de los años una serie de estrategias científicas que ayudan a la comprobación de la eficacia en cada uno de sus métodos (Mustaca, 2004).

1.1.1.3 Modelos humanístico-existenciales

El desarrollo de estos modelos se realizó durante la década de los 60 en los Estados Unidos, teniendo como marco de referencia la Guerra de Vietnam y movimientos revolucionarios que pugnaban por la libertad de los hombres. Dentro de estos modelos se engloban todos aquellos denominados como la tercera fuerza; ya que previos a ellos se usaba solamente las técnicas psicoanalíticas y conductistas. Los autores que se dedicaron a esta área de la psicoterapia

consideraban que ninguno de los modelos anteriores visualizaba de manera completa la condición humana, pues carecían de alternativas teóricas y técnicas para proporcionar a las personas sin problemas psicológicos, herramientas para alcanzar su potencial (Tobías & García, 2009; Villegas, 1986).

Los principios básicos que comparten los modelos humanísticos-existenciales aparecieron en 1961 cuando se constituyó la American Association of Humanistic Psychology, donde se destacan los aspectos fundamentales de la forma de concebir al ser humano para estos modelos: autonomía personal e interdependencia social, autorrealización, búsqueda del sentido y concepción global del ser humano (Feixas & Miró, 1993; Tobías & García, 2009).

Con respecto a aquellos preceptos teóricos que intervienen directamente con el funcionamiento del proceso psicoterapéutico se encuentran los siguientes (Tobías & García, 2009):

- La conducta humana es intencional.
- El foco de la terapia raras veces se aleja del presente y se hace poco hincapié al pasado de las personas.
- El comportamiento de una persona se determina por la percepción que tiene de sí misma y del mundo, la cual se crea a partir de su idiosincrasia. Solo si se es capaz de percibir las cosas como las perciben las demás personas se podrá decir que se les ha comprendido.
- Derivado del punto anterior, se rechaza el concepto de enfermedad, ya que todo lo que una persona hace es “normal” si se observa desde su punto de vista.
- La persona es considerada como un sujeto independiente, plenamente responsable de sus actos y capaz de planear y tomar decisiones respecto a su vida.

- Cada persona tiene de manera innata un potencial de crecimiento; por lo cual se considera que todos los individuos somos organismos que orientan sus metas hacia acontecimientos positivos.

A continuación se enlistan algunos de los enfoques humanístico-existenciales más representativos y un breve esbozo de sus fundamentos particulares (Feixas & Miró, 1993).

- a) Análisis existencial: la noción principal de este enfoque es el proyecto existencial y busca cambiar la percepción de la persona sobre los acontecimientos de su vida entendiendo que la responsabilidad de aquello que le pase es suya y en base a ello podrá tener el control acerca de lo que vive y cómo reacciona.
- b) Enfoque centrado en el cliente: la premisa de este enfoque entiende que el usuario es quien conoce aquello que le lastima y qué debe hacer para remediar sus conflictos o mejorar su vida; por lo tanto el terapeuta carece de cualquier tipo de autoridad y su tarea se limita a tener confianza plena en el cliente y crear las condiciones idóneas para que él pueda crecer.
- c) Enfoque gestáltico: la concepción principal de este enfoque indica que las personas tienen una tendencia natural a completar sus experiencias, cuando esto se malogra inicia un desajuste en sus vivencias y por ello pueden llegar alienarse. Para que esto no suceda el terapeuta enseña al cliente los siguientes principios: valoración de la actualidad, valoración de la conciencia, aceptación de la experiencia y valoración de la responsabilidad o integridad.

Para estos modelos, el objetivo principal de la terapia es ayudar al cliente a darse cuenta de las emociones que vive y experimentar el aquí y el ahora.

1.1.1.4 Modelos cognitivos

Este modelo sin duda ha adquirido gran protagonismo desde que comenzó a desarrollarse ya que en las últimas décadas se ha realizado una “cognitivización” de la psicoterapia, pues actualmente es imposible pensar en algún tipo de psicoterapia, no importa a qué modelo corresponda, que no postule alguna modalidad de cambio cognitivo. Sus inicios se vinculan a las críticas hacia la teoría psicoanalítica lo cual generó que los terapeutas realizaran una búsqueda para obtener herramientas nuevas de intervención. Dos son los autores que destacan en estos avances: Aaron Beck y Albert Ellis quienes durante la década de 1960 adoptaron un modelo basado en las capacidades racionales del paciente (García, 2008).

Todos los modelos cognitivos comparten el hecho de otorgar una gran importancia a las cogniciones, tanto en el origen de los trastornos psicopatológicos como en el proceso de cambio terapéutico. Cuando se habla de cogniciones se hace referencia a las ideas, constructos personales, imágenes, creencias, expectativas, atribuciones, etcétera; es decir que no solo se refiere a un proceso intelectual sino a patrones complejos de significado en los que participan emociones, pensamientos y conductas.

Otro rasgo característico de este enfoque es el uso del método científico para la investigación de los procesos y los resultados terapéuticos, lo cual ha provocado un notable nivel de sistematización, pues cada terapia cuenta con manuales en donde se indican con precisión las bases conceptuales y los pasos específicos a realizar por el terapeuta con pacientes de una patología concreta.

Las terapias cognitivas surgieron a partir de postulados de grandes pensadores y convergieron en la orientación de la terapia conductual. Entre los factores que propiciaron la aparición de las terapias cognitivas destacan (Feixas & Miró, 1993):

- Aparición del conductismo mediacional: este paradigma sostiene que cuando se da un estímulo, existe un organismo que emite una respuesta; este organismo se interpreta en términos cognitivos, es decir que un estímulo puede desencadenar dos respuestas; una evidente, que es como tal la conducta manifiesta, y otra encubierta que se describe como los pensamientos o contenidos mentales.
- Descontento existente con los tratamientos: tanto psicoanalíticos (por su larga duración y su cuestionada evidencia sobre la eficiencia de las terapias psicodinámicas) como las conductuales (por la limitación en su efectividad en trastornos con notables correlatos cognitivos).
- Emergencia de la psicología cognitiva: que sirvió como fundamento con sus diversos paradigmas en el desarrollo progresivo de modelos clínicos sobre el procesamiento de la información.

Tras estos acontecimientos se desarrollaron los modelos cognitivos teniendo como base los siguientes conceptos (Feixas & Miró, 1993):

- a) Esquemas, estructura y proposiciones cognitivas: actualmente se entiende que un esquema es una estructura cognitiva que nace de la experiencia previa y es el responsable de los mecanismos que guían la atención selectiva y la percepción. Por otra parte la estructura cognitiva se concibe como la encargada de organizar internamente la información, mientras que las proposiciones cognitivas son el contenido de la información.
- b) Operaciones cognitivas: son los procesos en los que los diferentes componentes del sistema cognitivo operan de forma interactiva para procesar la información, estos están gobernados por las estructuras cognitivas y son responsables de la manipulación de los datos sensoriales.

- c) Productos cognitivos: son pensamientos o autoafirmaciones, imágenes, atribuciones, etcétera que resultan de las operaciones cognitivas.

Todos estos conceptos han servido a los modelos para explicar algunas patologías de una manera muy precisa, como lo es la depresión y a su vez han elaborado diversos modelos (Feixas & Miró, 1993):

- Modelos basados en el razonamiento y solución de problemas: se desarrolló a partir de los años 70 y concibe los problemas como situaciones vitales que requieren una solución para lograr un funcionamiento efectivo, pero para la que el sujeto no cuenta con una respuesta inmediatamente disponible. Relacionan la efectividad de una persona para enfrentarse al mundo con la habilidad para el uso adecuado del razonamiento y las estrategias de resolución de problemas.
- Modelos basados en las teorías evolucionistas y motrices de la mente: esta perspectiva ve a los organismos como sistemas de conocimiento que son creadores y productos de su ambiente al mismo tiempo. Son creadores porque perciben y actúan imponiendo activamente reglas tácitas abstractas sobre la información no psicológica del ambiente. Y son el producto del ambiente pues las reglas tácitas que gobiernan sus acciones son producto de la evolución social y biológica y del desarrollo ontogénico.

1.1.1.5 Modelos sistémicos

Aunque en la actualidad, los modelos sistémicos no son sinónimo de terapia familiar; su desarrollo estuvo ligado a ella en sus inicios. Dicha modalidad terapéutica tuvo sus antecedentes desde la visión psicoanalista, sin embargo, no fue hasta los 50 cuando el antropólogo Gregory Batelson y sus colaboradores investigaron los patrones de comunicación de los pacientes esquizofrénicos. Con esta investigación desarrollaron la teoría del doble vínculo que propone a la esquizofrenia como un modo desesperado para adaptarse a un sistema con estilos de comunicación incongruentes. Esta teoría ayudó a que se empezara a adoptar el enfoque de la

Teoría General de Sistemas como marco conceptual para explicar los problemas de índole clínico (Feixas & Miró, 1993).

Posteriormente siguieron desarrollándose grupos de investigación bajo este nuevo enfoque, siendo uno de los más importantes el elaborado por el grupo de Milán.

La aportación más relevante de estos modelos es la manera en la que centran su atención en las interacciones sociales. Dentro de esta postura el concepto más importante es el sistema que se opone al reduccionismo y enfatiza las propiedades supersumativas que resultan de la interacción de los elementos del sistema, es decir que se entiende como un conjunto de elementos estructurados dinámicamente y cuya totalidad genera unas propiedades que son independientes de aquellas que poseen sus elementos por separado. Por ello, para entender el funcionamiento de un sistema es necesario tener en cuenta sus elementos, sus propiedades y las interacciones entre ellos que resultan en la totalidad del sistema. En general los sistemas pueden autorregularse a través de mecanismos de feedback y feedforward que mantienen sus parámetros básicos de funcionamiento.

Otros conceptos que deben distinguirse son los sistemas cerrados, cuyos componentes no comparten información, materia, energía, etcétera, y los sistemas abiertos, que por el contrario intercambian información, energía o materia con su medio externo y muestran capacidad de adaptarse al medio.

Las familias son consideradas sistemas abiertos en los que el miembro de la familia que presenta el síntoma o problema se considera como una expresión de la disfunción familiar sistémica. Por lo tanto la terapia irá encaminada a cambiar la estructura familiar que genera este problema.

Aunado a estos conceptos derivados de la Teoría General de Sistemas, están los principios teóricos básicos de los modelos sistémicos. Estos fueron presentados como una teoría clínica de la comunicación humana y se resumen en cuatro principios (Feixas & Miró, 1993):

- Es imposible no comunicar
- En toda comunicación cabe distinguir entre aspectos de contenido y aspectos relacionales
- La incongruencia entre los dos niveles de comunicación da lugar a mensajes paradójicos
- La definición de una interacción está condicionada por las puntuaciones que introduce el participante (se denomina puntuación a la forma de organizar los hechos para que formen una secuencia ordenada. La falta de acuerdo respecto a la manera de puntuar los hechos es la causa de numerosos conflictos en las relaciones).

Otros conceptos importantes para este modelo son: las relaciones simétricas (existe igualdad o diferencias mínimas, suelen ser competitivas y se tiende a acrecentar la igualdad o la simetría) y las relaciones complementarias (suponen una relación desigual entre sus miembros la cual resulta definitoria para la interacción; por ejemplo padres e hijos).

1.2 PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

El proceso psicoterapéutico se define como la serie de “procesos psicosociales que se desarrollan desde el principio hasta el fin de psicoterapia”, es decir que el proceso psicoterapéutico involucra el desarrollo de la relación entre el cliente y el terapeuta; la ejecución de estrategias y tareas terapéuticas, la formulación de objetivos y metas terapéuticas las cuáles responden a las necesidades del paciente y no a lo que el terapeuta cree que necesita. La manera de concebir este proceso dependerá en gran medida del modelo psicoterapéutico que se adopte (Arredondo & Salinas, 2005; Corbella & Botella, 2003; Feixas & Miró, 1993; Zaldívar et al., 2004).

Dentro de estos procesos se han investigado aquellas sensaciones, percepciones, pensamientos y sentimientos que el paciente experimenta durante las sesiones. Particularmente se han estudiado 5 tipos de cambio intra sesión: en los niveles de ansiedad, en los niveles de depresión, cambios cognitivos, cambios en los niveles de optimismo y cambio en la alianza terapéutica (Corbella & Botella, 2003).

Pero para poder entender el contexto en el que estos cambios, y los demás involucrados en este proceso es necesario explorar las fases principales descritas teóricamente. Para los fines de esta investigación se hablará de cuatro fases en particular; sin embargo es importante resaltar que en muchos casos estas no son mutuamente excluyentes sino que pueden suceder de manera contingente durante todo el proceso.

1.2.1 Inicio formal

Esta primera fase es de vital importancia para el desarrollo de todo el proceso ya que el curso de la terapia está muchas veces condicionado por lo que sucede en las primeras sesiones y es muy difícil remontar un mal comienzo (Fernández & Brouwer, 2002).

Investigaciones realizadas con terapeutas encontraron que esta primera fase se considera exitosa si, en base a determinadas acciones o características de los pacientes. los terapeutas tienen una consciencia positiva de su propia intervención y si, en segundo, los pacientes tuvieron una actitud colaborativa; la cual se evalúa a través de la adhesión de los pacientes a las normas planteadas en el encuadre, existe una buena relación entre el terapeuta y el paciente, etcétera (Corbella & Botella, 2004).

Durante esta primera fase, las acciones a realizar van encaminadas a evaluar el caso y a establecer un vínculo entre el cliente y el terapeuta; pues alrededor de este es donde se construirá el proceso (Zaldívar, et al., 2004).

Para lograr una buena evaluación del caso se requiere conocer a fondo el motivo de consulta, es decir, la razón por la que la persona acude a terapia, esclarecer la demanda y las expectativas del cliente e indagar sobre la historia del problema (Fernández & Brouwer, 2002; Zaldívar, et al., 2004).

Profundizar en la historia del problema implica que el terapeuta tendrá que comprender claramente el funcionamiento de la personalidad del paciente y los problemas que presenta; debe elaborar hipótesis que debe comprobar a través de lo que el cliente le comunique. Para obtener

información, los terapeutas hacen uso de la entrevista clínica y en algunos casos llegan a aplicar tests y cuestionarios.

Por ello es importante que el paciente perciba que existen las condiciones necesarias para poder explicar ampliamente sus emociones, experiencias, pensamientos, etcétera; por esta razón el terapeuta debe concentrarse en profundizar una relación terapéutica que genere confianza y apertura (Zaldívar, et al., 2004). Más adelante se explicará ampliamente las características de esta relación y los diversos factores que la promueven o la obstaculizan.

Otra de las tareas importantes en esta etapa es el establecimiento del encuadre. En ese sentido se debe resaltar que aunque el encuadre comenzó a utilizarse en los modelos psicodinámicos, actualmente es parte de cualquier tratamiento psicoterapéutico y va determinado por los objetivos terapéuticos estimables, tiempo aproximado de duración y el tipo de intervención que se desarrollará. En función de estas premisas el terapeuta dará a conocer las condiciones de este encuadre para que el paciente esté en pleno conocimiento de ellas (Pérez, 1996).

1.2.2 Establecimiento de los objetivos y selección de estrategias

Después de que el terapeuta ha entendido la problemática del paciente es momento de generar objetivos que se cumplirán a lo largo del proceso; para ello es conveniente que el terapeuta confeccione junto con el paciente un listado de problemas en función de sus prioridades; con esto y el conocimiento de las características personales del paciente será posible seleccionar los recursos y estrategias terapéuticas que serán más útiles para el cumplimiento de los objetivos (Fernández & Brouwer, 2002; Zaldívar, et al., 2004).

Por otra parte es vital que el terapeuta esté consciente de las habilidades del paciente, para poder asignar estrategias acorde sus necesidades y capacidades (Beck, 1995).

1.2.3 Ejecución y desarrollo de las estrategias terapéuticas

En esta fase se pone en acción el plan estratégico para generar cambios y lograr los objetivos y metas propuestos; en general cada modelo teórico utiliza diversas estrategias, técnicas y tareas durante el desarrollo del proceso, sin embargo como punto en común los terapeutas realizan las siguientes actividades durante el desarrollo de las sesiones: comprobación del desarrollo de tareas, ventilación de los aspectos pendientes de sesiones pasadas, especificaciones para la aplicación de las estrategias terapéuticas, ventilación de nuevos aspectos que surgen en la vida del usuario, resúmenes y evaluaciones de las sesiones, y recomendaciones de nuevas tareas (Zaldívar, et al., 2004).

1.2.4 Evaluación del progreso terapéutico y los resultados alcanzados

Conforme se desarrolla el proceso, el terapeuta debe observar los diversos cambios que el paciente genera en su situación, pues gracias a ello será posible tomar decisiones que beneficien el proceso. Para realizar este paso de la manera más completa, es necesario que el profesional evalúe los resultados que se van obteniendo, así como el proceso en sí, para ello se toma en cuenta: las variables del cliente, las variables del terapeuta, las variables de la relación entre ambos, la valoración de los resultados de la terapia en función del cumplimiento de los objetivos, uso de instrumentos de autoevaluación para el paciente, etcétera (Zaldívar, et al., 2004).

1.3 MODELOS PSICOTERAPÉUTICOS Y SUS PARTICULARIDADES

Tomando en cuenta que cada modelo tiene fundamentos teóricos diferentes, es comprensible encontrar particularidades en la praxis de los procesos psicoterapéuticos. A continuación se presenta un breve esbozo de las características principales.

1.3.1 Psicoanálisis y modelos psicodinámicos

En este caso se puede encontrar que el proceso estará determinado por las siguientes etapas (Feixas & Miró, 1993):

- **Apertura del análisis:** se inicia en la primera sesión y dura alrededor de dos y tres meses, en esta fase se ajustan las expectativas del paciente y el terapeuta.
- **Etapa intermedia:** inicia en el momento en que el paciente ha comprendido las reglas de la terapia, tanto las suyas como las del el terapeuta. La duración de esta fase es variable, pero se dice que ha finalizado, cuando se resuelve la neurosis original, la cual está representada por la neurosis de transferencia. Esta etapa está caracterizada por oscilaciones entre la progresión y la regresión, reguladas por el nivel de resistencia.
- **Terminación del análisis:** esta fase es la más breve y en ella se trabaja el conflicto de separación que surge de los sentimientos de dependencia que el paciente generó hacia el terapeuta durante el análisis; estos pueden activar las resistencias y la recaída, sin embargo pueden superarse eficazmente mediante una adecuada interpretación por parte del analista.

1.3.2 Modelos conductuales

El objetivo de los tratamientos conductuales es la modificación de la conducta inadaptada; por ello la primera fase se dedica a evaluar minuciosamente los parámetros y contingencias que controlan la conducta; esta evaluación no solo se utiliza como punto de partida para elaborar un programa de tratamiento, sino para tener un parámetro en la efectividad del mismo a lo largo y al final del procedimiento. Por lo general, la duración de los tratamientos es muy breve y atribuye su éxito enteramente a las técnicas usadas y no a la relación terapéutica. Los recursos técnicos más utilizados dentro de estos modelos son (Feixas & Miró, 1993):

- a) **Técnicas de recondicionamiento:** se fundamentan en el condicionamiento clásico
 - Técnicas de relajación
 - Desensibilización sistemática

- Entrenamiento asertivo
 - Técnicas de implosión e inundación
 - Terapia aversiva
- b) Técnicas operantes: la mayoría de estas se han desarrollado para perseguir los siguientes objetivos específicos: desarrollar y establecer una conducta, el fortalecimiento de una conducta y la eliminación de una conducta. Para alcanzar estos objetivos se desarrollan minuciosos programas de intervención que se elaboran a partir de los siguientes pasos (Feixas y Miró, 1993):

- Plantear el problema en términos conductuales, incluyendo las respuestas inadecuadas en las situaciones que ocurren
- Identificar objetivos conductuales especificando las conductas que deben incrementarse, reducirse o reforzarse y también el nivel de desempeño aceptable
- Desarrollar medidas conductuales y tomar medidas de la línea base para poder determinar si el tratamiento está siendo eficaz
- Observar al cliente en su ambiente natural para determinar cuáles son las contingencias y los refuerzos eficaces para él
- Especificar las condiciones bajo las cuales se introducirá el tratamiento
- Revisar los resultados comparando los índices de respuesta actuales con las medidas de la línea base para determinar la eficacia de las intervenciones

Algunos ejemplos de técnicas que tienen esta serie de pasos son: método de las aproximaciones sucesivas, contrato de contingencias, castigo, coste de respuestas, tiempo fuera, reforzamiento de conductas incompatibles, condicionamiento encubierto.

- c) Técnicas de modelado: éstas se han ocupado para diversos objetivos y tienen mejores resultados cuando el modelo es semejante al observador en las variables de sexo, edad, raza y actitudes. Aunque la adquisición de las conductas mostradas por el modelo se afectan por la capacidad del observador para procesar y retener información, para presentarlo se puede usar un modelo real o un modelo simbólico y se pueden utilizar múltiples modelos que pueden variar en su nivel de semejanza con el observador y gracias a esto se facilita la generalización de las conductas aprendidas.

Por otra parte se recomiendan estrategias progresivas, en las que el modelo comienza mostrando un grado de habilidad similar al del observador para finalizar con un nivel de competencia adecuado. Otros factores que pueden aumentar los resultados del modelado es el uso de instrucciones para hacer hincapié sobre los datos relevantes del modelo y el ensayo de la conducta por parte del observador mientras se realiza el modelado (Feixas & Miró, 1993).

1.3.3 Modelos humanístico-existenciales

Ya que estos modelos son muy diversos es difícil identificar una línea clara que explique y delimite el proceso terapéutico de la tercera fuerza; sin embargo se pueden clasificar los modelos en dos vertientes principales: en primer lugar se encuentran aquellos que reconocen las actitudes del terapeuta en detrimento de técnicas concretas y en segundo lugar los que destacan el valor de los factores técnicos (Feixas & Miró, 1993).

Para los que pertenecen al primer grupo lo que más importa es cómo se establece una relación terapéutica efectiva, que se logra a partir de la formulación de las actitudes suficientes y necesarias para el cambio terapéutico, estas nacen de las actitudes del terapeuta que se pueden resumir en:

- Consideración positiva incondicional: supone una actitud de total respeto y aceptación del cliente, esta no implica estar de acuerdo completamente sino más bien entender que aquello que expresa el cliente forma parte de su experiencia.
- Empatía: se refiere a la actitud del terapeuta que comunica al cliente que comprende los sentimientos y significados que este expone.
- Congruencia: implica una relación directa entre lo que el terapeuta dice, hace y siente; supone que el terapeuta exprese algunos sentimientos que le puedan proporcionar al cliente una imagen íntegra y congruente.

A pesar de que estas actitudes sean consideradas como fundamentales para elaborar una relación terapéutica efectiva, poco importan si el cliente no percibe que es comprendido. Por ello es vital que la relación se presente de persona a persona como iguales.

En cuanto a los elementos técnicos más utilizados por los psicoterapeutas humanístico-existenciales se encuentran:

- Uso del espacio y los recursos materiales
- Centrar la atención en el aquí y ahora
- Uso de la fantasía
- Empleo de la dramatización y la expresión corporal

1.3.4 Modelos cognitivos

El objetivo de los modelos cognitivos es el cambio de las estructuras cognitivas que dificultan el buen funcionamiento psicológico de las personas. Para ello se sirven de una diversidad de procedimientos que son activos, directivos, estructurados y de breve duración; con ellos se pueden tratar gran variedad de trastornos psicológicos; proponen una colaboración abierta con el

cliente para afrontar sus problemas planteando un modelo explicativo simple y sugiriendo estrategias específicas para su resolución (Feixas & Miró, 1993).

Aunque existan diversos modelos cognitivos, la mayoría de ellos utilizan procedimientos originados en los otros enfoques además de los suyos, entre los más relevantes destacan: asignación gradual de tareas, técnicas de distracción, relajación, programación de actividades, valoración del dominio y agrado, auto-observación, uso de auto aseveraciones, entrenamiento en habilidades específicas, ensayo conductual y role playing, ensayo cognitivo, explicación del fundamento teórico al cliente, identificación de pensamientos disfuncionales, registro diario de pensamientos disfuncionales, identificación de errores cognitivos, comprobación de hipótesis, disputa racional, análisis de costes y beneficios, técnicas de re atribución, trabajo con imágenes, búsqueda de soluciones alternativas, identificación de esquemas, técnica de rol fijo, biblioterapia, entre otras.

1.3.5 Modelos sistémicos

El método terapéutico se define por las distintas escuelas que conforman este modelo, a continuación se explican las características de las tres principales (Feixas & Miró, 1993):

- a) La escuela interaccional del Mental Research Institute: considera que la solución es el problema; es decir que los conflictos que llegan a consulta son el resultado de una dificultad y de la aplicación de una “supuesta solución” que no ha servido para resolverlo, sino que al contrario han incrementado dicho problema. En este caso la intervención terapéutica se encamina a investigar la funcionalidad de la conducta problema para poder hacer un corte en el proceso de retroalimentación de información del que forma parte. Este proceso intenta neutralizar la “supuesta solución” que solo contribuye a perpetuar el problema.
- b) Escuela estructural/estratégica: comprende que los sistemas se organizan en forma de alianzas y coaliciones, lo cual requiere un mínimo de tres miembros. La alianza supone la proximidad de dos o más miembros, en contraste con el tercer miembro, cuando esta

proximidad se constituye en contra del tercero se considera coalición. Las coaliciones son en teoría, las generadoras de conflictos ya que no se reconocen abiertamente.

Teniendo esto en consideración, Minuchin, uno de los principales exponentes de este modelo, elaboró un método en el que dibujaba los llamados mapas estructurales de la familia que delimitan los límites de los diversos miembros. Gracias a estos se puede observar de una manera gráfica las alianzas, coaliciones y tipos de límites entre cada elemento de la familia.

Este autor sugiere varias técnicas que en primera instancia tienen como objetivo que el terapeuta entre al sistema mediante la unión y acomodación, para ello sugiere procedimientos en los que se recoge información, se respetan las reglas de la familia y se potencian las similitudes entre el terapeuta y la familia. Una vez que el terapeuta ha realizado esto y se ha establecido un vínculo de confianza, se pueden realizar diversas técnicas de reestructuración.

Las técnicas de reestructuración tienen como fin la redefinición positiva del síntoma, es decir que se busca proporcionar una lectura relacional distinta a los hechos que pongan en duda las estructuras del sistema.

- c) Escuela de Milán: surge a finales de los años sesenta y propone un modelo de intervención para familias de transacción rígida. Entiende a las familias como sistemas cibernéticos autorregulados, en el que todos sus miembros se encuentran interconectados y donde el problema que se presenta en consulta tiene una función específica dentro de la lógica interna del sistema.

Esta escuela se ha especializado en el tratamiento de familias con una organización rígida y la aplicación de sus métodos se ha brindado con mayor énfasis en trastornos psicóticos y la anorexia.

A pesar de que estas tres escuelas tienen características particulares que las diferencian, hacen uso de los mismos recursos técnicos que, como ya se ha revisado, no tienen la intención de modificar directamente la conducta problemáticas, sino más bien, modificar los parámetros de los cuales la conducta disfuncional es parte integrante, en donde no se busca plantear diagnósticos, sino identificar las relaciones que mantienen los conflictos en las interacciones dadas en el aquí y el ahora; es decir, la reformulación trata de cambiar el marco conceptual o emocional en el que se produce una situación y se intenta introducir un nuevo contexto en el que los hechos puedan explicarse de un modo diferente.

Para identificar las estructuras de los grupos familiares que acuden a terapia se han desarrollado varias estrategias que involucran, no solo técnicas terapéuticas, sino también el empleo de tecnología como el uso de un espejo de visión unidireccional, que se utiliza para realizar sesiones en las que solo uno o dos terapeutas entrevistan a la familia y en el salón contiguo se encuentra un equipo de terapeutas. Este formato de entrevista permite que el equipo alcance una distancia suficiente respecto a la familia para poder observar cuidadosamente lo que ocurre en la sesión.

Aunado a este recurso se encuentran las técnicas representativas de este modelo; dentro de las más reconocidas está: el uso de la resistencia, prescripción de tareas, ilusión de alternativas, uso de analogías, cuestionamiento circular y desequilibración.

1.4 CARACTERÍSTICAS DE LA PSICOTERAPIA

La psicoterapia es una profesión que tiene como método principal la comunicación humana; la herramienta principal es el diálogo psicoterapéutico, este es diferente a la comunicación cotidiana que la persona que acude a psicoterapia pueda encontrar en sus interacciones sociales comunes con familiares o amigos, es decir, este diálogo es una técnica especializada (Condrau, 1982).

En muchos casos las personas que acuden a psicoterapia suelen pensar que el psicólogo les dará la solución a sus conflictos, confundiendo este proceso con los tratamientos médicos en los que se realiza una prescripción y una serie de recomendaciones que curarán sus

padecimientos. Sin embargo la tarea de la psicoterapia no está enfocada solamente a resolver conflictos específicos, sino a motivar a la persona que acude a encontrar las formas de resolver sus conflictos por sí mismos, es decir que busca promover un crecimiento personal (Condrau, 1982; Teyber, 1997).

El hecho de que una persona tome psicoterapia no garantiza que sus problemas desaparezcan o que jamás los vuelva a tener, pero los resultados de la misma pueden mantenerse por cierto tiempo, además de que generan aprendizaje y mejoran los recursos personales; por lo tanto la persona podrá resolverlos con mayor facilidad en el futuro (Feixas & Miró 1993).

Los resultados de diferentes investigaciones han encontrado que el mantenimiento de los efectos del tratamiento se puede potenciar si durante las últimas sesiones del proceso los esfuerzos terapéuticos se encaminan a dicho objetivo; ya que los pacientes pueden sentirse más estables, atribuir el cambio a sus propios méritos y de este modo entenderlos como parte de sí mismos y su aprendizaje (Corbella & Botella, 2004).

Esto a su vez implica que las personas que acuden a terapia muestran una mejoría en sus condiciones de vida en comparación con aquellas que prefieren no intentar asistir a un proceso psicoterapéutico para resolver sus conflictos; la razón de dichos resultados se ha estudiado ampliamente y se han encontrado diversos factores que influyen en el éxito o fracaso de una psicoterapia (Feixas & Miró, 1993; Morawetz, 2002).

Como ya se ha mencionado anteriormente, la psicoterapia es plural en cuanto a técnicas y modelos de intervención se refiere, es por ello que las investigaciones intentaron encontrar durante mucho tiempo cuál es el que tiene mayor efectividad, sin embargo se ha determinado que no es posible responder a esta pregunta ya que las diferencias estadísticas no son significativas y no se ha logrado determinar cuál modelo es más eficaz. por lo tanto los investigadores han cambiado el objetivo de los estudios para conocer cuáles son las características comunes que involucran a todas las psicoterapias (Feixas & Miró, 1993; Morawetz, 2002).

Para Labrador (2004) las siguientes características se pueden identificar en las diversas corrientes terapéuticas:

- Todas son eficaces a pesar de partir de supuestos y aplicar procedimientos diferentes.
- A pesar de las aparentes diferencias en los procedimientos terapéuticos, actúan bajo los mismos principios activos.
- Dado que cada procedimiento pone en marcha alguno de los principios activos es eficaz parcialmente.
- Todas las psicoterapias tienen factores comunes bajo los que se rigen y sus técnicas actúan en base a ellos.

Dicho lo anterior se realiza la importancia de detallar cuáles son los factores comunes en todas las intervenciones que pueden generar que las personas que asisten a terapia sientan alivio a sus problemas y tengan un crecimiento personal, y cuáles son los factores de cambio en los procesos psicoterapéuticos. Pero antes de adentrarse en las características de dichos factores es importante identificar los parámetros que se utilizan para definirlos.

Cuando se habla de factores comunes en psicoterapia se hace referencia a los aspectos compartidos en todos los modelos y se consideran condiciones necesarias y suficientes para explicar el mayor porcentaje de la mejoría del cliente, estos son ingredientes activos durante el proceso. Las diversas investigaciones han encontrado 4 factores comunes en todos los modelos psicoterapéuticos (Corbella & Botella, 2003; Feixas & Miró, 1993; Morawetz, 2002):

- a) Variables del cliente: se les asocia con un 40% del éxito en la terapia e involucran las fortalezas, debilidades, motivaciones, talentos, valores, habilidades, experiencias, perseverancias, recursos, creencias, actitudes, soporte social, voluntad para correr riesgos, potencial de cambio, optimismo y nivel de responsabilidad. Además de eso es un factor importante conocer si acude porque lo decidió por sí mismo o fue remitido por alguien más, así como los acontecimientos que viva mientras dure el tratamiento.

La razón por la que este factor tiene un porcentaje tan amplio es porque la mayor contribución al éxito terapéutico la realiza el cliente; el terapeuta puede aprovechar estas características evaluando las habilidades y fortalezas del cliente que son relevantes para la resolución de su conflicto, ya que con esto puede seleccionar técnicas que se adecuen a las cualidades específicas de su cliente.

- b) Relación terapéutica: su incidencia en el éxito terapéutico es de 30%, y como tal es la relación que se da entre el paciente y su terapeuta; implica empatía, cuidado, calidez, genuinidad, aceptación y estimulación. En términos generales no es tan relevante cómo la perciba el terapeuta, sino cómo la viva el cliente; lo que sienta, piense y perciba. Este es un factor de suma relevancia ya que el cliente estará más dispuesto a adherirse a su tratamiento en tanto perciba, en su relación con el terapeuta consideración incondicional, empatía y congruencia (Rogers, 1951).

Según algunos autores los elementos que pueden predecir el establecimiento de la alianza entre el terapeuta y el paciente son: el grado de comodidad del terapeuta con las relaciones de intimidad, baja hostilidad del paciente y que posea un elevado apoyo social. Algunos investigadores han llegado más allá y han planteado que, en psicoterapia, la relación terapéutica es lo que llega a curar (Arredondo & Salinas, 2005; Corbella & Botella, 2004).

- c) Esperanza y expectativas: se ha encontrado que tienen un 15% de responsabilidad en el éxito de los tratamientos psicoterapéuticos, se les ha identificado también como una especie de efecto placebo en el que las personas que acuden a terapia experimentan expectativas de que el tratamiento les será de utilidad; este factor no debe entenderse como un obstáculo de la psicoterapia o como un signo de poca eficacia de los tratamientos, sino como una característica que los acompaña y que puede ser de gran utilidad para el desarrollo del mismo. El terapeuta puede aumentarlos si muestra una actitud esperanzadora ante el problema sin menospreciarlo, buscando soluciones en el presente y propiciando sentimientos optimistas (Feixas & Miró, 1993; Morawetz, 2002).

- d) Técnicas empleadas: igual que el factor anterior tiene un 15% de incidencia en el éxito terapéutico, el cual puede mejorar siempre y cuando se elijan intervenciones que se ajusten a las necesidades, características, creencias y valores del cliente, pues con esto se capitalizan las fuerzas del cliente y puede sentirse comprendido, respetado en sus decisiones y en los objetivos que plantee. En lugar de tener una actitud pasiva esperando a que el terapeuta haga un cambio en su propia vida, se convierte en el actor principal de su proceso y por ello aumenta su sentido de control personal. Por ello las técnicas que se han relacionado más cercanamente con el éxito del proceso son aquellas que se focalizan en el problema motivo de demanda, las que fomentan la independencia del paciente y aquellas que incrementan la capacidad reflexiva del cliente (Corbella & Botella, 2003).

Las diversas instituciones han realizado un esfuerzo importante en sustentar la posibilidad que tiene una u otra técnica y tratamiento de ser válida y funcional, es así como tras mucha investigación se establecieron criterios de validez en los tratamientos, ubicándolos en alguna de las siguientes tres categorías: tratamientos bien establecidos, tratamientos probablemente eficaces y tratamientos experimentales. La razón por la cual se ha tomado esta estrategia es por la gran cantidad de modalidades de tratamiento que han surgido a partir de 1950 y cuya base carece de fundamentos (García, 2008; Mustaca, 2004).

En este sentido, se observa que las variables que han demostrado afectar más los resultados del tratamiento son las que dependen del paciente, estas se refieren a su capacidad de establecer una buena relación de trabajo sin importar condiciones o inclusive psicopatología. Este descubrimiento apoya la concepción diádica de la terapia, según la cual todos los fenómenos emergentes en la relación terapéutica dependen de ambos participantes (Jiménez, 2005).

Finalmente es importante mencionar que existen algunos casos en los que la psicoterapia puede tener efectos negativos en los pacientes, los datos indican que el porcentaje de estos casos está entre el 7% y el 11.3%, dichos efectos no dependen o están asociados a un tipo de enfoque en específico y se han observado en pacientes con personalidades borderline o esquizofrénicos cuando se utilizan estrategias de afrontamiento, otros casos en los que la psicoterapia puede tener

efectos negativos son aquellos en los que el terapeuta tiene actitudes negativas hacia el paciente (Corbella & Botella, 2003).

Asimismo cabe destacar que la investigación actual por parte de las instituciones ha logrado delimitar tres criterios para el uso de las psicoterapias (García, 2008):

- Eficacia: obtención del mejor resultado con la mayor durabilidad posible
- Efectividad: capacidad de una terapia de ser generalizada
- Eficiencia: relación costo beneficio.

En los siguientes apartados se explicará a profundidad las características de los integrantes de la psicoterapia y la relación que se forja entre ambos, por el momento baste decir que la psicoterapia es una herramienta que las personas utilizan para afrontar problemas anímicos que suelen minimizar o rechazar de manera cotidiana; por ello el objetivo de la misma va dirigido a ayudar al cliente a que pueda desarrollar su vida, encontrando los apoyos intra e interpersonales necesarios en su ambiente natural (Condrau, 1982; Feixas & Miró, 1993).

CAPÍTULO II. INTEGRANTES DE LA PSICOTERAPIA

2.1 DEFINICIÓN DE PACIENTE, CLIENTE O USUARIO

Cuando se habla de “el paciente, el cliente o el usuario” en el contexto psicología, se hace referencia a la persona que acude a los servicios psicoterapéuticos. Estos tres términos tienen la misma connotación; a pesar de ello la palabra “paciente” se utiliza más en aquellos modelos que surgieron desde el enfoque médico, como es el caso de la escuela psicoanalítica y las corrientes psicodinámicas, sin embargo con el paso del tiempo y el surgimiento del resto de los modelos psicoterapéuticos se generaron diversos debates argumentando la funcionalidad de este concepto, puesto que se identificó que dicha palabra lleva a pensar constantemente en que la persona que acude a terapia tiene alguna patología, lo cual es incompatible con algunas visiones psicoterapéuticas; es por ello que el término paciente fue sustituido por la palabra “cliente”, aunque también ha tenido diversas críticas ya que conlleva a una imagen altamente mercantil que tampoco es asociada a las prácticas psicoterapéuticas. Por ello en algunas instituciones y modelos se ha preferido el uso de la palabra usuario que nos remite a la persona que hace uso de un recurso (Feixas & Miró, 1993; RAE, 2001). Para los fines de la presente tesis, se hará uso de los tres términos de manera indistinta.

2.1.1 *Motivos de consulta comunes*

En la mayor parte de los casos, las personas que acuden a terapia tienen en común experimentar algún tipo de dificultad, malestar o trastorno que es lo suficientemente importante como para provocar un deseo consciente de querer cambiar. Por lo general reportan tener sentimientos de tristeza, conflictos en las relaciones sociales, inestabilidad emocional, falta de concentración y otras; estos malestares se expresan como algo ajeno a sí mismos, desconocido e incontrolable. Por ello las personas han realizado varios intentos para resolver dichas molestias recurriendo a su red social y fuerzas naturales; en muchos casos no han tenido el éxito esperado y por esa razón requieren la atención de un especialista (Feixas & Miró, 1993).

Tomar la decisión de acudir a terapia no suele ser sencillo y por esto el cliente puede manifestar sentimientos de ambivalencia puesto que, por una parte admite que tiene un problema que no puede resolver por sí mismo, lo cual implica cierto sentimiento de incapacidad e inclusive fracaso personal; pero por otra parte está interesado en incrementar el sentimiento personal de ser competente y mejorar (Feixas & Miró, 1993).

Cuando se inicia un proceso psicoterapéutico el usuario puede llegar a manifestar ansiedad, en muchos casos debido a la falta de referentes o a que su visión está afectada por los medios como el cine, la televisión o el radio, ya que en muchos casos estos medios generan expectativas poco realistas en los pacientes; a esto se aúna las particularidades culturales sobre la concepción de la psicoterapia de cada región. Por otro lado, la terapia involucra un proceso en donde se remueven sentimientos, pensamientos, conflictos no resueltos, etcétera; lo cual puede resultar incómodo, desagradable e incluso doloroso para el paciente por ello puede tender a evitarlo (Feixas & Miró, 1993; Condrau, 1982).

2.1.2 Variables del paciente

En el apartado anterior se explicaron brevemente algunas de las características que presentan los pacientes durante el desarrollo de un tratamiento psicológico y en el presente se ampliará la explicación de aquellos factores que pueden beneficiar u obstaculizar el éxito terapéutico.

Es importante recordar que cuando el paciente llega a terapia es porque lo percibe como una necesidad urgente, ya sea porque tiene el problema identificado claramente o porque las personas que están a su alrededor consideran que le hace falta (Teyber, 1997).

En muchos casos el paciente es quien acude con el terapeuta para solicitar ayuda, pero cabe destacar que en otros existe alguien más que dictamina que se requiere una intervención psicoterapéutica aunque no sea para sí mismo, por ejemplo en el caso de los niños que son llevados a terapia por sus padres. En pocas palabras la persona “demandante” es aquella que decide que es necesaria una atención especializada, sea para sí misma o para alguien más. Y se habla del “paciente identificado” cuando se hace referencia a la persona que acude a psicoterapia

no por iniciativa propia, sino por indicación de alguien más; ya que en muchas ocasiones el paciente no tiene queja pero las personas a su alrededor sí. El tratamiento en estos casos puede complicarse por varios factores, por ejemplo la motivación del paciente hacia la terapia, el grado de congruencia entre las expectativas que tiene entre el paciente identificado y las que tiene el sujeto demandante, entre otros. Este tipo de factores deben de tomarse en cuenta durante el desarrollo de la terapia para que el tratamiento tenga mayor probabilidad de éxito (Feixas & Miró, 1993; Zaldívar et al., 2004).

Antes que nada es un error pensar que el paciente debe dejar todo el peso de sus conflictos en manos del terapeuta; habitualmente los clientes llegan al tratamiento con expectativas poco realistas puesto que esperan que los psicoterapeutas les den la solución a sus problemas, confundiendo la psicoterapia con un tratamiento médico en el que se prescribe un fármaco para que la persona se sienta mejor; sin embargo es responsabilidad del terapeuta instar al paciente a aceptar la psicoterapia como una actividad en la que tiene gran parte de responsabilidad (Condrau, 1982; Feixas & Miró, 1993).

2.1.2.1 Variables del paciente que benefician el tratamiento

Las investigaciones realizadas desde diversos enfoques, reconocen que existen diversas características en la historia de los pacientes que pueden mejorar las condiciones de la psicoterapia. Fernández y Brouwer (2002) por su parte enlistan los siguientes:

- Haber mantenido una relación altruista durante la infancia
- Mostrar flexibilidad
- Capacidad para expresar sentimientos, ya sean positivos o negativos
- Inteligencia
- Motivación para mejorar

En caso de presentar un trastorno se considera como factores benéficos: precipitantes ajenos a la persona, personalidad normal, ausencia de síntomas somáticos y presencia de síntomas sociales.

En la recopilación que realiza Feixas y Miró (1993) se describe un estudio en el que se encontró que los pacientes mas beneficiados por la psicoterapia tienen como características comunes ser jóvenes, atractivos, verbales, inteligentes y exitosos. A esto se agregan las variables de personalidad del paciente que modulan los cambios durante el proceso. Además de ello se ha observado que algunos pacientes tienden a alcanzar mejores resultados atribuyéndolos a su propio esfuerzo y que inclusive los clientes que tienen mayor inconformidad hacía sí mismos se encuentran más motivados a cambiar y por lo tanto obtienen mayores resultados.

2.1.2.2 Variables del paciente que obstaculizan el tratamiento

Otra línea de investigación sobre las variables del cliente está dedicada a la explicación de aquellas circunstancias que obstaculizan el desarrollo de la psicoterapia; ya que el paciente ve afectado su desempeño en este proceso por su propia estima, temores hacia lo que pueda pensar el terapeuta o la aceptación y comprensión de este hacia él. Ahí radica la importancia de hacer un análisis de todas estas variables, ya que algunas técnicas pueden resultar poco efectivas e incluso perjudiciales para algunos clientes (Feixas & Miró, 1993; Zaldivar et al., 2004).

En primer lugar se debe tener en cuenta que todo cliente será resistente, defensivo o ambivalente (a un nivel alto o bajo) en algún punto del tratamiento; así como buscan ayuda y tratan genuinamente de cambiar, también se resisten o trabajan en contra de lo que intentan atacar, no porque no busquen un cambio, sino porque han aprendido a vivir de esa manera y romper algunos patrones les puede generar conflictos y sensaciones negativas (Teyber, 1997).

De manera general los clientes no tienen objetivos específicos identificados, en lugar de ello sienten dolor, carecen de confianza y sentimientos claros; estos son los conflictos a los que se enfrentará junto con el terapeuta, por ello es importante que éste muestre una escucha abierta y valide la experiencia del paciente, ya que muchos de ellos dejan los tratamientos debido a que los

terapeutas se mostraron poco expresivos durante el inicio de las sesiones, lo cual hace pensar al paciente que realmente no están interesados en involucrarse activamente con ellos o se sienten juzgados, en consecuencia puede que lleguen a sentir vergüenza, culpa, ansiedad o emociones dolorosas que están presentes durante las sesiones y en algunas ocasiones esto les impide comunicarse con su terapeuta (Cicero & Moreno, 2000).

En tal caso dichas sensaciones van acompañadas de pensamientos como (Teyber, 1997):

- El terapeuta me abandonará cuando sepa la verdad
- No merezco ser ayudado, no puedo pedir ayuda porque tengo que ser perfecto
- Pedir ayuda es admitir que existe un problema y que hay algo mal conmigo
- Tengo miedo de lo que pueda encontrar dentro de mí
- Si no puedo manejar esto significa que soy un inútil como todos me han dicho

Comprender los sentimientos y pensamientos del paciente repercute directamente en la forma en la que se sienten escuchados, puesto que aquellos clientes que mencionan sentirse no tomados en serio se describen invisibles, solos, extraños y poco importantes. Validar sus vivencias y afirmar sus experiencias subjetivas permite que dejen de sentirse “locos”.

Generalmente los pacientes han experimentado dificultades en su desarrollo debido a que sus percepciones y sentimientos son negados repetidamente, es por esa razón que pueden llegar a desconfiar de sus percepciones; posiblemente esta es otra causa por la que los pacientes dejan la responsabilidad y el liderazgo del tratamiento al terapeuta. Sin embargo los pacientes requieren compartir una relación terapéutica en donde el proceso de cambio sea activo y que ambos participantes trabajen de manera igualitaria.

Existen muchos casos en que los clientes tienen patrones jerárquicos muy determinados y educación autoritaria, en dichos casos pueden tener comportamientos que indiquen que requieren un tratamiento más directivo puesto que no han experimentado tratos igualitarios en sus

relaciones personales; sin embargo el terapeuta debe motivar el cambio cada vez que el cliente se muestre receptivo a tener más iniciativa (Teyber, 1997).

Se han realizado investigaciones en las que se pretende establecer alguna conexión entre el establecimiento de la relación terapéutica y diversos tipos de trastornos del estado de ánimo; en ellas se ha encontrado que en casos de pacientes en estados depresivos graves es más complejo el establecimiento de una relación colaborativa, motivada y activa que en el caso de pacientes con trastornos ansiosos puesto que para los primeros es más complejo descentrarse de su propia patología. Esto por supuesto no es predictor del éxito terapéutico o de la efectividad de un tratamiento, sino más bien es un elemento que los psicoterapeutas deben considerar al momento de iniciar un proceso (García & Botella, 2011)

Finalmente es importante remarcar que la persona que acude a psicoterapia se impone a sí mismo; acepta comprometerse con el terapeuta y viceversa para poder encontrar serenidad y resolución ante sus problemáticas, por ello es muy importante que el terapeuta le comunique su comprensión y aceptación pues de este modo se podrá generar una relación colaborativa que sirva en pro de los objetivos que se plantearon al inicio de las sesiones (Teyber, 1997).

2.2 EL TERAPEUTA

Como ya se ha mencionado la psicoterapia no existió de manera formal hasta el siglo XX aunque desde tiempos remotos se hayan desarrollado procesos que se relacionen con sus avances actuales. Esto mismo sucedió con el rol del psicólogo, especialmente en el ambiente clínico ya que desde la antigüedad sus tareas fueron realizadas en diversos campos profesionales (Feixas & Miró, 1993).

Actualmente las personas que practican la psicoterapia deben poseer en primer lugar la formación profesional para ser socialmente autorizado como psicoterapeuta, esto cae en primera instancia en el marco de la psicología científica, pues gracias a su estudio se obtienen los conocimientos necesarios acerca de los procesos de aprendizaje, dinámica de personalidad, evaluación psicológica, psicopatología, procesos cognitivos, desarrollo psicológico, entre otros.

Una vez que se han obtenido estos conocimientos, la persona que es candidata a integrarse como psicoterapeuta debe de conocer las herramientas y procedimientos de algún modelo psicoterapéutico (Feixas & Miró, 1993).

De acuerdo a Harrsch (2005), el psicólogo no es una persona que observe la condición humana alejada de ella sino que participa en el contexto y su actividad científica y profesional se liga íntimamente al contexto sociocultural. Es decir que es un observador participante de los procesos en los que se vincula profesionalmente; por ello es prioritario señalar que el psicólogo, antes de ser un profesional es una persona con diversas características y vivencias que afectarán su forma de ver la vida e interpretar el mundo; la semejanza básica entre el psicólogo y el cliente radica en que las condiciones y factores que influyen en este último, también pueden influir en el primero.

2.2.1 Características del psicoterapeuta

Para poder entender con mayor claridad el quehacer del psicoterapeuta es importante conocer las características que motivan a una persona a dedicarse a esta área de la salud. Una de las investigaciones más significativas en este punto fue realizada por Guy (1987) en la que encontró que existen diversos motivos que clasificó en dos grandes grupos; en primer lugar se encontraron aquellas que denominó como funcionales (Feixas & Miró, 1993):

- Interés natural por la gente y curiosidad sobre sí mismo y los demás.
- Capacidad de escuchar: muchas personas interesadas en esta área parecen estar muy interesadas en escuchar a las demás personas hablar de sí mismas.
- Capacidad de conversar: conversar puede resultarles reforzante y reconfortante.
- Capacidad de discernimiento emocional: implica por una parte ser capaz de reconocer las propias emociones y ser capaz de tolerar un amplio rango de emociones en los demás.

- Capacidad introspectiva: esta habilidad puede ayudar a facilitar la autoexploración del cliente
- Capacidad de autonegación: la tarea en psicoterapia requiere que el terapeuta deje a un lado sus propias necesidades personales y se centre en las del cliente
- Tolerancia a la ambigüedad: es la capacidad de soportar lo desconocido, respuestas parciales y explicaciones incompletas.
- Capacidad de cariño: actitud de paciencia y cariño hacia los demás, actitud no crítica, lo cual permite aceptar a las personas como son.
- Tolerancia a la intimidad: el psicoterapeuta debe ser capaz de tolerar una intimidad profunda durante largos periodos.
- Confortable con el poder: personas con esta característica, pueden sentir atracción por esta profesión, debido a que pueden llegar a tener influencia sobre la vida de sus clientes, sin embargo es importante que manejen el poder adecuadamente y no tiendan a sentirse omnipotentes.
- Capacidad de reír: la capacidad de reír es interesante en el contexto clínico, puesto que la vida tiene una tendencia tragicómica y en segundo lugar, el humor con buen timing puede tener características curativas.

En la segunda clasificación se encuentran descritas aquellas motivaciones que son disfuncionales para el quehacer del psicólogo:

- Aflicción emocional: de manera general, el estudio de esta profesión, permite que las personas tengan procesos de introspección, discernimiento emocional y reorganización psicológica, tal vez por esta razón muchas personas deciden dedicarse a la psicoterapia pues tienen un deseo personal de llegar a solucionar sus conflictos personales. Esto puede ser un arma de dos filos ya que puede generar psicoterapeutas más eficaces si es que a

través del tiempo que duró su formación lograron resolver dichos conflictos. Por el contrario, si esto no sucedió se pueden generar psicoterapeutas con deseo mesiánico de compartir la curación de otros ya que la suya parece inalcanzable.

- Manejo vicario: muchos psicoterapeutas eligen esta profesión para “ponerse en la posición de ayudar a otros a superar cuestiones no superadas de su propia vida”.
- Soledad y aislamiento: estudios han confirmado una gran proporción de psicoterapeutas que eligen esta profesión para superar una sensación de soledad y aislamiento, ya que “permite satisfacer la necesidad de contacto e intimidad en un contexto estructurado y seguro”.
- Deseo de poder: cuando un cliente llega al consultorio, generalmente idealiza a su terapeuta; si el psicólogo no sabe cómo manejar el poder, esta idealización puede generar en el psicoterapeuta una tendencia a la agresividad, el dominio y la explotación de las relaciones personales; así mismo este factor se ha vinculado con la necesidad de algunos psicoterapeutas de influir y de controlar a las demás personas; a esto se aúna la dificultad para respetar las decisiones que tome el cliente, lo cual puede tornar el ambiente terapéutico en una sala de debate y confrontación, más que en un consultorio.
- Necesidad de amor: la necesidad de expresar cariño puede llegar a funcionar en un contexto psicoterapéutico; sin embargo es perjudicial, si el terapeuta tiene la idea de que sus demostraciones de amor y aceptación hacia el paciente son agentes curativos.
- Rebelión vicaria: otra razón equivocada, por la que algunos psicoterapeutas se sienten atraídos a dedicarse a esto, es debido a que permite expresar su necesidad de rebelarse y atacar la autoridad, e inclusive hacer recomendaciones a los pacientes que pueden ir en contra de su contexto.

Otras investigaciones han intentado encontrar factores comunes en las familias de origen de los psicoterapeutas y han descubierto coincidencias en sus antecedentes familiares. En algunos casos se observó que los psicoterapeutas, debido a su dinámica familiar en la infancia, aceleraron su proceso de maduración emocional y cognitiva, además de ello la reciprocidad emocional

familiar fue alterada, esto promueve que sean capaces de relacionarse con otras personas y ser muy sensibles a las necesidades de los otros, aunque se limiten en la expresión de las propias necesidades. En otros casos el entorno familiar o los procesos de desarrollo en sus etapas más tempranas pudieron haberles generado una sensación de ser diferentes a los demás, por lo que eligen esta carrera para satisfacer una necesidad de intimidad recurrente (Feixas & Miró, 1993).

Sin embargo independientemente de las razones que hayan motivado a una persona para elegir esta profesión o sus antecedentes familiares, los psicoterapeutas deben poseer ciertas características de personalidad para realizar eficazmente su quehacer profesional, además de que ayudan a cumplir los objetivos durante la psicoterapia, entre éstas se encuentran: interés por ayudar a los demás, interés hacia la ciencia, debe ser genuino y modesto para reconocer sus limitaciones, tener un amplio conocimiento de sí mismo y de su problemática emocional, ser respetuoso hacia sí mismo y hacia las personas que atiende, capacidad de observación, sensibilidad para comprender las situaciones que viven los usuarios, capacidad de autocrítica y análisis, flexibilidad en su desempeño, discreción y profesionalismo (Barragán, Heredia, & Gómez, 1992; Zaldívar et al., 2004),

2.2.2 Formación del psicoterapeuta

Por su naturaleza, el estudio de la psicología implica que el alumno se enfrente a experiencias que pueden contactarlo con sus propias emociones y problemáticas individuales; es un proceso de transformación y no solo la mera acumulación de datos. Esto propicia que el alumno desempeñe un papel activo en el aprendizaje que requiere formular preguntas acerca de lo que se es como persona y de lo que se busca como profesional (Baz, Jáidar & Vargas, 2002).

Algunos teóricos sostienen que es conveniente que el estudiante que ingresa a esta carrera sea evaluado para conocer sus características de personalidad y que pueda recibir orientación psicológica durante su formación (Barragán, Heredia, & Gómez, 1992). Ciertamente esto no se realiza en todas las instituciones académicas que cuentan con esta opción profesional, sin embargo es importante que a lo largo de la preparación académica del psicólogo, los profesores

estén al tanto de la formación curricular de los alumnos, se preocupen por brindarles la mayor cantidad de experiencia profesional, crearles consciencia sobre su identidad profesional y logren motivar el desarrollo personal en ellos, puesto que lograr un título de licenciatura, maestría o incluso doctorado en psicología no implica un certificado de salud mental; esto se logra a través de un cuestionamiento individual que abarca no solo el quehacer como profesional, sino también quién se es y qué es lo que se quiere lograr; para que con ello quede claro cuál es su estructura de personalidad, motivaciones, emociones, etcétera; ya que los conocimientos que adquieren pueden hacerles creer que son capaces de controlar lo que la gente hace, piensa o siente; por el contrario, el aspirante a psicoterapeuta debe interiorizar que es su responsabilidad preservar los valores y las características individuales de las personas (Harrsch, 2005; Preuss, 1968).

A estas especificaciones se le añade el desarrollo de la identidad profesional durante la formación académica; está constituye un marco de referencia desde el cual el futuro psicólogo dará sentido a su trabajo con el que puede llegar a ser un agente de cambio social, ya que el estudio de la psicología no solo involucra el aspecto individual, también debe de considerarse el aspecto social en el que se desenvuelve, lo cual ayudará al terapeuta a conocer la naturaleza de los valores del paciente así como la interrelación del mismo con estos valores. Por tal motivo en este periodo de preparación hay que considerar la historia personal del estudiante, la psicología como profesión y ambos en el contexto sociocultural actual (Harrsch, 2005).

Posteriormente a la formación de licenciatura, el aspirante a psicoterapeuta debe de especializarse en alguna técnica y modelo específicos; la posición que tendrá el psicólogo para conducir sus tratamientos a nivel profesional dependerá de la particularidad según la escuela que lo oriente aunque existen características comunes (Harrsch, 2005).

Uno de los puntos importantes en cuanto a la formación es que los psicoterapeutas sean los suficientemente flexibles como para adaptar la psicoterapia a las necesidades de los pacientes, mediante las diversas técnicas, para poder afrontar así toda la gama de las más diversas situaciones psicoterapéuticas (Preuss, 1968).

Para la formación de psicoterapeutas se han recomendado ejercicios estructurados, enfatizar la autoexploración y el crecimiento personal, explorar la relación terapeuta-supervisor, usar grabaciones del tratamiento, utilizar role playing, modelar habilidades terapéuticas (Álvarez, 2003).

Independientemente de los recursos técnicos que se proponen, también se ha sugerido que se inserten materias dedicadas a la ética profesional durante el periodo de formación (Harrsch, 2005)

2.2.3 Ética del psicoterapeuta

Ya que el quehacer del psicólogo, y aún más, el psicoterapeuta se dirige a los problemas que el hombre minimiza o rechaza, es necesario que toda acción llevada a cabo por el psicoterapeuta se desarrolle a partir de todas las bases asentadas durante la formación académica es entonces cuando se reflejará una actitud de responsabilidad personal en cuanto al rol profesional, un compromiso de actuar conforme a la ética y el desarrollo de sentimientos de orgullo hacia la profesión (Condrau, 1982).

La ética profesional del psicólogo se da a partir de la toma de consciencia sobre la responsabilidad social que conlleva su quehacer, por lo tanto es necesario que el candidato esté consciente de sus propias limitaciones, áreas de conflicto, recursos personales, relación con el poder, etcétera (Harrsch, 2005).

En ese sentido, diversos autores han hecho mención sobre la importancia de que el candidato a psicoterapeuta mantenga un tratamiento personal, el cual tiene ganancia en diversas esferas. Por una parte le permite comprobar la eficacia de los tratamientos, ejercer el papel de paciente y valorar desde esa postura su percepción del cambio. Por otra, ayuda a conocer si sus necesidades personales están satisfechas lo cual evitará que utilice a sus pacientes para tapar sus carencias personales; es decir que el candidato debe de diferenciar si al dedicarse a esta profesión busca tener control sobre otros como sujeto o como objeto; es decir si su propósito es manipular o explotar, o bien, ampliar la consciencia y libertad del otro para que sea responsable de su vida.

Por estas razones la decisión del candidato para iniciar un tratamiento psicológico debe ir basado en la necesidad de cambio y autoconocimiento, más que un requisito de la carrera (Harrsch, 2005; Preuss, 1968; Zukerfeld, 2001).

A pesar de que el autoconocimiento es uno de los elementos claves en el desarrollo de la práctica ética de los psicólogos; no es el único componente que debe de tomarse en cuenta y para ello se ha establecido el código ético del psicólogo que considera las siguientes áreas: responsabilidad, competencia, normas morales y legales, tergiversación de la información sobre sí mismo, declaraciones públicas, confidencialidad, interés en el cliente, servicios impersonales, publicidad sobre los servicios, relaciones interpersonales, honorarios, protección de los test, interpretación de los test, publicación de los test, precauciones en la investigación, créditos en las publicaciones, responsabilidad hacia la organización y actividades promocionales.

En cuanto al código ético mexicano se encuentran los siguientes puntos relevantes:

- Se responsabiliza de sus actos y las consecuencias que estos puedan tener.
- Delimita su campo de intervención y está consciente del alcance de sus técnicas.
- Se mantiene actualizado.
- Evita que su estado de ánimo repercuta en su desempeño profesional.
- Se abstiene de intervenir en casos en los que su objetividad esté de por medio.
- Combate la charlatanería y falta de profesionalismo y denuncia los intentos de explotar la credibilidad y la buena fe del público.

En la actualidad no existe un organismo universal que rijan la actividad profesional de los psicólogos y terapeutas lo cual ha generado charlatanería y abuso del estatus profesional; esto a su vez impacta sobre el estigma que se tiene hacia los terapeutas y la psicoterapia en general; como parte de las sugerencias para que la práctica de la psicología clínica sea mejor desarrollada se ha propuesto que se agreguen asignaturas durante la formación que ayuden a interiorizar la

importancia de la ética profesional, ya que la tarea del psicoterapeuta requiere un alto nivel de compromiso, consciencia y responsabilidad (Harrsch, 2005).

CAPÍTULO III. LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

La relación entre el psicoterapeuta y el paciente es el elemento fundamental de la psicoterapia, esta tiene muchos puntos comunes con las relaciones que existen entre dos personas cualesquiera sin embargo posee varias atribuciones con las que será funcional para los fines clínicos. Se han identificado cuatro características diferenciales (Feixas & Miró, 1993):

- Es unilateral pues se centra en las necesidades del cliente y todas las actividades están centradas en la resolución de los problemas del cliente.
- Es una relación sistemática ya que los participantes acuerdan los propósitos y objetivos de su interacción.
- Es formal pues se limita a tiempos y lugares concretos.
- La relación se termina una vez que las metas se han alcanzado.

Para que estas características sean asimiladas por el cliente se requiere un encuadre que ayudará a disipar dudas y confusiones sobre los roles de ambos (Preuss, 1968).

Siendo la relación terapéutica el factor fundamental de la psicoterapia, se ha despertado gran interés para conocer sus alcances y los procesos que la comprenden, de tal modo se ha encontrado un concepto que resulta medular para que la relación entre paciente y terapeuta sea efectiva: La alianza terapéutica.

La alianza terapéutica fue descrita por primera vez a principios del siglo XX cuando Freud (1912) planteó la importancia de que los analistas muestren mayor interés y comprensión hacia los pacientes, puesto que con ello se aumentan los “sentimientos de amor” que facilitan el desarrollo del tratamiento, ya que motivan que el paciente sea más abierto y que acepte de mejor forma las interpretaciones que el terapeuta realiza (Corbella y Botella, 2004).

Con el correr del tiempo y las evidencias registradas de este concepto, los diversos modelos realizaron trabajos para incluirlo dentro de su paquete teórico. Fue así como la alianza terapéutica se convirtió en un elemento común entre las aproximaciones teóricas, lo cual ha generado mucho interés entre los investigadores, quienes han orientado sus aportaciones a la explicación de los factores determinantes del éxito terapéutico.

En la actualidad cada modelo tiene una definición particular de la alianza terapéutica acorde a sus elementos básicos, sin embargo dos definiciones han sobresalido (Corbella & Botella, 2004).

En primer lugar se encuentra la definición realizada por Bordin en 1976, que menciona que la alianza terapéutica es el elemento relacional activo que integra a todas aquellas relaciones que pretenden producir un cambio, la cual está compuesta por (Andrade, 2005; Corbella & Botella, 2011; Krause 2006):

- a) Acuerdo en las tareas: implica que tanto el paciente como el terapeuta perciban la importancia de las tareas y que estén dispuestos a aceptar la responsabilidad de la realización de las mismas.
- b) Vínculo positivo: se refiere al grado de contacto afectivo entre el paciente y el terapeuta e involucra aspectos tales como la empatía, confianza mutua y aceptación.
- c) Acuerdo en los objetivos: es el mutuo consentimiento acerca de lo que se pretende lograr con la intervención psicoterapéutica.

En segundo lugar está la definición de Luborsky realizada en 1976, la cual indica que existen dos tipos de alianza que están definidas por el momento que se viva en el proceso. La alianza terapéutica tipo uno se da al inicio de la terapia y consiste en la sensación de apoyo y ayuda dada por el terapeuta que experimenta el paciente. Por otra parte la alianza terapéutica tipo dos ocurre

en fases posteriores y se define por los sentimientos de trabajo mutuo en pro de la superación de los impedimentos y la disminución del malestar del paciente (Andrade, 2005).

Tanto la definición de Bordin como la de Luborsky se han utilizado en conjunto para complementar conceptualizaciones, ya que ambas pusieron sobre la mesa la corresponsabilidad existente entre el paciente y el terapeuta para que la alianza terapéutica funcione pues anteriormente se entendía que dicha tarea le competía al terapeuta para que de una u otra forma consiguiera que el paciente lograra identificarse con él, sin embargo actualmente se sabe que la alianza se construye entre ambas partes (Andrade, 2005; Corbella & Botella, 2011).

Independientemente de la afirmación de que la alianza terapéutica es fundamental para el éxito del tratamiento, se ha hecho hincapié en que no es curativa “per se”, pero es un componente fundamental que hace posible la aceptación y el seguimiento del tratamiento. Es una construcción entre el paciente y el terapeuta en la que ambas opiniones y expectativas son relevantes para el trabajo (Corbella & Botella, 2004).

3.1 CARACTERÍSTICAS DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA

A raíz de la asimilación teórica sobre la importancia de la alianza terapéutica como elemento central del proceso de cambio, se han realizado una gran cantidad de investigaciones alrededor de esta (Corbella & Botella, 2004).

En primer lugar se ha establecido un puente entre la alianza terapéutica y los procesos de cambio con lo que se ha encontrado que la evaluación de ésta en la fase inicial del proceso puede predecir los resultados de la terapia y que es en gran parte responsable de la efectividad del proceso (Corbella & Botella, 2011).

Ya que la alianza es un factor activo del proceso psicoterapéutico comienza a elaborarse desde las primeras sesiones. La aceptación de los propios límites y la conciencia de necesidad de ayuda por parte del paciente son ingredientes que facilitaran que se desarrolle (Corbella & Botella, 2011).

Otras formulaciones identifican en la alianza terapéutica dos distinciones, por una parte se encuentra la relación real, que hace referencia al vínculo entre el cliente y el terapeuta, y por otra la alianza de trabajo, que se refiere a la capacidad de ambos para trabajar conjuntamente y está formada por la motivación del paciente para superar su malestar, su disposición para cooperar y la capacidad de seguir las instrucciones del terapeuta (Arredondo & Salinas, 2005; Corbella & Botella, 2004).

Independientemente de los componentes de la alianza y sus diversas fases, el resultado más significativo de estas investigaciones tiene que ver con el énfasis en la colaboración y el consenso que debe existir entre los participantes del proceso; es la calidad y la fuerza de la relación colaborativa, que se permea por: el vínculo afectivo positivo, elementos de carácter cognitivo, sentido de equipo entre paciente y terapeuta, aspectos conscientes intencionales y elementos procedentes de relaciones pasadas de los participantes (Andrade, 2005).

A continuación se presentan algunas de las características principales de la alianza terapéutica de acuerdo a los diversos modelos antes revisados.

3.1.1 Modelos psicodinámicos

A partir esta postura se han realizado muchas investigaciones sobre este tema desde mediados del siglo pasado, es así como se ha identificado que los elementos centrales de la alianza terapéutica son: el paciente, el analista y el encuadre. La interacción entre estos será la que determine la calidad de la alianza (Arredondo & Salinas, 2005; Corbella & Botella, 2003).

Dentro de este modelo existen posturas, por una parte algunos teóricos comentan que la alianza terapéutica y la transferencia son dos procesos diferentes y que pueden observarse como entidades separadas y distintas, mientras que otros prefieren no hacer diferenciaciones puesto que sería reducir la importancia de la transferencia. En consecuencia se ha planteado que la alianza abarca las transferencias (Arredondo & Salinas, 2005).

Para Greenson (1967) la alianza de trabajo es un fenómeno de transferencia relativamente racional, desexualizado y desagresivizado; en la que el paciente tiene la capacidad para colaborar en la situación analítica. Esta capacidad se observa cuando el paciente se debate en la tendencia hacia la neurosis de transferencia y a pesar de ello mantiene una relación de trabajo eficaz con el analista. Para este autor el núcleo seguro de la alianza de trabajo se forma por la motivación del paciente para superar su malestar, su disposición consciente a cooperar y su capacidad de seguir instrucciones y los insights del analista. La relación terapéutica debe de establecerse antes de que se haga alguna interpretación.

En este enfoque, la alianza depende del paciente, del analista y del encuadre. La contribución del paciente dependerá de su capacidad de mantenerse conectado a la situación analítica y su disposición a arriesgarse a la regresión. La contribución del analista está en la búsqueda constante del insight y una actitud respetuosa, compasiva y comprometida con el paciente, atendiendo no solo el padecimiento específico que llevó al paciente al análisis, sino también el sufrimiento que el análisis provoca en él. Finalmente el encuadre facilita la alianza por la frecuencia de las sesiones y la duración del tratamiento igualmente es importante que se le indique al paciente que el análisis es una labor conjunta desde el principio.

El origen formal de la técnica psicoanalítica se basa en el uso de la regla de la abstinencia, lo cual ha conducido a algunos terapeutas a comportarse de manera distante, austera y en algunos casos autoritaria; sin embargo estas actitudes son incompatibles con la formación de una alianza de trabajo eficaz; ya que en el paciente no solo influye el contenido de la labor del terapeuta sino también el modo, la actitud, los modales, el talante, el ambiente en que se labore; por lo tanto el proceso analítico requiere tiempo y una actitud de comprensión y simpatía.

La conjunción entre el modo de trabajar del analista, su estilo terapéutico y el encuadre analítico producen una atmósfera analítica que favorece la alianza de trabajo y atrae al paciente temporal y parcialmente hacia la identificación con el punto de vista del analista. El proceso psicoterapéutico implica la unión de dos psicologías: la del paciente y la del terapeuta; ambos participan en la configuración de una relación en la que se involucran aspectos conscientes e inconscientes; el proceso para entender y desentrañar esta configuración es un mecanismo central

para el cambio (Álvarez, 2003). Desde esta perspectiva la alianza terapéutica involucra las emociones y pensamientos que alguna vez se vincularon con relaciones no resueltas las cuales son transferidas a la relación establecida con el terapeuta (Arredondo & Salinas, 2005).

La alianza debe llevarse a cabo bajo un esquema de negociación intersubjetiva, dentro de la que se puede negociar las rupturas de la alianza. Estas rupturas se darán en algún momento del tratamiento, pues todo comportamiento interpersonal es una mezcla entre la necesidad de control y la necesidad de afiliación. Una forma de trabajar las rupturas de la alianza se da cuando el terapeuta se muestra empático con el paciente ante las rupturas, demuestra que los sentimientos negativos son aceptables y que a pesar de ello la cercanía es posible (Álvarez, 2003).

Por lo tanto, de acuerdo a Zukerfeld (2001), uno de los factores que ayudará a que el proceso tenga mayor posibilidad de éxito es que exista en el paciente la experiencia de una relación que brinde ayuda.

Siguiendo a este autor, la alianza terapéutica implica la posibilidad de cambio cuya expresión sería la percepción de mejoría; este cambio depende del vínculo en cuya constitución intervienen elementos de distinto nivel y se permea por el encuadre que brinda seguridad, confiabilidad y la certeza de confidencialidad para el desarrollo del proceso. Entendiendo esto, la alianza terapéutica no es solo una condición para el cambio, sino es un cambio psíquico en sí mismo.

Por otra parte, la alianza terapéutica es una herramienta que ayudará al paciente en la compleja tarea de aceptar partes de sí mismo que no le agradan, puesto que en el contexto de esta relación se sentirá lo suficientemente respetado como para empezar a reconocer dichas partes de sí mismo

La técnica psicoanalítica ha tenido diversas modificaciones y propuestas a lo largo de los años, en donde el silencio juega un papel primordial; lo cierto es que no existe una regla que establezca la cantidad de silencio durante una sesión o los momentos específicos en los que se debe interpretar o no; esto dependerá del paciente (Zukerfeld, 2001) sin embargo, desde las

investigaciones realizadas por Zetzel (1956) se señaló la necesidad de realizar algunas modificaciones a la técnica psicoanalítica clásica, como una actitud más activa y positiva por parte del terapeuta, principalmente en el tratamiento de pacientes difíciles. El terapeuta colabora con la compasión, interés, intención terapéutica para con su paciente. Le importa cómo le va al paciente y no es nada más un observador o un investigador, sabe que el paciente tiene derechos y que se le debe respeto como individuo. Si se quiere que el paciente colabore se debe ser cuidadoso y fomentar constantemente sus aspectos maduros en el curso del proceso (Greenson, 1967).

Es necesario tener en cuenta el tono de voz, el uso de un lenguaje común, admitir la posibilidad de equivocarse en alguna interpretación, no interrumpir la sesión cuando el paciente está en mitad de una anécdota o en plena reacción emocional fuerte, pues a menos de que el terapeuta pueda sentir compasión por su paciente e indicárselo así, no podrá realizarse el análisis.

Por otra parte Greenson (1967) comenta que el analista debe estar consciente de reconocer las ocasiones en las que comete algún error dentro de sus interpretaciones pues de no ser así provocará desconfianza y esto pone en peligro el proceso. Para este autor el terapeuta debe de saber mezclar y oscilar entre sus funciones emocionales, para no ceder ante los impulsos inconscientes del paciente pero tampoco estar en una postura alejada que limite su contacto con él.

3.1.2 Modelos humanístico-existenciales

Esta escuela prestó gran atención a la relación generada entre el paciente y el terapeuta, pues desde sus inicios, Rogers señaló la importancia de la calidad de la relación entre ambos y subrayó que el contacto terapéutico en sí, es una experiencia de crecimiento. Mencionó también que existen condiciones claves en la calidad de la relación terapéutica (Rogers, 1957):

- Dos personas en contacto psicológico.
- Que el paciente presente un estado de incongruencia, vulnerabilidad o angustia.

- Congruencia por parte del terapeuta.
- Comprensión empática del terapeuta.
- El terapeuta experimenta comprensión empática acerca del marco de referencia interno y se esfuerza en comunicarlo.
- La comunicación de la comprensión empática y la consideración positiva incondicional son logradas en un nivel mínimo.

Posteriormente, el mismo Rogers (1972) describió las actitudes del terapeuta que aumentan la calidad de la relación:

- a) Autenticidad: este punto se refiere a que los terapeutas actúen de manera sincera y congruente sin dejarse influir por sus estados de ánimo, sentimientos, valores o necesidades. La autenticidad se compone de:
- Comportamiento de rol: el terapeuta se siente cómodo en su rol y por lo tanto no usa sus conocimientos para dominar la relación.
 - Congruencia: debe de existir una sensación de resonancia entre el paciente y el terapeuta. Dentro de esta parte se puede incluir también la credibilidad del terapeuta, es decir, que las palabras del mismo sean una fuente confiable de información, pues con esto se aumentará la confianza en esta relación (Oblitas, 2008).
 - Espontaneidad: el terapeuta debe de expresarse con naturalidad y sin titubear.
 - Apertura: el terapeuta es cercano al cliente y está dispuesto a compartir con él su situación presente y a ajustar su estilo a las necesidades de cada paciente.

- b) Empatía: este concepto ha sido definido como la experiencia afectiva vicaria de los sentimientos de otra persona. Se considera el resultado de un proceso interactivo entre componentes cognitivos y afectivos. Los terapeutas empáticos deben de ser sensibles a los sentimientos del cliente, ser flexibles y capaces de corregirse cuando no dan una lectura correcta de lo que el cliente quiere decir, comunican eficazmente su apoyo (Teyber, 1997).

Carkhuff y Pierce (Oblitas, L; 2008) definen 5 niveles de empatía:

- Nivel 1: El terapeuta tiende a realizar preguntas, a ofrecer consejos o se limita a tranquilizar al cliente
- Nivel 2: La empatía a este nivel solo es hacia el contenido de lo que el cliente dice, es decir que se ignoran sus sentimientos
- Nivel 3: en este caso la empatía solo es una repetición de los sentimientos de cliente sin añadir algo nuevo a lo que éste ha dicho
- Nivel 4: El terapeuta reconoce los deseos del cliente para buscar la solución del problema y el sentimiento que tiene por no haber podido hacerlo, añade algo a los sentimientos expresados por el cliente
- Nivel 5: Se repite la sensibilidad hacia los sentimientos del paciente que se observa en el nivel 4 y se le añade un paso de acción que el cliente puede realizar para lograr el objetivo.

Por otra parte, se han identificado 4 formas, mediante las cuales se expresa la empatía en el proceso terapéutico: La empatía facilitadora en la que el terapeuta reformula el problema y ayuda al paciente a cambiar la perspectiva del conflicto. La empatía afectiva que brinda a los clientes satisfacción debido a que la comunicación con el terapeuta es asertiva. La empatía compartida confirma a los clientes que el terapeuta los acompaña en el proceso y por lo tanto tiene un fin común, anima al paciente a creer que su problema tiene soluciones

potenciales. La empatía nutritiva brinda a los pacientes apoyo emocional y sentimientos de seguridad.

Existe otra forma de catalogar a la empatía, y es diferenciando entre la empatía cognitiva, que se refiere a percibir el mundo como el paciente; este tipo de empatía ayuda a establecer una buena relación de trabajo. Por otra parte, existe la empatía afectiva que tiene que ver con la predisposición del terapeuta para sentir las emociones del paciente; esta debe de manejarse con cuidado ya que como se mencionó previamente, el terapeuta debe de ser imparcial y no dejarse llevar por sus propias emociones, pues se corre el riesgo de que la terapia se estanque en los sentimientos del terapeuta.

- c) Aceptación positiva incondicional: en este caso el terapeuta debe de transmitir al paciente el mensaje de que no está siendo juzgado, que se le respeta, se le acepta y se le reconoce como un ser humano valioso. Las características personales del paciente solo deben de tomarse en cuenta para contextualizar algunas consideraciones específicas para cada caso (Oblitas, 2008; Kleinke, 1995)

A pesar de que Rogers solo describió las actitudes del terapeuta, menciona que lo relevante dentro de la relación terapéutica, es el modo en que el cliente experimenta el contacto con el terapeuta. Es necesario que el cliente experimente, en algún grado, la aceptación y empatía que el terapeuta siente por él. Para este autor lo importante dentro del proceso psicoterapéutico va más allá de la formación del terapeuta, la orientación teórica o las técnicas, sino que se remite al encuentro entre los integrantes, pues es a través de esta conexión que el cliente puede experimentar sentimientos de seguridad (siempre y cuando el terapeuta mantenga las actitudes antes mencionadas). Esta relación segura promueve que el cliente explore y perciba algunos aspectos de su conducta; esto lógicamente causará en él sentimientos de ansiedad que pueden ser reducidos tomando en cuenta la imagen que tenga el terapeuta como alguien que le acepta, ya que así se induce a que el cliente tenga estos mismos sentimientos hacia sí mismo, integrando tanto sus sentimientos hostiles como de otro tipo, sin sentir culpa (Rogers, 1972).

Otras posturas dentro del modelo humanista mencionan que al principio del proceso terapéutico se establece la relación inicial que poco a poco promoverá el contacto que implica la confianza básica entre ambos, la cual es fundamental para desarrollar el proceso terapéutico; esta relación va creando un espacio de seguridad que estará permeado por el respeto y confianza, que es creada y alimentada propositivamente por ambos (Salama, 2002).

La generación de seguridad dentro de una sesión implica que el terapeuta se abstenga de hacer críticas, conjeturas o interpretaciones, además de asegurar la confidencialidad, así como aclarar que el contenido de la sesión no irá más allá de donde el paciente desee. Por otra parte el terapeuta debe transmitir al paciente el apoyo que solicita para reorganizar su percepción de una situación de manera honesta. La facultad para poder desarrollar esta acción es resultado de la confianza que exista entre ambos.

Por otra parte el terapeuta ha de mostrar un interés positivo hacia el cliente, ello implica que acepte todos los sentimientos del cliente, no significa que necesariamente comparta estas actitudes, sino que las respete pues así se reconoce el valor del paciente como persona y el de sus acciones. El proceso de aceptación positiva hacia el cliente y comunicación empática requiere también que el terapeuta pueda comprender sus propios sentimientos y vivencias.

Dentro de este modelo, la relación entre terapeuta y cliente se vislumbra como una sociedad en la que ambos tienen que aportar. En ese sentido es importante recalcar que uno de los parámetros de esta sociedad es evitar a toda costa la dependencia, busca que el paciente encuentre la manera de desarrollar un auto-apoyo.

De acuerdo a Salvo (2002) las variables relacionales descritas por Rogers y utilizadas por diversos teóricos humanistas son necesarias pero no suficientes para el cambio, es decir que actualmente, la corriente humanista enfatiza en primer lugar la calidad del encuentro entre los integrantes del proceso y además hace uso de recursos técnicos que darán como resultado el alcance de los objetivos terapéuticos. Estos recursos técnicos incluyen ejercicios dentro de la sesión y tareas para casa. En el caso de haber dejado al paciente una tarea, es de fundamental

importancia retomarla en algún momento de la siguiente sesión para que así las tareas no pierdan validez en el proceso terapéutico.

3.1.3 Modelo Cognitivo

Para este enfoque, lo que hace posible el proceso de exploración y reordenamiento de las experiencias del paciente es tanto la alianza terapéutica como la explicación de estas vivencias dentro de un ambiente protegido, pues con esto se orienta al paciente para lograr una mejoría y su desarrollo (Arredondo & Salinas, 2005).

Para este modelo la alianza se observa como una interacción técnica, la cual se delimita por el encuadre cuyas reglas proveen al proceso de características distintas a cualquier otra interacción cotidiana. Dentro de este enfoque se han distinguido dos tipos de encuadre:

- Encuadre explícito: se refiere a las reglas del funcionamiento del proceso que delimitan al proceso terapéutico.
- Encuadre implícito: se determinan por el comportamiento no verbal y las costumbres sociales.

Es decir que la alianza terapéutica desde este enfoque concibe ciertas exigencias que ayudarán a regular la interacción y establecer una corresponsabilidad entre sus integrantes (Beck 1995):

- La aceptación del vínculo y su mantenimiento.
- Acuerdo de metas psicoterapéuticas.
- Asimilar que el resultado de la psicoterapia es una responsabilidad compartida entre el paciente y terapeuta.

- Confianza del terapeuta en la espontaneidad y honestidad de su paciente y la confianza del paciente sobre la idoneidad, buen criterio y disposición permanente del terapeuta hacia él.
- Generación de hipótesis que formule el terapeuta basándose en los acontecimientos del proceso terapéutico y asociándolos a referentes teóricos para encontrar explicaciones e interpretaciones que se ajusten al funcionamiento del paciente y que le permitan disminuir su sintomatología.
- Apertura por parte del paciente para la exploración constante de su propia existencia.

Por otro lado para Beck y Emery (1985), parte importante del mantenimiento de la alianza terapéutica es la realización de una retroalimentación constante, la cual ayudará al terapeuta a determinar si el paciente está cumpliendo con sus indicaciones o instrucciones tan sólo por temor a ser rechazado. Sugieren que es importante transmitir un fundamento adecuado para cada procedimiento del tratamiento, de manera que el paciente pueda comprender el proceso de tratamiento y participar activamente en él.

Sin embargo, posturas actuales mencionan que la relación terapéutica es una empresa intensamente humana y que a pesar de que la forma en la que se construye sea conducida por un manual, debe existir una parte “artística” en la que la habilidad del terapeuta para dialogar y la empatía mantienen la colaboración entre el paciente y el terapeuta. En este caso la empatía es una orientación hacia el intento de comprender a la otra persona en términos de su propio marco de referencia y permite establecer un terreno común, es la base para entender qué piensa o siente la otra persona (Gómez, 2010).

Actualmente la relación terapéutica es un componente central y ha recibido un tratamiento específico dentro de esta orientación. La sola adherencia a técnicas ha probado ser insuficiente para asegurar buenos resultados, y se ha comprobado que una terapia competente requiere que los pacientes perciban a sus terapeutas como empáticos y con una actitud no crítica y congruente (Beck & Young, 1985).

Para entablar una buena cooperación terapéutica, Beck y Young (1985) sostienen que los terapeutas deben ser auténticamente cálidos, empáticos, sinceros y atentos y no representar el papel de “experto absoluto”, que deben preocuparse por no parecer críticos o reprobadores, mostrar una actitud segura y profesional, pues esto ayudará a inspirar confianza y contrarrestar la desesperanza que pueda tener inicialmente el paciente.

Una forma que tiene el terapeuta para demostrar el compromiso hacia el paciente es a través de su tono de voz, sus expresiones faciales su lenguaje corporal. Además de esto, trabajar junto con el paciente para fijar objetivos terapéuticos y determinar prioridades es parte del proceso para entablar una relación cooperativa (Beck, 1995).

Para Beutler y Harwood, (2000) existen 6 claves que ayudarán a que la formulación de la alianza de trabajo sea efectiva:

1. Disposición a ser respetuoso, amable y cuidadoso; esta actitud demuestra que el terapeuta está en sintonía con los logros del paciente y no solo con sus problemas.
2. Conocimiento terapéutico que promueva el poder de la alianza terapéutica, este incluye la comprensión de cómo las personas se forman impresiones, responden y se motivan a iniciar y sostener cambios.
3. Herramientas terapéuticas que servirán de vehículos usados para que el conocimiento terapéutico se traduzca en una estructura que mejore la visión del paciente acerca de la relación.
4. Técnicas terapéuticas que son la variedad de procedimientos verbales y no verbales diseñados para reducir síntomas y problemas.
5. El timing que se relaciona con la correspondencia entre la preparación del paciente para cambiar y la intervención terapéutica.

6. La imaginación creativa se refleja en todas las etapas en que el terapeuta organiza las variadas intervenciones, para adaptarlas a las características únicas y específicas del paciente. Esta contribuye a la comprensión y sensibilidad de ponerse en el lugar del otro.

3.1.4 Modelo sistémico

En el caso de este modelo, la alianza terapéutica se basa en la premisa de que la interacción debe tender a ampliar las posibilidades y reducir los tabúes, dogmas, evaluaciones sobre lo correcto e incorrecto que obstaculizan el trabajo.

Ya que este modelo trabaja en gran medida con familias, parte de una complejidad inicial que lo hace diferente a otros tipos de terapias individuales e implica múltiples niveles de relación que el terapeuta debe considerar y manejar. Al inicio del proceso, es común encontrar que la familia cursa por un clima conflictivo y negativo, algunos de los miembros lo pueden ver como algo positivo y otros llegan sin ganas y sintiéndose acusados. E inclusive en algunas ocasiones cuando todos los miembros parecen estar de acuerdo, al realizar una profundización se puede encontrar que todos tienen motivos particulares diferentes (Escudero, 2009).

La primera sesión puede desencadenar gran cantidad de ansiedad por temor a los secretos que puedan revelar los otros, sin embargo si el terapeuta controla la intensidad y ritmo al que va saliendo a la luz la información, las primeras entrevistas pueden motivar a la familia y llenarlas de esperanza (Friedlander, Escudero, & Healherington, 2009), de ahí la necesidad de un contexto seguro para el desarrollo del tratamiento, por lo tanto el terapeuta debe trabajar bajo dos condiciones que facilitaran que todos los miembros estén involucrados en el proceso: omniparcialidad y neutralidad (Arredondo & Salinas, 2005).

Una manera de ser omniparcial es obteniendo la versión del problema de cada miembro de la familia uno por uno, y gracias a esto será posible que se puedan integrar todas las versiones para componer una meta o conjunto de metas que recojan el punto de vista de todos. Cuando la alianza es desequilibrada, es decir que es más fuerte con algún miembro de la familia se pone en

riesgo el proceso y es más probable que sea un tratamiento poco favorable (Friedlander, et al, 2009).

La promoción de un entorno seguro dentro de la terapia sistémica facilita que existan confrontaciones, estas generarán ansiedad y actitudes defensivas pero también es probable que dentro de ese contexto las personas se sientan más capaces de mostrarse tal cual son dentro del sistema familiar. Este factor bien manejado puede conducir a la cercanía y reconciliación, que es una de las metas de la terapia sistémica.

Por otra parte cuando una familia se siente amenazada, el primer punto que hay que atender es la seguridad antes de pensar en hacer progresos; una forma de trabajar este problema es a través del enganche y la conexión emocional señalando los puntos comunes de las diferentes perspectivas, los valores y las experiencias, promover que se pidan información unos a otros y reconociendo los momentos en los que la familia se conduce bajo una línea de respeto.

De acuerdo a Minuchin, es posible que en algunas ocasiones el terapeuta se encuentre empujado por la familia a comportarse de forma contraria a la que ha elegido; en este sentido para los terapeutas sistémicos es muy importante revisar su contratransferencia y trabajar para destriangularse de los procesos emocionales tóxicos de sus familias de origen.

Ya que este enfoque requiere de mucha atención a las interacciones entre los miembros de la familia es posible trabajar, en algunos casos, de manera individual con algunos miembros o inclusive con algunos subsistemas para finalmente hacer un trabajo integral; por otra parte es común que los terapeutas trabajen con ayuda de co-terapeutas o equipos terapéuticos para realizar más intervenciones.

Asimismo este enfoque busca que el terapeuta monitoree constantemente la calidad de la alianza. Un error común suele ser que el terapeuta se centre más en el punto de vista de solo un miembro lo cual crea una mala alianza; en esos casos es importante contrarrestarla para reparar la relación lo más pronto posible. Una forma de realizar esto y evitar así una ruptura, es revelando sus errores y centrándose en el sentido de compartir el propósito de la familia, demostrando que

se tiene un interés genuino hacia ellos pues está conectado emocionalmente con todos los miembros.

Por otra parte el terapeuta debe establecer y mantener alianzas múltiples para cada miembro de la familia; Pinsof (1986) describió que las alianzas en su conjunto, de cada miembro de la familia con el terapeuta, y las del terapeuta con cada subsistema familiar, afectan a todos entre sí y generan un complejo sistema de influencias recíprocas.

Cabe destacar que este modelo sugiere que los terapeutas, ya sea por su temperamento o por su entrenamiento, poseen capacidad de escucha sin embargo menciona que esta habilidad no debe quedarse solo al nivel del contenido de lo que hablan los pacientes, sino que a través de ella debe de identificar la negociación, lo conductual, el texto subyacente interpersonal implícito en cada historia familiar; con esto el terapeuta será capaz de ver más allá de las dinámicas individuales y podrá dibujar patrones familiares. Por otra parte el terapeuta debe de verse a sí mismo como un observador curioso dentro del contexto terapéutico y no tanto como un enfermero, ya que con una postura más neutral podrá ser un activador de los propios recursos curativos de la familia (Minuchin, Lee, & Simon, 1996).

3.2 ROL DEL CLIENTE

Siendo el cliente un agente activo dentro de la relación terapéutica existen varias características intrínsecas que pueden afectar tanto positiva como negativamente el desarrollo de la alianza terapéutica.

Para Krause (1992) existen cinco condiciones del consultante, previas al inicio de la psicoterapia, que resultan relevantes para que se produzca el cambio. Estas condiciones son: experiencia de los propios límites, aceptación de la necesidad de ayuda, cuestionamiento de los modelos explicativos personales, transformación de la conceptualización de los propios problemas y síntomas, desarrollo de metas para la terapia, expectativas del consultante respecto del rol o función del terapeuta, respecto del propio rol y respecto de la estructura (y del setting) de la relación de ayuda. Algunos otros autores también mencionan que es importante considerar

las habilidades sociales del paciente, el tipo de expectativas que tiene el paciente sobre la forma en que se relacionará con el terapeuta y la complementariedad que exista entre el terapeuta y el paciente (Andrade, 2005; Corbella & Botella, 2003; Zaldivar et al., 2002).

VARIABLES COMO LA EDAD, EL GRADO DE ESTUDIOS Y EL GÉNERO HAN TENIDO RESULTADOS AMBIGUOS; algunos autores mencionan que tienen un impacto sobre la capacidad para establecer alianza terapéutica y otros contradicen estas afirmaciones encontrando que los estudios al respecto no han sido concluyentes (Santibáñez, 2008).

El desarrollo de la alianza terapéutica se da durante las primeras sesiones y se ha observado que la disposición al cambio que tenga el paciente, el tipo de expectativas y diagnóstico clínico, en caso de haberlo, son variables que intervienen en la forma en que se establece (Santibáñez, 2008).

Por otra parte se dice que aquellos pacientes que presentan un tipo de apego ansioso tienden a generar menos alianza terapéutica que aquellos que tienen apego confiado. Además se han observado algunas características de los clientes que dificultarán la alianza, dentro de estas se encuentra: rigidez, estilo evitativo, defensividad, desgana, hostilidad y perfeccionismo (Krause, 2006).

Ya que es la percepción del cliente la que puede ser más determinante para el éxito terapéutico, se han investigado los momentos significativos del proceso para el cambio desde el punto de vista del paciente y los que se han encontrado más comunes son (Krause, 2006):

- Momentos de resolución de problemas
- De apoyo
- De insight
- En los que se tratan temas personales
- En los que se exploran y describen sentimientos

- En los que se ensayan nuevos tipos de comportamientos

Estas situaciones tienen una importancia significativa ya que traen como consecuencia: mejoría sintomatológica, mayor autocomprensión, autoconfianza y autodefinición.

Cuando el paciente ingresa al tratamiento deberá ir asumiendo su propia participación o responsabilidad en diferentes situaciones de la vida; es aquí donde la aceptación del terapeuta y la coordinación entre las expectativas y las metas adquieren especial importancia; ya que con estas el paciente se sentirá con mayor capacidad para desenvolverse en el proceso. La disposición del paciente a participar del proceso terapéutico y de trabajar para conseguir los objetivos de manera motivada, son indispensables para sostener la alianza terapéutica.

En el momento en que el paciente logra disminuir los sentimientos de desmoralización con los que inició el tratamiento, se puede decir que ha empezado el proceso de cambio puesto que esto le generará un sentimiento de competencia para manejar sus propios problemas.

Los cambios que promueve la terapia se ven acompañados de un aumento de los grados de libertad, en la medida en que las personas experimentan su propia participación como decisiva en la producción de los cambios que los benefician (Teyber, 1997). El paciente es por lo tanto un agente auto-curador activo y un agente primario del cambio en psicoterapia.

3.3.- ROL DEL TERAPEUTA

En cuanto al papel que juega el terapeuta dentro del desarrollo del proceso terapéutico, se han elaborado diversos estudios que indagan sobre este punto. En primer lugar se ha demostrado que la manera en la que se desenvuelve durante el proceso es relevante para el éxito (Corbella & Botella, 2003).

Investigaciones realizadas en los años ochenta encontraron que la flexibilidad y la apertura mental del terapeuta están relacionados positivamente con los resultados de la

psicoterapia; mientras que la dominancia y el dogmatismo son rasgos que reducen la flexibilidad del terapeuta y por lo tanto los resultados del tratamiento se ven afectados; sin embargo el estilo del terapeuta no es el único factor que juega un papel importante en este campo, ya que depende de la actitud del paciente para aceptar las características del terapeuta las que determinan cuál de las actitudes es la que les serán más benéficas; en pocas palabras no hay evidencia de que exista una característica que pueda generalizarse. Algunas investigaciones indican que a los adolescentes pueden tener tratamientos más efectivos con terapeutas más dogmáticos y dominantes (Corbella & Botella, 2003; Feixas & Miró, 1993).

En cuanto al nivel conceptual y el estilo cognitivo del terapeuta se ha encontrado que los terapeutas con un estilo de procesamiento cognitivo abstracto y complejo eran más efectivos al enseñar y realizar tareas terapéuticas que aquellos con estilos más concretos, también se ha encontrado que un estilo cognitivo similar al del paciente ayuda a las primeras sesiones.

Estos hallazgos van guiados por los resultados totales del proceso, sin embargo sí se han encontrado características del terapeuta que promueven u obstaculizan el desarrollo de la alianza terapéutica. En los siguientes apartados se exponen los hallazgos más relevantes al respecto.

3.3.1 Actitudes promotoras de la alianza terapéutica

Las actitudes y características del terapeuta que promueven el desarrollo de la alianza terapéutica son (Corbella & Botella, 2004):

- Empatía y calidez
- Comportamientos de exploración y valoración
- Formación como terapeuta
- Capacidad para aceptar parte de la responsabilidad en las rupturas relacionales
- Metacomunicación con el paciente cuando ocurren malentendidos
- Centrar la actividad en que aquí y el ahora bajo una temática específica

- Habilidades sociales

En este mismo sentido Zaldívar, et al. (2004) mencionan que para que se creen mejores condiciones para el proceso terapéutico es necesario que el paciente perciba ciertas actitudes expresadas por el terapeuta; estas son:

- Aceptación
- Comprensión
- Autenticidad
- Calor humano
- Verdadero interés por el paciente

Así mismo mencionan que el terapeuta debe promover una buena comunicación, conocer las características del paciente, así como sus propios temores, actitudes y puntos vulnerables.

Las actitudes como el respeto y la aceptación ayudan al terapeuta a explorar conductas del cliente que tienen origen desconocido para él, así como para aumentar las posibilidades de que siga participando en el tratamiento (Teyber, 1997).

Como parte de las actitudes que han probado mantener la alianza terapéutica durante el tratamiento están: tener una presencia genuina en el tratamiento, retroalimentar sobre los patrones que observa, empatía hacia las emociones del paciente, observaciones de lo que sucede en su interacción constante.

Existen casos en los que el tratamiento sugiere una intervención más directiva; el terapeuta debe observar hasta qué punto el comportamiento del paciente está pidiendo una determinada actitud o modo de conducir la entrevista (Fernández & Brouwer, 2002); en estas situaciones es importante cuidar que esta dirección no llegue a términos autoritarios, para lo cual se debe establecer desde las primeras sesiones una alianza en la que se recalque la participación

activa del paciente. Se ha de entender que la terapia es un proceso mutuo en la que el paciente contribuye con su información, sus habilidades y recursos y ambas partes son responsables; para esto el terapeuta ha de explicar que la participación del cliente aumenta los resultados y el sentido personal de eficacia y poder personal (Teyber, 1997).

El proceso terapéutico está basado en la comunicación, por lo tanto el terapeuta debe demostrar que está dispuesto a escuchar lo que el paciente quiera decir; en muchas ocasiones las primeras sesiones el tema a tratar es elegido por el cliente y el respeto que el terapeuta pueda dar a estas elecciones será fundamental para generar confianza. En el caso de que el terapeuta no comprenda alguna sección de lo que dice no solo debe asentir por compromiso, sino tratar de entender a fondo lo que el cliente quiere decir; estos esfuerzos que tiene el terapeuta hacen que el cliente se sienta atendido y cuidado (Teyber, 1997).

El primer paso para generar alianza terapéutica es escuchar empáticamente lo que es importante para la persona pues así el terapeuta muestra que capta y expresa el significado central de lo que dice, de este modo identificar temas recurrentes puede ser una herramienta para entender la problemática del paciente.

En general se han encontrado 3 factores recurrentes en el material del paciente: temas interpersonales, creencias patológicas, pensamientos automáticos o expectativas fallidas y el núcleo de las emociones.

Para que el cliente pueda ser mejor comprendido, el terapeuta puede realizar las siguientes tareas:

- Clarificar temas relacionales recurrentes
- Identificar creencias irracionales y pensamientos automáticos, así como expectativas problemáticas
- Aproximarse al núcleo de sentimientos conflictivos

Finalmente es importante que el terapeuta tenga en cuenta que su tarea no es curar al cliente, sino brindar las condiciones necesarias para desarchivar su historia, dar comprensión y cuidado para que con ello disminuya sus malestares y encuentre solución a sus conflictos (Rogers, 1972; Teyber, 1997).

El terapeuta debe de poseer conocimientos de diferentes teorías y técnicas para intervenir, sin embargo al momento de relacionarse debe mostrar autenticidad y su esencia personal; es decir, debe de ser capaz de combinar sus conocimientos propios con los adquiridos

3.3.2 Errores del terapeuta

Ser terapeuta implica una gran responsabilidad y la clara consciencia de la importancia del manejo ético al momento de ejercer la profesión, ya que el trabajo es persona a persona y existen muchas variables que están en juego al momento de atender a un paciente. De no ser así se corre el riesgo de cometer errores que afectan al proceso terapéutico, algunos de los errores comunes que se han encontrado son: etiquetar al paciente, hacer juicios de valor o sentimientos de frustración del terapeuta porque el paciente no avance al ritmo que él espera; esta frustración puede llegar a generar que el terapeuta actúe de manera ansiosa pues responde a sus propias necesidades de ayudar y no a lo que el cliente desea; como resultado esta alianza puede fallar (Arredondo, 2005; Teyber, 1997).

Se ha observado que los terapeutas pueden reaccionar con frialdad y distanciamiento cuando el paciente muestra actitudes hostiles o negativismo. Una forma de evitar esta situación es trabajar sobre sus descalificaciones personales para poder manejar adecuadamente las agresiones del paciente. El terapeuta debe aprender a aceptarse a sí mismo para poder aceptar a los demás (Álvarez, 2003; Arredondo, 2005).

3.4 INVESTIGACIONES Y EVALUACIÓN DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA

A continuación se presentan algunos de los resultados más relevantes obtenidos de la investigación en torno a la alianza terapéutica:

La alianza terapéutica se ha presentado como el mejor predictor de éxito del tratamiento si se evalúa en las primeras sesiones. En este sentido se ha encontrado que el establecimiento de una buena relación se da en la fase inicial del proceso, de lo contrario el paciente puede abandonar prematuramente el tratamiento.

La alianza terapéutica es un concepto abstracto, por lo que la valoración que se haga de ella será variable desde el punto de vista de quien la evalúe (cliente, terapeuta, observador externo). Sin embargo la opinión que tiene mayor peso, como predictiva de éxito, es la del cliente.

Por otra parte, en casos de pacientes que tengan la necesidad de mantener tratamientos farmacológicos, como la esquizofrenia en particular, se ha encontrado una correlación directa entre la aceptación a los medicamentos y la calidad de la alianza terapéutica (Corbella & Botella, 2004).

Además se ha estudiado también qué tanta relación tiene la alianza terapéutica con el hecho de que el proceso le esté dando resultados al paciente. Los datos obtenidos sugieren que la alianza es una cualidad intrínseca de la relación que contribuye al éxito de la terapia por encima de las ganancias terapéuticas.

Actualmente existen diversas escalas a nivel mundial que pretenden evaluar los alcances de la alianza terapéutica. Dentro de estas destacan algunas que han sido traducidas al español (Andrade, 2005):

- Las escalas Penn: se basan en una perspectiva dinámica y en las conceptualizaciones realizadas por Luborsky sobre la alianza terapéutica tipo I y II
- Los instrumentos Vanderbilt: está diseñada específicamente para las psicoterapias con orientación psicodinámica.

- Las escalas de alianza terapéutica de California: busca reflejar cuatro dimensiones a) capacidad de trabajo del paciente, b) compromiso del paciente, c) comprensión del terapeuta y d) consenso en las estrategias de trabajo
- Las escalas de alianza psicoterapéutica integradora: están basados sobre la teoría de Bordin, se utilizan dos cuestionarios que se aplican tanto al paciente como al terapeuta. Las diferentes escalas de este inventario se consideran como una serie de medidas válidas para la alianza terapéutica y se utilizan en diversas investigaciones empíricas.

CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA

Hacer uso de la metodología cualitativa permite conocer y rescatar el valor de los significados íntimos que las personas dan a las situaciones que experimentan a lo largo de su vida (Taylor & Bogdan, 1990)

Los estudios de caso son apropiados cuando se desea investigar un fenómeno dentro del ambiente y el contexto en el que se desarrolla, particularmente, cuando las relaciones entre el fenómeno y dicho contexto no están claramente elucidadas. Además de esto, brinda ventajas en los diseños de estudios que involucran variables diversas, con varias fuentes de información, y simplifica el manejo teórico y su comparación (Yin, 2003).

En el presente trabajo, se eligió el diseño de estudio de caso para comprender la experiencia de la participante sobre dos, de los cuatro procesos terapéuticos a los que asistió. Para el análisis de los datos se utilizó el procedimiento de Teoría Fundamentada de Strauss y Corbin (2003), para la cual es necesario desarrollar codificaciones, categorías y temas surgidos, y generar hipótesis a partir de los análisis de lo comentado por la participante en las entrevistas a profundidad.

4.1 PARTICIPANTE

La participante es una mujer de 26 años, mexicana, es egresada de la Universidad, por la cual fue becada. Desde su nacimiento vive en el Distrito Federal con su hermano y sus padres, quienes tienen un nivel educativo básico, y son descritos por la participante como rígidos en las reglas, con conflictos para resolver sus problemas como pareja, que prefieren mantener las dificultades familiares en privado y que ejercen una influencia directa en las decisiones que la participante toma.

El propósito del presente trabajo no es elucidar el problema o conflicto principal de la informante, sino analizar su experiencia con respecto a los procesos psicoterapéuticos significativos a los que acudió. Baste decir que la participante menciona que su conflicto

principal, tal y como ella lo designa, fue la baja autoestima; describe su problemática a partir de pensamientos de insuficiencia, dificultad para resolver problemas consigo misma y con las personas que le rodeaban, aislamiento social, dificultad para relacionarse con el sexo opuesto y para conseguir una pareja sentimental.

4.2 PROCEDIMIENTO

4.2.1 Acceso al participante

La elección de la participante recayó en la investigadora debido a la posibilidad de una interacción frente a frente, para realizar entrevistas a profundidad.

La investigadora consideró que la participante, al haber asistido a diversos procesos terapéuticos, poseería experiencia acerca de las diversas características que dichos tratamientos tenían para ser estimados como exitosos o no exitosos. La investigadora contactó a la participante, con quién habló del propósito del estudio y, posteriormente se agendaron las citas en las que se realizaron las diversas entrevistas. Se solicitó consentimiento para audiogravar las entrevistas y que eligiera su propio pseudónimo. También se le indicó que tendría la oportunidad de revisar las notas e información antes de que terminara la investigación, como parte de un proceso de triangulación propuesto por Taylor y Bogdan (1990).

4.2.2 Fuentes de datos

El método cualitativo de recolección de datos utilizado fue la entrevista a profundidad; que es descrita como no directiva, no estructurada, no estandarizada y abierta. Este tipo de entrevistas consisten en una serie de encuentros cara a cara, con el fin de comprender las perspectivas del informante respecto de su vida o situaciones específicas, tal y como las expresa en sus propias palabras. La realización de este método de recolección de datos se caracteriza por ser una conversación entre dos personas al mismo nivel, sin que haya necesariamente un intercambio de preguntas y respuestas; por esa razón se considera que el entrevistador es el instrumento de investigación (Taylor & Bogdan, 1990).

La participante sostuvo 240 minutos de entrevistas a profundidad con la investigadora, en donde el tema principal se basó en la siguiente pregunta: ¿Qué cosas sucedían durante tu terapia, para que sintieras ganas de seguir asistiendo e intentar las cosas que te proponía tu terapeuta?

Después de la entrevista inicial, en donde se exploraron los diversos procesos psicoterapéuticos a los que había asistido la informante, surgió la evidencia de una comparación entre el primer proceso psicoterapéutico y el último. Por lo tanto, las siguientes entrevistas tuvieron como objetivo profundizar las características intrínsecas y extrínsecas de cada una de estas experiencias de la informante. Todas las entrevistas fueron audiograbadas y transcritas por la investigadora el día inmediato posterior a la realización de la entrevista.

4.2.3 Procesos de análisis

Para realizar el proceso analítico se utilizó el proceso de Teoría Fundamentada, ya que permite “descubrir teorías, conceptos, hipótesis y proposiciones partiendo directamente de los datos y no de los supuestos a priori de otras investigaciones o de marcos teóricos existentes, al refinar conceptos, identificar propiedades, explorando interrelaciones e integrándolos en teorías coherentes” (Strauss & Corbin, 2003, p.24).

En primera instancia se leyeron las transcripciones de las entrevistas varias veces, se realizó la clasificación, codificación y comparación repetida de las diversas frases significativas que la informante mencionó durante las entrevistas. Este proceso se realizaba antes de la entrevista siguiente pues servía como base para profundizar en los temas significativos; además de que brindaba la oportunidad de iniciar el proceso de codificación abierta, el cual consiste en desarrollar conceptos derivados de la exploración minuciosa de las transcripciones, que permiten fragmentar datos, identificar características y dimensionar dichos conceptos.

El desarrollo de las categorías está basado en el lenguaje de la participante, pues estas se obtienen de las palabras exactas usadas por la informante y de las abstracciones comunes en la

literatura psicológica, siempre y cuando se apegaran en significado a lo que la participante se refiera, lo cual se verificó en el proceso de triangulación.

Las notas que se realizaron, durante las entrevistas fueron parte importante del proceso analítico, pues se utilizaron para dar posibles explicaciones del fenómeno e incluso generaron preguntas para las entrevistas subsecuentes.

Después de realizar la codificación abierta, se elaboró la codificación axial, que es un proceso donde se realizan conexiones entre las categorías y subcategorías, así como el surgimiento de nuevas categorías y nuevas comprensiones. Dicho proceso vinculó las categorías formadas a partir de la clasificación de la información con las dimensiones encontradas para los conceptos, así como la formulación de dos modelos que explicarán los datos.

Para validar las relaciones entre las categorías de ambos modelos se realizó el proceso de codificación selectiva; en la que se buscó una categoría central que representara el tema principal de la investigación y que fuera consistente con todos los productos de análisis, escritos en pocas palabras y que explican la presente investigación. Esto se realizó del siguiente modo: una vez que el análisis no originó nuevas categorías o elementos de estudio, y todos los datos fueron tomados en cuenta para la realización de una integración de un modelo paradigmático de teoría fundamentada, se buscaron las categorías centrales para ambos modelos. Para hacer la elección de las categorías centrales se siguieron las sugerencias de Strauss y Corbin (2003).

Dichas categorías tienen como características: una alta frecuencia de ocurrencia en las entrevistas, ser incluyentes en su relación con otras categorías, abstracción suficiente para describir un modelo teórico formal, una relación lógica y consistente, su poder explicativo de integración de conceptos así como de variaciones y explicaciones contradictorias o alternas. Además de esto, se realizó la integración y refinamiento del modelo teórico resultante.

Siempre se buscó llegar al punto en el que, el desarrollo de las categorías no brindara nuevas propiedades, dimensiones o relaciones mediante análisis, a este punto se le conoce como saturación teórica. También se aplicó un muestreo dentro de las entrevistas, comparando,

clasificando y contrastando los datos obtenidos con anterioridad, hasta que no se encontraron nuevas explicaciones.

La investigadora se reunió periódicamente con el asesor del presente trabajo, donde se mostraron los avances de la investigación; se revisaban fragmentos importantes de los datos de las entrevistas de acuerdo a las concepciones de la investigadora, el asesor hacía sugerencias acerca de los temas que debían ser explorados a mayor profundidad para llegar a la saturación de las categorías, además de que brindaba explicaciones posibles del fenómeno estudiado.

4.2.4 Validación y confiabilidad de los datos

La validación de los resultados se elaboró a través de la “triangulación” de los datos surgidos de: las concepciones teóricas sobre el tema y las observaciones realizadas por la informante acerca de las categorías elaboradas y de las situaciones discrepantes que surgieron durante la investigación.

La triangulación es un método que combina toda la información surgida de la investigación y que en esencia constituye el cuerpo de resultados de la investigación (Cisterna, 2005). Este proceso protege la explicación del fenómeno, de las concepciones de la investigadora y sus intereses particulares, para que los datos se consideren válidos y que son un reflejo del fenómeno estudiado (Taylor & Bogdan, 1990).

Para realizar este proceso es necesario: seleccionar la información obtenida, triangularla entre sí para generar diversos niveles de análisis. Posteriormente triangular la información con la participante, es decir, mostrarle los modelos y las distintas conclusiones elaboradas y, finalmente, triangular la información con el marco teórico. Esta última fase metodológica es la que le brinda un carácter integrado y significancia a la investigación.

CAPÍTULO V. RESULTADOS

Del tiempo total de entrevistas, se aplicó el proceso de análisis descrito en el capítulo referente a la metodología; una vez hechos los análisis pertinentes y el proceso de triangulación con la participante, se formularon dos modelos que explican la experiencia de la misma, conformándose en un proceso terapéutico exitoso y no exitoso.

La informante ha acudido a cuatro procesos terapéuticos diferentes, sin embargo para los propósitos de este trabajo se analizaron los dos más significativos por los niveles de eficacia que tuvieron de acuerdo a lo que la misma participante mencionó durante las entrevistas, cabe destacar que cronológicamente primero sucedió el proceso terapéutico no exitoso y varios años más tarde la informante acudió al proceso terapéutico exitoso.

Se presenta a continuación, y en primer lugar, el proceso terapéutico exitoso, pues es el que @Tonsourire tiene más presente, menciona con mayor frecuencia y al que le da más importancia (Fig. 1).

Para fines prácticos, se aclara, que los segmentos escritos con letra cursiva son fragmentos literales extraídos de las entrevistas de la participante.

5.1 PROCESO TERAPÉUTICO EXITOSO

El presente modelo categoriza, explica y relaciona los diversos aspectos que la participante mencionó, y que a través de los respectivos análisis resultaron significativos para considerar este proceso terapéutico como exitoso (Fig. 1).

Este esquema resulta importante para el acervo teórico, pues no solo muestra gráficamente los elementos esenciales de una terapia llevada de manera profesional, sino que estos son descritos y fundamentados en la experiencia de la informante, quien pudo notar que ciertas actitudes, instrucciones, tareas y sensaciones, fueron significativos para definir este proceso como: *“la mejor experiencia en cuanto a psicoterapia”*.

El modelo se constituye de las siguientes categorías principales:

- Motivo de consulta
- Encuadre
- Relación terapéutica
- Confianza
- Técnicas empleadas
- Abordaje
- Factores externos
- Notar cambios
- Motivación para seguir el tratamiento

5.1.1 *Motivo de consulta*

¿Qué es lo que provoca que una persona decida asistir a un proceso terapéutico? En general la respuesta a esta cuestión nos remite al motivo de consulta; a continuación se describe la influencia que tuvo dicho factor sobre el desarrollo del proceso terapéutico de @Tonsourire.

En primera instancia existieron dos factores determinantes para que la informante tomara la decisión de acudir a terapia, en primer lugar están las necesidades que la informante requería satisfacer, tales como expresar emociones contenidas y hallar el origen de su malestar, asimismo esperaba encontrar la presencia de un profesional que le brindara estrategias para actuar y resolver sus problemas; al respecto mencionó lo siguiente:

“Se puede decir que yo lo decidí, porque hubo un momento en el que me sentí tan presionada, ya no por los demás sino conmigo misma. O sea, llegó un momento en el que yo misma sentí que lo que yo estaba haciendo no estaba del todo bien y yo no me sentía

bien conmigo misma, o sea, fue el parte aguas para que yo dijera: necesito ayuda profesional, necesito que alguien me ayude a canalizar muchas cosas que no estoy canalizando, que me ayude a cerrar muchas cosas que no he cerrado, y que desafortunadamente... pues a veces nos cuesta mucho trabajo decir: sí, estoy mal en esto, y a veces la respuesta está ahí y es muy clara pero llegar a esa respuesta es todo un laberinto, por todos los prejuicios, por todos los... pues quizás por todo lo que aprendiste cuando eras chica o por todas las cosas que tu hacías, pues te es muy difícil [...] porque yo no tenía problemas en cuanto a rendimiento escolar sino de rendimiento social, o sea, me estaba quedando sin amigos, bueno más que sin amigos, sin conocidos, o sea yo misma estaba alejando a la gente de mí, entonces por eso tomé esa decisión de ir y sacar todo eso que traía atorado”.

“Me urgía encontrar qué era lo que estaba pasando conmigo, ya era una necesidad personal de saber ¿Por qué todo el tiempo estoy triste? ¿Por qué todo el tiempo quiero estar llorando? ¿Por qué todo es drama? [...] eso me llevó al punto de decir: me urge ir con alguien que me ayude, que me oriente que me diga qué es lo que está pasando”.

En segundo lugar se encuentran las expectativas de lo que podía resolver durante la psicoterapia, en este sentido es importante tomar en consideración que previo a este proceso la participante ya había acudido con otro terapeuta y el resultado de dicho proceso no había sido el esperado y le había dejado grandes malestares, en el siguiente fragmento la participante describe la razón por la cual decidió volver a intentar tomar terapia:

“Una compañera de la universidad era psicóloga y me acerqué con ella y le dije que tenía muchos problemas, y le pregunté si realmente la terapia ayudaba, porque yo ya lo había intentado y no me había ido bien. Ella me dijo: en una terapia bien llevada tú vas a encontrar la respuesta, no es como que tú llegues y luego, luego te digan: lo que tú tienes es un problema en el cerebro por falta de materia gris. No, tú vas a ir y poco a poco encuentras lo que te pasa. Y ahí fue cuando me convencí, fue en ese punto en el que me di cuenta de que sí lo necesitaba”.

Gracias al conocimiento claro de sus malestares y la noción de los alcances que tiene una terapia, durante la primera sesión la participante expresó sus necesidades y con ayuda de la terapeuta, se convirtieron en los objetivos que se persiguieron a lo largo de la terapia; al respecto la informante comentó:

@: Yo no tenía una lista de objetivos pero sí tenía uno muy claro [...] cuando llegué con ella le expliqué eso, entonces ella me empezó a indagar y me dijo: bueno, vamos a partir de la relación con tu familia, con tus amigos, la relación laboral e incluso intrapersonal, o sea cómo convives contigo misma todos los días. Y partimos de esos cuatro segmentos que ella anotó. ”

E: ¿Te sentiste cómoda con esa división de puntos?

@: Sí porque tocó los cuatro puntos en los que inconscientemente yo me sentía mal y aunque no eran mis objetivos principales, yo sí sabía que tenía ciertos problemas en esos cuatro factores y que al final del día yo ya no quería que una cosa me llevara a detonar todo.

En este punto encontramos que estos factores (necesidades, expectativas y objetivos) marcaron un punto de inicio a partir del cual la informante iría identificando los cambios que se darían durante el proceso. Más adelante se explicará a profundidad la importancia de esto sobre el éxito del tratamiento.

5.1.2 Encuadre

A lo largo de las entrevistas @Tonsourire mencionó que, durante el primer contacto la psicóloga le planteó las diversas reglas que había para que su tratamiento se desarrollara de la mejor manera; estas consistían en: “*la puntualidad*”, “*hacer las tareas*” y “*avisarle con tiempo si no iba a ir*”.

Después de que la informante dio a conocer su motivo de consulta, la terapeuta le habló del tiempo aproximado de duración de este proceso. Este dato fue de suma importancia, ya que en los tratamientos anteriores no se le había dado esa información y por esa razón, creía que la terapia sería por un plazo largo, esto le generaba preocupación por el factor económico y dudas sobre la efectividad del tratamiento.

“Más de un año me dijo: te podría decir que en un año. No te voy a decir que estás totalmente curada pero ya va a haber un progreso, pero sí va a ser un proceso largo, entonces debes de tener disponibilidad y debes de estar dispuesta a ser constante, a esa tenacidad. Entonces yo le dije que sí, que estaba perfecto [...] me gustó que desde un principio me lo haya dicho”.

Tanto las reglas como la duración del tratamiento fueran aceptadas por la participante e implicaron que estuviera consciente de que cumplir con ellas impactaría en la obtención de resultados. De igual manera, le brindó la idea de que el tratamiento tendría formalidad a diferencia de los anteriores en los que no se hablaron estos aspectos; acerca de esto comentó:

“Como desde el primer momento ella me dijo qué era lo que tenía que hacer, cuáles eran las reglas. Puso las reglas del juego, la duración de la terapia, el que si yo faltaba lo único que hacía era retrasar este proceso y esas ganas de que... yo ya estaba tan cansada de que iba con un psicólogo y no funcionaba, iba con otro, no funcionaba. Entonces el ver cosas diferentes desde la primera terapia dije: si yo le echo ganas voy a salir adelante”.

“lo tomé bien porque sentí que eran reglas de conducta en la terapia [...] era la seriedad con la que teníamos que ver la terapia”

El encuadre tiene una función relevante sobre el desarrollo de la confianza en este proceso particular ya que consolidó la idea de la participante de que el trabajo que se realizaría sería formal y profesional.

5.1.3 Relación terapéutica

Un proceso terapéutico implica una interacción entre el paciente y el psicoterapeuta; el cual se ve afectado por la percepción y la interpretación que el primero hace sobre la actitud del segundo. En este apartado se describen estos tres factores y su interrelación, dentro de esta experiencia terapéutica.

Durante las entrevistas, @Tonsourire describió que su terapeuta mantuvo una actitud comprensiva a lo largo del proceso y que inclusive desde la primera sesión ella pudo percibir que la terapeuta mostraba empatía, comprensión, calidez, paciencia e interés, en ese sentido mencionó:

“El primer día fue primero tener pena, pero es que era tan tranquila, tan amigable, tan empática que desde el primer momento que me puse a platicar con ella y le empecé a contar lo que me pasaba, a grandes rasgos por qué iba yo. Me acuerdo que era muy tranquila, no era ruda [...] llegué, me senté en donde tomábamos la terapia y te ponía atención, te escuchaba y así como estamos platicando. Era algo muy relajado, muy tranquilo, me ponía atención, tomaba sus notas, pero no era como en otros casos que: sí cuéntame todo de una vez y ahorita te resuelvo la ecuación. [...] en ningún momento fue tajante o cortante, te daba tu tiempo.”

Más adelante, durante el proceso, la terapeuta tuvo diversas actitudes que le ayudaban a disminuir su ansiedad como normalizar las anécdotas que ella le platicaba:

“me dijo: es normal”.

Aportaba ideas que le hacían entender las situaciones que vivía desde otra perspectiva:

“Ella decía que la severidad no solucionaba los problemas, al contrario los complicaba más. Tienes derecho a cometer errores, eres humano, tienes derecho a sentirte mal, a decir la regué, pero ya, lo hiciste ¿ahora qué vas a hacer para solucionar eso?”

La actitud comprensiva por parte de la terapeuta tuvo un impacto directo en la forma en la que @Tonsourire se desarrolló durante el tratamiento ya que pudo tener una actitud de apertura durante el desarrollo del tratamiento, lo cual trajo consigo mayor profundidad al contenido de las sesiones y así fue posible que tocaran temas que la informante no había comentado con nadie, pues le resultaban dolorosos. Al respecto comentó:

“yo recuerdo que llegar con ella, el simple hecho de escucharla hablar a ella, era así como... haz de cuenta de que yo podría llegar así toda estresada de la semana, en cuanto llegaba me decía: a ver cuéntame, ¿cómo estuvo eso? Yo siempre estaba acostumbrada a gritar, a hacer todo un show, y que ella me hiciera lo que nadie, que era: a ver qué te pasa, qué pasó cuéntame; se hacía tan chiquito lo que en un momento de coraje yo lo sentía tan grande. O sea era esa paz, ella me brindaba esa paz que en el momento del coraje las demás personas no. Eso era como que así, ¡ah! relajarme poder contar todo lo que sentí pero ya relajada”.

A lo largo de las entrevistas, se notó la importancia que tuvo para ella poder hablar abiertamente durante las sesiones de este tratamiento, pues hizo referencia a esto constantemente con frases que demuestran su percepción acerca de una relación carente de juicios por parte de la psicóloga, por ejemplo:

“ella me brindaba esa apertura de yo poder decir todo lo que sentía, lo que pensaba, lo que me pasaba durante la semana [...] entonces eso fue lo que me permitió, que ella no me criticara o me juzgara”

“poder decir todo sin miedo a qué me va a decir”

“yo podía hablar de lo que fuera sin que me criticara”

“no me sentía atacada y me sentía con total libertad de yo decir todo lo que me pasaba”

“yo podría decir que hasta puedo hablar más abiertamente las cosas con ella que con mis papás”

Finalmente la opinión que tenía @Tonsourire sobre su terapeuta también fue un factor determinante para que la relación terapéutica se fortaleciera; en este sentido es importante demarcar que las experiencias psicoterapéuticas de la persona, previas a este tratamiento le generaron sensaciones negativas y rechazo a las actitudes de los terapeutas; dichos procesos fueron abandonados. En esta ocasión, la opinión y el resultado fueron completamente diferentes, pues manifestó en las entrevistas tener una opinión positiva hacia su terapeuta; comenta que poseía cualidades que le sorprendían, tales como ser: *“muy abierta”, “muy amigable” y “muy pacífica”*, dicha opinión favoreció el proceso, ya que estar en una relación terapéutica percibida positivamente le generaba un estado de confort y alivio por haber encontrado a alguien profesional, con quien consideraba, lograría cumplir los objetivos que habían planteado, lo cual aumentaba su motivación para continuar el tratamiento. A este respecto manifestó lo siguiente:

“Encontré a la doctora correcta, [...], después de mucho tiempo de estar busque y busque, y que no funcionaban y que no funcionaban, y darme cuenta que, después de seis meses seguía yendo me daba un estado de satisfacción muy grande, decía yo: por fin encontré a la doctora adecuada, con la que me siento bien y con la que estoy sintiendo un progreso”

En este sentido es posible observar como las actitudes de ambas integrantes del proceso, así como esta opinión fueron elementos que se alimentaron entre sí, pues entre mayor comprensión existía por parte de la terapeuta, la participante se sentía más cómoda y capaz de hablar abiertamente de todo aquello que vivía, esta sensación de bienestar le brindaba una buena opinión de su terapeuta lo cual le permitía ser más abierta y a su vez la terapeuta tenía más

elementos para poder comprenderla. Es decir que estos elementos se relacionaron de manera proporcional y gracias a esta conjunción el sentimiento de confianza que se generó desde la primera sesión con el encuadre pudo fortalecerse.

5.1.4 Confianza

Como ya se mencionó anteriormente, en este modelo, la confianza que experimentó la informante surgió a partir del encuadre y los factores relacionales. En la siguiente frase es posible identificar cómo las conductas de la terapeuta tenían un impacto directo en la forma de @Tonsourire para desenvolverse dentro del tratamiento y fortalecer la confianza:

“podíamos hablar [...], pero era tan abierta, que yo lo podía hablar sin ninguna pena; y ella me dejaba hablar, hablar, hablar y llegaba un punto donde, como que ella sabía el punto donde ella tenía que entrar y ella decía: a ver, vamos a desglosar esto, esto y esto, entonces eso me permitía tener mucha confianza con ella”.

A continuación se presentan otra serie de frases en las que se denota la importancia de este factor dentro del tratamiento:

“me brindaba la confianza para poder llorar”

“me ayudó el hecho de hablarme así, tan directo pero no golpeado”

“me permitía tener mucha confianza”

“confianza” [refiriéndose a los sentimientos que generó desde la primera sesión]

En el siguiente segmento es posible observar la interacción entre los factores relacionales y el encuadre en el que se demarcó la importancia de las tareas:

“Realmente podía salir mi otro yo y revelar mi identidad tal cual, sin miedo a que me regañara. Yo sabía, y me di cuenta, que si no hacía las tareas, no aprendía a conocerme yo misma, que el ejercicio que íbamos a hacer no iba a salir igual, que el resultado no iba a ser satisfactorio. Entonces como a la ratita que sacaba sus bolitas y veía que al apretar salía su comida, decía tengo que hacer la tarea, para que el viernes que hagamos el ejercicio yo aprenda y realmente trabajemos como tenemos que trabajar esta situación.”

Del mismo modo en que la confianza es un factor que surge y se alimenta de otros, también beneficia la motivación para seguir el tratamiento.

5.1.5 Técnicas empleadas

En cada proceso terapéutico, el psicólogo lleva a cabo ciertas acciones que se desarrollan a lo largo de cada sesión, a esto se refiere la descripción de la presente categoría. Recordemos que las técnicas de intervención son el conjunto de métodos que se utilizan como herramienta para alcanzar los objetivos planteados dentro de un marco psicoterapéutico.

Conforme a lo que @Tonsourire mencionó, la psicóloga realizaba dos acciones que podemos identificar como técnicas durante las consultas. La primera se refiere a la forma en la que la terapeuta hacía diferentes preguntas de modo que al responderlas, la informante daba claridad a la situación que estaban tratando, *“yo solita encontrar la solución”, “hacía que solita me diera cuenta de mi error y lo aceptara”*.

La segunda técnica empleada fue el uso de tareas para realizar en casa o durante el transcurso de la semana, mismas que se retomaban en la sesión subsecuente. De acuerdo a lo que se comentó durante las entrevistas, la terapeuta explicó a @Tonsourire la importancia de realizar las tareas y al respecto comentó lo siguiente:

“me decía: si yo te estoy pidiendo tareas no es porque se me antoje dejarte tareas sino porque así lo requiere el ejercicio que vamos a hacer. Entonces era el cumplir con las tareas y que no llegara yo y la tarea se viera hecha en el camino, porque me decía que

había tareas que eran muy sencillas pero que realmente requerían de pensarle y de invertirle tiempo, entonces que podían parecer tan sencillas que podía yo hacerlas del trayecto”.

Además de esto @Tonsourire menciona que la terapeuta sí retomaba las tareas que le asignaba a lo largo de las sesiones: *“en base a la tarea veíamos cómo estuvo la semana”*. Por ejemplo, en la primera sesión, la terapeuta le pidió que revisara fotografías de sí misma a través del tiempo y escribiera lo que dicha imagen le evocaba; esto se realizó con el fin de analizar su historia de vida y conocer momentos significativos que pudieron causar el motivo de consulta.

Muchas de las tareas estaban encaminadas a mejorar su autoestima; que fuera capaz de reconocer sus logros como propios y marcar límites con las personas que le rodeaban; especialmente en su entorno familiar. Se puede decir que las tareas servían para mantener el foco de atención en los temas que eran importantes para el cumplimiento de los objetivos. Algunas de las tareas que se usaron para cumplir estos objetivos particulares fueron:

- Realizar cronograma de actividades
- Lecturas para reflexionar
- Responder cuestionarios de asertividad
- Asistir a lugares públicos sin acompañantes
- *“Hacer un árbol y que en cada rama pusiera mis logros, mis éxitos y en cada raíz que pusiera las cosas que me he quedado en el intento”*.

El uso de estas técnicas hacía de las sesiones algo placentero para la informante y al respecto dijo lo siguiente:

“Era el primer mes y era de: ¡ah! Ya es viernes, ya me toca mi terapia; entonces me gustaba que, yo sabía que ya llegaba el viernes y, que aunque venía una materia muy

pesada, saliendo ya tenía mi terapia, y eso hasta cierto punto me ponía contenta, me ponía cómoda, entonces eso fue lo que me permitió continuar”

En este sentido, las técnicas empleadas al igual que la confianza constituyen elementos que aumentaron la motivación de la informante al tratamiento.

5.1.6 Abordaje

Esta categoría corresponde a la forma en que se trató el motivo de consulta de la informante. En este caso, la forma de abordarlo fue a través de un cambio intrínseco correspondiente a su autoestima, para poder mejorar su relación con el entorno, ya que la informante manifestó tener conflictos de aceptación personal y que había vivido acostumbrada a ser complaciente con los demás, sobre todo con sus padres, esto le generaba conflictos con el entorno. Al respecto menciona:

“empezamos a trabajar desde que yo era chiquita hasta el momento en el que yo entré a la terapia, empezamos a trabajar cosas de la aceptación y cosas de lo que realmente quiero ser, o sea, dejar de pensar qué es lo que querían todos que yo fuera y hacer lo que realmente yo quiero ser y me gusta hacer.”

“para llegar al punto crucial fue todo un camino [...] fue poquito a poco [...] Yo sentía que ya estaba más adentro de mi misma.”

“Ella entendía el tipo de educación que yo había tenido [...] Entonces sentía yo que desde ponerse en lo que yo había aprendido y llevarme por otros caminos como que me movía el piso”.

Este tipo de abordaje implicó un proceso de introspección en el que la informante pudo encontrar el origen de algunos de los malestares que presentaba; ello responde a uno de las razones principales que la llevaron a terapia, asimismo fue un factor que se relacionó con la percepción de los cambios que iba presentando a lo largo del proceso.

5.1.7 Factores externos

En este segmento se describen aquellos factores que no pertenecen como tal al proceso terapéutico, sin embargo intervinieron en el desarrollo del mismo, ya que actuaron como facilitadores del proceso; pero no se clasifican como neurales en el desarrollo del mismo porque son reportados por la informante solo como condiciones accesorias que le fueron de utilidad.

El primer factor externo se relaciona con los halagos que la informante recibía debido al cambio notorio que tuvo a través el proceso: *“muchos me vieron y me dijeron: te ves muy bien”*.

En segundo lugar el tratamiento fue gratis para la informante, esto resulta importante pues en ocasiones anteriores tuvo que abandonar los tratamientos debido a la falta de dinero. Al respecto comentó: *“No me cobraba nada porque yo era becada”*.

5.1.8 Notar cambios

Esta categoría está influida tanto por el tipo de abordaje previamente descrito, como por los halagos que la paciente recibió durante el tratamiento y el planteamiento de objetivos que se realizó durante la primera sesión. Así mismo es, junto con la confianza y las técnicas empleadas, la tercera fuente principal que aumentó la motivación de la informante para continuar el tratamiento.

Los comentarios que a continuación se presentan muestran cómo la persona percibió los cambios que iba experimentando a través de una mayor introspección, comprensión de las situaciones que experimentaba, expresión de emociones, asertividad, responsabilidad ante sus actos, sensación de bienestar, confianza en sí misma y aumento en la sensación de competencia:

“en seis meses empecé a notar cambios [...] en mi comportamiento, en cómo me sentía yo, me sentía como más liberada, como más... como que comprendía más el porqué de las cosas que pasaban en mi”

“me dolía menos hablar del pasado”

“hacia un análisis de lo que platicábamos en el mes por si algo se quedaba al aire y para mí era reafirmar lo que ya había aprendido de mí; qué estaba mal y cuáles habían sido mis aciertos”,

“sentía ya hasta como un éxito más, por fin poder encontrar qué era lo que estaba fallando [...] cuál era el problema”

“la contestación que di fue muy acertada y que ya respondía a esos cambios que había tenido; fue muy gratificante”

“Fue entender por qué yo reaccionaba de ciertas formas ante ciertas situaciones, yo puedo decir que con ella crecí, si no un 100 por que me faltan algunas cosas, sí puedo decir que crecí un 90 por ciento”

“Yo me sentí muy bien, muy convencida de que yo podía, que sí iba a haber cosas que de repente me iban a tambalear pero que no iba a pasar de ahí” [refiriéndose al final del tratamiento].

5.1.9 Motivación para seguir el tratamiento

¿Qué factores provocan que una persona decida comprometerse con su tratamiento? En este modelo la respuesta queda a cargo de la relación dada entre tres elementos que a su vez, se desarrollaron desde el inicio del proceso y en gran medida promovieron que este continuara. Estos elementos son: notar cambios, el tipo de técnicas empleadas y la confianza, pues el hecho de notar mejorías en cuanto a su motivo de consulta, sentirse cómoda con las técnicas que se

utilizaban y confiar en la psicóloga, generaban un aumento en la motivación para seguir el tratamiento, pues la informante percibía que todos estos elementos garantizaban efectividad para resolver su problemática, lo cual derivaba en una mejor actitud para realizar las tareas y asistir a las sesiones.

Aquí algunas frases que @Tonsourire mencionó que denotan dicha relación, pero sobretodo el grado de motivación para seguir el tratamiento:

“Ver cosas diferentes desde la primera terapia”

“Si yo le hecho ganas voy a salir adelante”

“Sin darme cuenta las tareas tenían que ver con el cambio”

“Tuvimos 4 sesiones, y darme cuenta que esa constancia que ella me dijo iba a funcionar; el que esas tareas que ya me había dejado estaban funcionando, eso fue lo que me permitió ver hacia adelante y decir: si yo me sigo comprometiendo esto va a seguir funcionando”

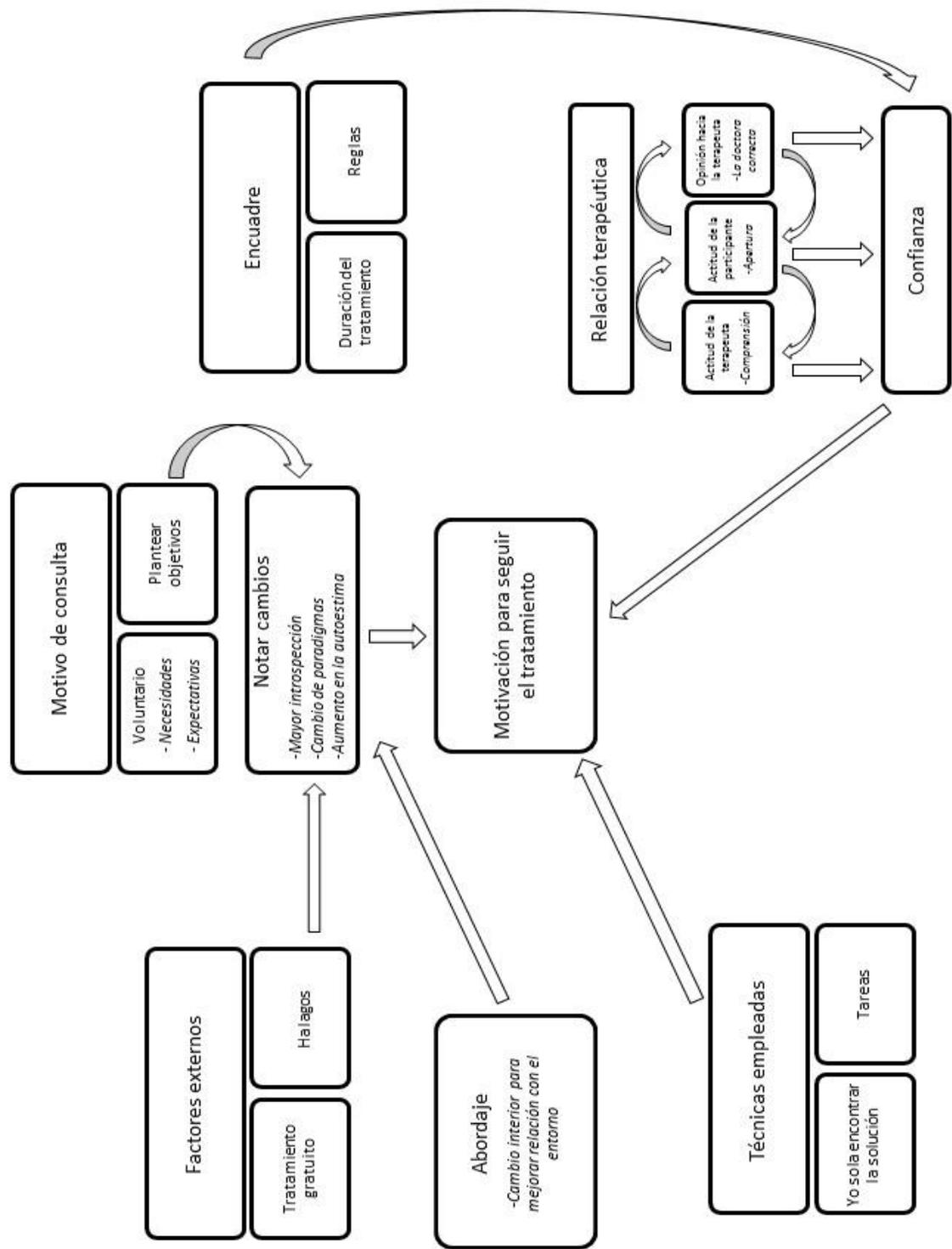


Figura 1. Modelo de teoría fundamentada: proceso terapéutico exitoso

5.2. PROCESO TERAPÉUTICO NO EXITOSO.

En segundo lugar, se describe el modelo que corresponde al primer proceso terapéutico de la participante que resultó ser no exitoso (Fig.2).

Este modelo categoriza, explica y relaciona los diversos aspectos que la participante mencionó, y que a través de los respectivos análisis, resultaron significativos para considerar este proceso terapéutico como no exitoso.

El modelo se constituye de 9 categorías principales:

- Motivo de consulta no manifiesto
- Mejoría no percibida
- Carencia de encuadre
- Relación terapéutica
- Expectativas no cumplidas
- Técnicas empleadas
- Abordaje
- Factores externos
- Abandono del tratamiento

El presente modelo es relevante puesto que muestra de manera dinámica, cómo es que las actitudes del terapeuta, las condiciones del paciente y los factores asociados a un tratamiento psicológico pueden desencadenar procesos terapéuticos no exitosos. Esto sustenta la importancia de que el terapeuta tenga en consideración las condiciones particulares de cada paciente, conozca técnicas y fundamentos de algún modelo psicoterapéutico y conduzca su práctica de manera ética.

5.2.1 Motivo de consulta no manifiesto

En el caso de este tratamiento, a diferencia de lo descrito en el modelo anterior, @Tonsourire acudió expresando una molestia, pero sin que esta fuera considerada por ella como una razón suficiente para asistir a terapia, *“por cualquier cosa me ponía yo muy muy triste”, “lloraba”*. En ningún momento había considerado que dichos conflictos fueran significativos para solicitar la intervención de un profesional, sin embargo su madre pensaba lo contrario, por lo que decidió hacerle una cita y llevarla con el psicólogo aunque fuera de manera involuntaria. Al respecto comentó lo siguiente:

“mi mamá me llevó”

“me dijo: ya te hice la cita, y yo así de: otro día ¿no?, y mi mamá dijo: no, vamos ahorita”

“no le veía el caso”

“no tenía interés y sentía que sí tenía un problema de estar triste todo el tiempo, sentía algunas ausencias, tenía sentimientos encontrados pero no le veía el caso de ir”.

Por otra parte la idea de acudir a psicoterapia no solo le parecía innecesaria sino que además le traía diversas sensaciones y molestias, lo cual se observa en la siguiente frase:

“yo estaba a parte toda nerviosa porque no sabía qué iba a decir, yo tenía mucho miedo por los problemas que tuvimos mi mamá y yo [...], y entonces yo decía, si le digo al psicólogo, el psicólogo le va a decir a mi mamá, entonces yo también me sentía presionada, o sea sí quiero decir que esto me lastima del pasado pero no, porque le vaya a decir a mi mamá porque la conoce”.

Debido a estas circunstancias el psicólogo no pudo acordar, junto con la informante, el planteamiento de objetivos claros que perseguir durante el proceso,

“dábamos vueltas en el mismo lugar pero sin encontrar salida”

“no había objetivos, no había algo que realmente yo dijera: esto es lo que quiero cambiar”.

En consecuencia a esto, la informante no pudo percibir ningún cambio y al respecto comentó: *“no veía ningún resultado”*. Esto eventualmente fue una de las razones por las que la participante dejara el tratamiento.

5.2.2 Mejoría no percibida

Como se mencionó anteriormente, durante la primera sesión la informante llegó al tratamiento, obligada a participar en una empresa a la que no le veía sentido y sin el conocimiento de los alcances que este podría tener. La persona tuvo expectativas que no fueron ajustadas durante las primeras sesiones y por lo tanto los posibles objetivos que ella pudo tener estaban fuera de los alcances del tratamiento, esto originó que no pudiera percibir una mejoría a lo largo del mismo, la participante comentó al respecto lo siguiente:

“no funcionó primero porque no había claridad, yo pensaba que llegaría y ¡tarán! se me quitaría la tristeza, segunda porque yo no quería ir y tercera porque no había objetivos”

Este agente resulta de gran importancia en el proceso, ya que a la larga fue uno de los principales motivos por el cual la paciente decidió abandonar el tratamiento.

5.2.3 Carencia de encuadre

En general, todos los procesos relacionados con la psicología clínica inician con un encuadre en el que se habla de las pautas que explican la forma en que se trabajará el proceso; ya sea desde la aplicación de pruebas para un psicodiagnóstico, hasta un proceso terapéutico formal.

En este caso @Tonsourire no estaba consciente de que la terapia debía tener algún tipo de encuadre, pero dado que tuvo la oportunidad de acudir a otros procesos posteriormente, pudo notar que la carencia de reglas afectó el desenvolvimiento del mismo. Durante la entrevista comentó lo siguiente:

“No había reglas”

Aunado a esto el terapeuta no le comentó cuál sería la duración aproximada de su tratamiento. Siendo este su primer proceso psicoterapéutico tenía como expectativa que con unas cuantas sesiones su molestia se disminuiría:

“yo pensaba que al primer mes ya me iba a sentir mejor”.

El hecho de no conocer cuánto tiempo duraría el tratamiento le provocaba incertidumbre, lo cual se puede comprender a partir de la siguiente frase:

“él me había dicho que iba a hablar con mi mamá al final de la terapia, pero nunca dijo cuándo; de aquí a seis meses, de aquí a un año”

5.2.4 Relación terapéutica

Al igual que en el modelo anterior esta categoría está compuesta por la actitud del terapeuta y de la participante, así como la opinión que ella tenía sobre el psicólogo.

La literatura menciona que en los casos de pacientes identificados, como en este proceso lo era @Tonsourire, es necesario que el terapeuta mantenga una actitud abierta y comprensiva, que aclare las dudas que pueda tener el paciente y que promueva un ambiente en el que encuentre la motivación necesaria para unirse a la labor terapéutica. En este caso la actitud del terapeuta fue percibida por la informante como poco comprensiva, autoritaria y crítica; a continuación se presentan diversos fragmentos de las entrevistas que denotan esta actitud:

“eso no se ve bien”

“eso no está bien”

“no te arreglas”

“tienes mamitis”

“córtate el cordón umbilical”

“tú crees que este mundo es todo color de rosa y así no es”

Por otra parte la informante percibía que los comentarios que el terapeuta le hacía eran órdenes como las siguientes:

“tienes que pintarte”

“era como cuando alguien te dice: tienes que hacer esto y lo tienes que hacer ya”

“me decía, es que no avanzamos porque tú no te cortas el cordón umbilical, ya tienes que cortarte el cordón, ya; no se puede avanzar porque tú no estás haciendo este tipo de acciones que yo te estoy diciendo para que podamos avanzar”.

Todo este tipo de comentarios causaron en la informante una serie de sensaciones negativas, pues afirmó lo siguiente:

“sentía que nada más iba yo para que me dijera qué era lo que tenía que hacer pero sin preguntarme si yo lo quería hacer, si yo estaba dispuesta, a parte que yo en ese entonces estaba en una etapa difícil, donde a veces no sabes qué es lo que quieres [...] y a eso súmale las imposiciones, cuando en gran parte eso en mi casa me chocaba, a demás que aquí se me generaba un miedo”

“sentí que las cosas me las sacaba a la fuerza [...] uno dice: bueno, ¿me estás ayudando o me estás presionando? Y yo todavía no me siento preparada”

“espérame porque me duele hablar de eso que te hace un nudo en la garganta, porque es eso que no te deja vomitar eso que te está doliendo, que te está oprimiendo”

“@: miedo hasta de mi misma a veces, ahorita recuerdo una situación. En algún momento yo le comenté también esta parte de que, de repente yo no me sentía como yo o sea como que yo sentía que había alguien guardado dentro de mí que no salía y que, bueno hasta la fecha con la otra doctora sí logramos ver qué había ahí, pero como ella me dijo: tú estás en la total libertad de dejarla salir, cuando no guarda a esa @Tonsourire, protégela pero no la reprimas, que es lo importante aquí, o sea, protégela pero no la reprimas.

E: que es esto a lo que te referías, que podías sacar a tu otro yo y hablarlo en la terapia ¿no?

@: sí. Con él, yo le dije, que [...] yo sentía que de repente, como yo me veía hacía adentro era como una niña en un cuarto oscuro y llorando, llorando, y me dijo: lo que pasa es que tú tienes varias personalidades y tenemos que dominar esto [...] Tú si has leído, no me acuerdo qué libro, ¿tú has leído tal libro? y le dije no, y me dijo: bueno ese

libro habla de una mujer que tiene siete personalidades diferentes hasta que se vuelve loca, y yo dije: ¡oh dios!

E: ¿Te dijo eso?

@: sí, dije: oh dios me puedo volver loca, y me dijo: tienes que definir quién eres, eso me dijo. Y no recuerdo porque, eso sí para que veas, pero fue lo que me dio como miedo, cuando me habló del libro de Gabriel García Márquez, el de mis 100 putas o mis 10 putas o algo así y me dijo: ¿Qué tu quieres ser así?, entonces yo, cuando salí de la terapia, con este tipo de comentarios, salí mal yo no sabía si llorar, correr, gritar o qué”.

Este elemento es de suma importancia, pues tiene incidencia directa en la actitud que mantuvo la informante durante el proceso, la opinión de la informante hacia el psicólogo, y además es uno de los factores principales para que las expectativas de la informante hacia el tratamiento no se cumplieran.

Tomando en cuenta la actitud del psicólogo se entiende la respuesta que mantuvo @Tonsourire a lo largo del proceso. Consistía en ser poco cooperativa, pues mentía durante las sesiones y manifestaba rechazo hacia el proceso, el psicólogo y las sugerencias que este le hacía. Al respecto dijo lo siguiente:

“si yo le digo al doctor que no lo hice me va a regañar, me va a decir: ¿ya ves? por eso no avanzamos”

“no quiero que te acerques porque tú me dices lo que me duele”

“De hecho él me decía que ya no debía de salir con mi mamá y yo a veces sí quería, entonces yo pensaba ¿Por qué me presionas si yo todavía quiero? Llegó el momento en que le dije a mi mamá que ya no me debía de llevar a la terapia, y ella me dijo: lo que podemos hacer es que yo te acompañe y una cuadra antes me regreso, entonces yo

llegaba a la terapia y él me decía: qué bueno ya llegaste sola, lo lograste y yo pensaba: ¡ajá! Sí mentía pero me sentía muy presionada”

“Estoy consciente de que a todos en algún momento o en algunos aspectos nos critiquen [...] pero que de repente llegue tu doctor con el que, al menos así yo lo veía, con el que llego y lloro y digo: es que me siento de la fregada [...] porque un hombre mayor me dejó o no sé, me diga: el hecho de tu buscar a ese hombre más grande que tú, te está dejando ver que lo único que quieres ser es la otra, es la amante. Me empezaba a decir cosas muy duras y a mí eso... pues entonces ya llegaba yo y decía mejor ya no le voy a decir que toda esta semana lloré por no ver a este chavo para que ya no me diga cosas así, que me lastiman, que me hacen sentir mal”

“casi no quería hablar”

“me daba flojera ir”

Después de todo lo mencionado, resulta fácil entender la opinión que @Tonsourire mantenía acerca del psicólogo; pues durante las sesiones, solo alcanzó a percibir órdenes, poca comprensión y agresividad. Al respecto mencionó:

“fue el más malo”

“sentí que estaba cambiando de mamá”.

Las características involucradas en esta relación terapéutica implican, por un lado poca cooperación y una actitud defensiva por el lado de @Tonsourire, y agresividad y autoritarismo por el lado del terapeuta, por lo tanto la interacción entre ambos se convirtió en un ciclo de poca comprensión y frustración. Estos factores derivados de la relación terapéutica, aunados a la falta de encuadre, hicieron que las expectativas de la informante acerca del tratamiento y del terapeuta no se cumplieran.

5.2.5 Expectativas no cumplidas

Aunque la participante no acudió voluntariamente al tratamiento y no tenía un motivo de consulta explícito, sí creía que asistiendo a las consultas habría alguna diferencia en la forma en la que se sentía.

Esta categoría está constituida por tres factores principales: la carencia de encuadre, las sensaciones negativas que le provocaba el terapeuta, la actitud de la participante y la opinión que tenía sobre él. Durante las entrevistas comentó lo siguiente:

“me sentí como sacada de onda, porque en primera yo nunca había ido a una sesión, en segunda porque yo pensé que iba a ser diferente, no sé, como que había algo que no. No me satisfacía eso” [refiriéndose a la primera sesión].

“Esperaba que me sintiera como en confianza, como con ganas de regresar, y no, era como más flojera de ¡ah no tengo que ir!”

“que vayas con, se supone un profesional que me está ayudando y me dice lo mismo otra vez”

“no había claridad porque yo pensaba que ir ya iba a ser: ¡Tarán! Ya no estás triste”.

“el terapeuta tenía mucho que ver, su forma de ser o la forma de llevar la terapia y que también no había reglas, no había nada, era llegar y hablar de lo que había que hablar y ya, y órdenes y más órdenes” [refiriéndose a las razones por las que cree que el tratamiento no funcionó]

Estas expectativas fungieron un papel importante al momento de tomar la decisión de abandonar el tratamiento.

5.2.6 Técnicas empleadas

La participante mencionó que el desarrollo de las sesiones consistía en hablar, sin embargo, en muchos casos, el psicólogo empleaba más tiempo que ella para explicar sus puntos de vista, durante el tiempo en que él hablaba, la informante escuchaba pero percibía que todo aquello que el terapeuta le decía eran ataques hacía su persona y esto se vinculaba directamente con la percepción que la informante tenía sobre su terapeuta; al respecto comentó lo siguiente:

“Hablaban más el psicólogo que yo [...] luego yo estaba diciendo algo y me interrumpía y se echaba su choro, y yo, bueno está bien, y era cuando empezaba como a imponer: es que tú estás viendo tal situación como algo más grande y no es así”

Todo esto le generaba inconformidad y se puede observar en la siguiente frase:

“pensaba: tú hablas 40 minutos y los 15 que me dejas a mí”.

Estos comentarios se relacionan directamente con la forma en la que @Tonsourire percibía la actitud del terapeuta, que cómo ya se ha mencionado impactó directamente en las expectativas que tenía del tratamiento.

5.2.7 Abordaje

En este caso la forma de abordar la problemática de @Tonsourire (que, como ya se vio en la sección referente al motivo de consulta, no estaba del todo clara) consistía en dirigir las tareas y sesiones de tal manera que cambiara su forma de relacionarse con el entorno para combatir la molestia, ya que comentó que el terapeuta le daba instrucciones o tareas en las que le pedía que actuara de manera diferente con sus padres y la gente que le rodeaba; cabe destacar que en muchos de los casos ella no estaba de acuerdo con tal instrucción; al respecto menciona:

“me había dicho que yo le tenía que decir: tu quédate mamá, yo ya estoy grande, ya tengo que independizarme”

“que alguien venga y me explique cómo le digo a mi mamá: ¿sabes qué? ya no me lleves a la escuela, cuando yo todavía quiero, ella no me llevaba hasta la escuela pero me llevaba hasta Félix Cuevas, pero a mí me gustaba mucho que, ese lapso en que me llevaba, íbamos platicando, a mí me gustaba mucho, entonces yo me decía: ¿cómo me digo a mi misma que no, si es para mí un espacio en el que puedo estar con mi mamá a solas? porque de regreso ya está mi hermano, mi papá, la televisión, que es un distractor muy grande, o ella estaba ocupada haciendo sus cosas, entonces era el mejor momento para estar sola con mi mamá”.

Por otra parte es notorio que esta forma de abordar los problemas no coincidía con las necesidades de la persona ni con su esquema de valores, por lo tanto las sugerencias que el terapeuta realizaba eran rechazadas por la participante

“@: me decía que yo tenía 16 años, ¿estás de acuerdo que a los 16 años aun hay muchas cosas que no te dejan hacer sola? ¿No? Entonces de repente yo me quería ir al mercado sola, el domingo en la tarde que ya está muy solo, entonces si yo le decía a mi mamá, voy al parque o al mercado sola, me decía mi mamá: no, te acompaño; ¡ah no!, el psicólogo me había dicho, que yo le tenía que decir: mamá tu quédate, yo ya estoy grande, yo ya tengo que independizarme, mi mamá, lógicamente me iba a mandar al cuerno

E: ¿nunca lo hiciste?

@: no, ni lo intenté, porque conozco a mi mamá, no lo intenté”.

En estas narraciones es posible identificar la inconformidad que la informante tenía sobre la forma en que el terapeuta abordaba las sesiones, las sugerencias que le hacía y las estrategias que le proponía. Esto le generó a la participante sensaciones negativas, ya que no coincidían con las necesidades que ella tenía ni con su historia de vida.

5.2.8 Factores externos

A continuación se presentan dos de los factores que no pertenecían, directamente a la dinámica del proceso, pero que fueron determinantes en la conclusión del mismo.

En primer lugar se encuentra la presión económica, pues la informante comentó que durante esa época se preguntaba:

“a la larga, ¿cuánto más voy a pagar?”

“de plano dije: ¡ya!, pago y ¿luego me presiona? no, bye”

Pues, como se mencionó en la sección referente al encuadre, nunca se habló de un tiempo aproximado para la duración del proceso.

En segundo lugar se encuentra la presión que ejercía la madre, quien fue la persona que hizo el contacto para que la informante acudiera a las sesiones, al respecto comentó:

“mi mamá me dijo: no inventes, ya llevas 6 semanas y esto no acaba. Entonces también a mí como que en esa parte, pues ya no me empezó a gustar, porque el psicólogo me exigía unas cosas, mi mamá me exigía que ya acabara la terapia”

“[Ella] pensaba: dentro de 8 días ya se le quita la tristeza de su vida, y no”

Este segundo aspecto fue uno de los factores que provocaron directamente que la informante abandonara el tratamiento.

5.2.9 Abandono del tratamiento

Después de seis semanas de haber iniciado este tratamiento, @Tonsourire no sentía mejoría en su estado de ánimo, al contrario, sentía mucha desconfianza ante el tratamiento y de relacionarse

con el psicólogo; gracias a esto, y con el pretexto de sentir presión por parte de su madre, quien exigía el fin del proceso, la informante tomó la decisión de dejar de asistir a las consultas; al respecto comentó:

“deje de ir; digamos que de la forma en que entré, salí”

“ya no tenía ganas de ir”

“lo tomé como pretexto” [refiriéndose a la presión por parte de su madre para terminar el tratamiento].

“le dije a mi mamá: mira mamá ya no quiero ir porque me presiona en esto y en lo otro y aparte me dice que quiere hablar contigo de lo que yo le cuento ahí”.

El abandono del tratamiento se realizó sin algún tipo de cierre o aviso hacia el terapeuta y es considerado como la señal inequívoca del fracaso de este proceso; el cual está influido por la falta de avances, las expectativas no cumplidas y la presión ejercida por su madre.

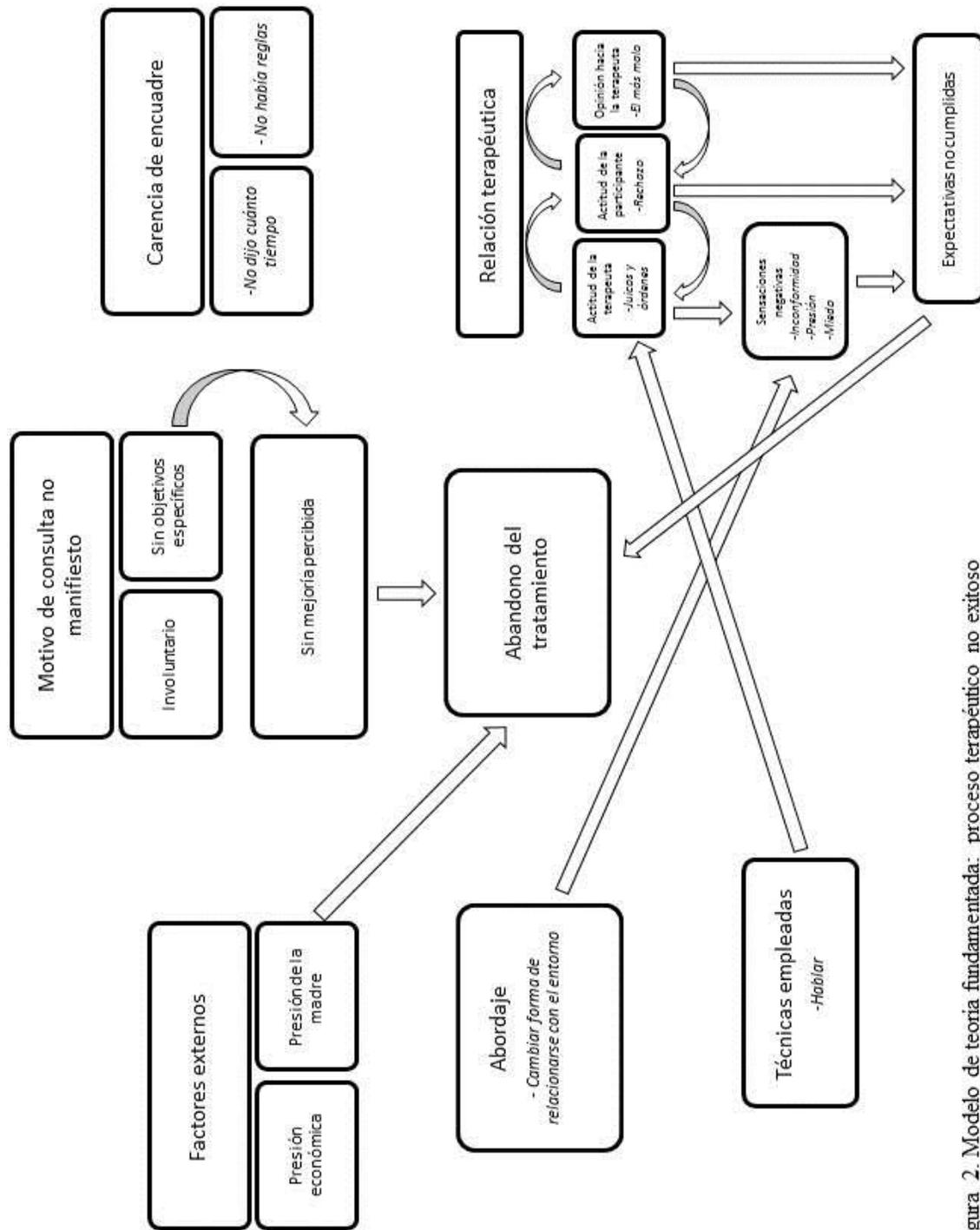


Figura 2. Modelo de teoría fundamentada: proceso terapéutico no exitoso

CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN

La teoría que existe acerca de los procesos terapéuticos se ha dedicado a describir y explicar las causas que desencadenan que un tratamiento sea entendido como exitoso o no. La presente investigación realiza la revisión sistemática de la experiencia terapéutica de una persona que tuvo la oportunidad de acudir a diversos tratamientos. A partir de ello se construyeron dos modelos; el primero sirve de referencia para identificar los elementos que constituyen un proceso terapéutico exitoso y el segundo involucra las características que la persona considera que hicieron de otro tratamiento específico, una experiencia negativa y poco constructiva. Ambos modelos presentan elementos que concuerdan con la literatura sobre el tema y brinda la oportunidad de poder contrastar las circunstancias de los procesos terapéuticos para revelar la importancia de un manejo ético y comprometido por parte del terapeuta, así como la importancia de la colaboración del usuario.

6.1 PROCESO TERAPÉUTICO EXITOSO.

El modelo que describe el proceso terapéutico exitoso contiene como categoría principal la motivación de la persona para continuar el tratamiento hasta su final; esta motivación surge de los cambios que poco a poco se presentan durante el tratamiento, la confianza en la terapeuta y el uso de técnicas y tareas que son congruentes con las necesidades del paciente. Tomando en cuenta la definición de alianza terapéutica elaborada por Bordin (1976), se puede encontrar similitud entre estas categorías, presentadas en el modelo y los componentes que este autor describe como formadores del encaje y colaboración de los integrantes del proceso terapéutico.

Es decir que aunque la informante no esté consciente de que vivió con su terapeuta un proceso llamado alianza terapéutica, dentro de su experiencia se encuentran los factores que teóricamente la definen; lo cual pone de manifiesto que ese sentimiento de colaboración y motivación dentro de la psicoterapia, es un factor fundamental para el cambio.

El presente modelo considera ciertas condiciones previas al tratamiento, que pueden tener un impacto positivo para el mismo. En primera instancia se encuentra la claridad que el usuario

tenga sobre su motivo de consulta y las necesidades que desea cubrir con el tratamiento, que en el caso particular de la informante eran referentes a la inconformidad consigo misma y la urgencia de encontrar respuestas a los problemas que la informante traía arrastrando de tiempo atrás. De acuerdo a Feixas y Miró (1993) se ha encontrado que este es un factor que genera gran motivación en los pacientes para realizar cambios en su vida. Una de las tareas importantes dentro de la psicoterapia, es ayudar al cliente a encontrar este punto de “emergencia” pues a partir de él es posible llevar a cabo otra serie de tareas fundamentales dentro de un proceso terapéutico, tal como el planteamiento de objetivos y además dar inicio a una relación colaborativa entre ambos integrantes.

Por otro lado el modelo también considera como un factor que favorece al tratamiento, el tipo de expectativas que presente el paciente al ingresar al tratamiento, el tipo de información que tiene sobre los alcances del mismo y la consciencia de que la funcionalidad del proceso depende en gran medida de su participación activa. Desde diversos enfoques, la consciencia de responsabilidad por parte del paciente es un factor que incide directamente dentro del proceso, pues la actitud activa y dispuesta del paciente facilita el desarrollo de cada sesión y las técnicas que se emplearán (Beck & Emery, 1985; Condrau, 1987; Feixas & Miró. 1993; Teyber, 1997; Greenson, 1967).

Por lo tanto, una de las primeras tareas del tratamiento es explorar todas estas ideas, pues en caso de que el paciente no tenga información veraz o sus expectativas estén fuera de los alcances del tratamiento, el terapeuta podrá hacer las especificaciones necesarias al respecto.

De igual manera, el análisis y profundización que realiza el terapeuta sobre los malestares y las expectativas del paciente traen como resultado la elaboración de objetivos y un plan a seguir durante el proceso. Para diversos autores conocer a fondo la historia del caso es una tarea vital dentro del proceso; sin embargo puede resultar paradójica en algunas ocasiones puesto que, implica para el paciente expresarse abiertamente sobre temas que resultan dolorosos o que requieren de un sentimiento de confianza hacia el terapeuta, que debe desarrollarse a la brevedad posible. En el presente caso la sensación de “desesperación” de la informante, en conjunto con las

características particulares de la terapeuta, tales como la calidez y el tono de voz, promovieron que se pudiera iniciar este proceso de manera eficaz.

La efectividad de comunicación entre los integrantes del proceso desde la primera sesión permite identificar objetivos a seguir durante el tratamiento; este acto promueve que el paciente identifique los cambios que irá viviendo.

Tomando en cuenta que la mayoría de los pacientes llegan al consultorio sintiendo confusión e incapacidad para resolver los problemas que viven, la elaboración de objetivos o temas a tratar durante las sesiones puede significar algo más que solo un plan de trabajo a seguir; este caso ilustra que esta tarea le impactó a diversos niveles. Por ejemplo, le ayudó a sentirse comprendida por la terapeuta, le brindó la certeza de estar siendo atendida por una persona profesional que se esforzaba por conocerla y trabajar en función a sus necesidades; por otra parte sirvió para desenredar sus malestares que parecían demasiado confusos en un inicio. En ese sentido, Beck (1995) menciona que la simple tarea exploratoria y la elaboración de metas traen consigo un aumento en los sentimientos positivos del paciente hacia el tratamiento y favorece la formación de la alianza terapéutica.

Continuando con el análisis de este modelo se encuentra el encuadre, en este caso todas las especificaciones elaboradas por la terapeuta fueron aceptadas; la participante se logró adaptar a las reglas e inclusive las percibió como algo necesario dentro del proceso. Esto resalta el hecho de que el encuadre permite que el paciente sepa qué hacer durante el tratamiento, reafirma la consciencia del paciente sobre su responsabilidad y compromiso. Beck (1995) menciona que los pacientes se sienten más cómodos cuando saben qué pueden esperar de la terapia por lo tanto es importante expresar las condiciones en las que se llevará a cabo el tratamiento, además de que puede servir como una señal significativa de la calidad de la alianza terapéutica, pues se puede identificar el grado de alianza en la forma en la que el paciente se adapta a las diversas reglas y al encuadre que se da en el tratamiento (Corbella & Botella, 2004).

Independientemente de ello, el encuadre en este modelo tiene una función directa hacia el aumento del sentimiento de confianza, que tiene el paciente hacia el terapeuta puesto que éste

puede representar el nivel de formalidad y profesionalismo con la que el terapeuta atenderá al paciente, por lo tanto es posible considerar que el encuadre no solo trae beneficios para delimitar la relación dentro de un contexto terapéutico sino que también sirve a los fines relacionales de los procesos y sería importante hacer uso de esta herramienta de manera indistinta en la práctica clínica general.

En cuanto a las categorías del modelo que representan los factores relacionales se puede observar correspondencia entre la actitud comprensiva del terapeuta, la actitud abierta por parte del usuario y la opinión que este tiene sobre el primero: esta dinámica relacional surge desde la primera sesión y se nutre a lo largo del proceso. Boetsch (1987) menciona que la forma en que el paciente asimila las actitudes del terapeuta tienen un peso importante sobre cómo reaccionará ante la interacción con el especialista, por lo tanto el terapeuta ha de demostrar con sus actitudes que es abierto, confiable, que tiene un interés genuino por escuchar y entender al paciente; el terapeuta usa su tono de voz, preguntas y palabras para ello, esto es importante debido a que muchos pacientes se encuentran carentes de un espacio de expresión con estas características, por lo tanto la relación terapéutica presenta una cualidad diferente al resto de sus interacciones sociales.

Algunos investigadores (Corbella & Botella, 2003; Teyber, 1997) mencionan que las características del paciente se mezclan con el estilo del terapeuta. En este caso se observa que el estilo de la terapeuta y las características familiares de la informante eran compatibles ya que, es posible identificar que dentro de la dinámica familiar de la participante era común una educación donde los patrones jerárquicos y las reglas estaban muy determinados. Por lo tanto, el estilo que podría identificarse como directivo de la terapeuta, en el que tanto las reglas como las tareas debían de cumplirse de forma estricta, pudo ser un factor conocido para ella con el cual se sentía cómoda pero permeado de las características personales de la terapeuta como empatía, flexibilidad, amabilidad y tranquilidad, le permitieron vincularse con ella de una manera más efectiva; esto concuerda con lo propuesto por Brammer (1979) quien menciona que el terapeuta, por medio de su actitud terapéutica constituye un catalizador de los procesos de cambio del paciente.

Independientemente de esto, el modelo resalta dos factores importantes dentro de los elementos relacionales: la apertura y la confianza.

La apertura para la participante implica la capacidad de hablar con su terapeuta teniendo la plena seguridad de ser escuchada libre de juicios y bajo un esquema de respeto, lo cual fortalece la confianza que tenía a lo largo del proceso. Esta facultad para poder expresarse con libertad resulta un indicador de la eficacia del tratamiento y del nivel de confianza hacia el terapeuta. En este caso resultó satisfactorio para la informante haber encontrado el lugar adecuado y la persona adecuada para poder expresar sus emociones. Por lo que comenta la informante se puede suponer que carecía de un espacio de expresión de emociones libre de prejuicios, el hecho de que la terapeuta le brindara ese espacio y que ella pudiera aprovecharlo para entender sus vivencias desde otra perspectiva puede considerarse una fuente muy importante de motivación y satisfacción, que redundó en su compromiso hacia el tratamiento y en los avances que percibió a lo largo del mismo.

En ese sentido se puede establecer similitud con las aportaciones de Kleinke (1995) quien menciona que la apertura es una cualidad que sirve en dos niveles. En primera sirve para desarrollar el tratamiento, pues a no ser que haya una intención clara del paciente para revelar información será imposible llevar a cabo la tarea terapéutica. En segundo lugar, la apertura sirve a nivel personal en la vida del paciente ya que es una competencia de enfrentamiento pues proporciona la oportunidad de comprender, asimilar y encontrar una resolución a experiencias dolorosas. En este modelo se puede observar esto pues durante las sesiones se revela información relevante para el caso y por otra parte el paciente aprende nuevas formas de analizar su realidad.

Por otro lado es posible observar que tanto la confianza como la apertura pueden aparecer desde la primera sesión. Tal y como diversos teóricos han puesto de manifiesto, la relación terapéutica tiende a estabilizarse de forma relativamente rápida, y la naturaleza de la relación paciente-terapeuta en las primeras sesiones predice la retención y el resultado terapéutico posteriores (Luborsky, L & Hovarth, A; 1985). Por lo tanto el terapeuta deberá hacer uso de sus habilidades de comunicación y observación, así como el conocimiento de diversas técnicas para poder establecer un ambiente colaborativo de confianza, motivación y voluntad de trabajo,

además de dejar en claro al paciente que tiene una aceptación incondicional hacia él, puesto que de ello depende en gran medida el éxito en la formación del vínculo entre ambos.

Tomando en cuenta la categoría del modelo referente a la opinión del paciente sobre el terapeuta se puede identificar que una opinión positiva impacta en el aumento de confianza y apertura hacia el terapeuta, además de ello, deja entrever que el paciente no solo tiende a generar expectativas sobre el proceso y sus resultados, sino también sobre el terapeuta, su nivel de profesionalismo y la calidad en la relación entre ambos.

En el presente caso la informante percibió desde la primera sesión que su terapeuta era empática, cálida y dispuesta a poner a su disposición todas sus herramientas profesionales. Esto fomentó una opinión positiva hacia su terapeuta y ayudó a disminuir la sensación de desmoralización, las dudas y confusión que presentaba; de acuerdo a Corbella y Botella (2003) este hecho marca la pauta para iniciar el proceso de cambio, por lo tanto es importante que los terapeutas en general tengan la capacidad de generar empatía con el paciente y demostrar su intención de colaborar desde la primera sesión del proceso.

Como se ha descrito al inicio de esta sección, una parte importante de la motivación para seguir el tratamiento surge de las técnicas empleadas, este caso particular refiere actividades estructuradas y constantes que debían realizarse de manera estricta, cabe destacar que no todos los modelos terapéuticos contemplan este tipo de tareas, en algunas ocasiones la actividad a realizar puede ser más reflexiva o inclusive puede dejarse a consideración del paciente el realizarla o no. Por lo tanto este modelo no implica que sea indispensable el uso de estrategias de algún tipo en particular, sino que busca dejar en claro que es importante que la percepción del cliente sobre las tareas y sugerencias que hace el terapeuta, sea positiva, se entienda como algo funcional para mejorar su estado psicológico y que al realizarlas aumente su sensación de satisfacción y motivación hacia el tratamiento.

Las tareas no son un elemento accesorio pues permiten que el paciente logre mayores conocimientos, adquiera información, revise sus ideas y creencias, modifique su pensamiento,

ponga en acción herramientas y experimente nuevos conocimientos, por ello deben ser asignadas en concordancia con las características particulares del paciente (Beck, 1995).

Dentro de la categoría de técnicas empleadas se encuentra además de las tareas, otra que hace referencia a la capacidad de análisis que el paciente genera a lo largo de las sesiones en donde logra encontrar la solución a sus dificultades. Este elemento también es importante pues denota un aumento en la sensación de competencia, autoeficacia y autoestima que el paciente logra durante el tratamiento.

Por otra parte la categoría referente al abordaje explica la manera en la que los conflictos del paciente serán explorados para generar estrategias y cambios en la vida del paciente. Este factor puede implicar un aprendizaje y entrenamiento de nuevas pautas de conducta a través de las cuales, el paciente identifica causas y soluciones de sus problemas, por lo tanto este elemento le sirve para notar cambios que vive con respecto a la manera en la que aprende a afrontar las situaciones complejas de su vida.

Esté modelo también visualiza factores externos como parte de los elementos a considerar durante un tratamiento, particularmente en este caso fueron favorables para el desarrollo del proceso, ya que sirvieron para aumentar la visualización de los cambios que iba viviendo.

A lo largo de este modelo se han establecido diversos elementos que favorecen la percepción que tiene el paciente sobre los cambios que genera el tratamiento en su vida cotidiana, lo cual es de suma importancia para aumentar la motivación para seguir el tratamiento pues, al final del día, el paciente acude terapia porque busca resultados en función de sus necesidades y expectativas. De esto se puede establecer que el mismo paciente va evaluando los resultados que va teniendo dentro del proceso; en este modelo, la evaluación se relaciona con la calidad en la relación con su terapeuta, el alcance de objetivos y la utilidad de las tareas.

Finalmente, al analizar el modelo es posible observar que la motivación para seguir el tratamiento se da a partir del inicio del proceso pero si no se mantiene y aumenta durante el mismo, éste puede verse afectado. Lo cual coincide con la concepción de Luborsky (1976) sobre

la alianza terapéutica en la que indica que existen dos tipos, el primero se da al inicio de la terapia y consiste en la sensación de apoyo dada por el terapeuta y el segundo se define por los sentimientos de trabajo mutuo en pro de la superación de los impedimentos y la disminución del malestar, este segundo aspecto implica la evaluación de los cambios que ella iba notando en su vida.

Tomando en cuenta esta postura es importante destacar que la relación que se establece desde la primera sesión es la base para formar la alianza terapéutica, sin embargo ésta debe de irse procurando y mejorando conforme avanza el tratamiento. El terapeuta debe estar consciente de que en algún momento habrá situaciones en las que ésta se vea en riesgo pero estando en plena consciencia de ello y usando sus habilidades de observación, comunicación y autocrítica podrá actuar para evitar que esto suceda. En general los diversos modelos clínicos toman en cuenta los riesgos de ruptura en la alianza terapéutica y proponen estrategias para evitarlas y en todo caso repararlas.

Observando este modelo de forma global se pueden identificar una gran cantidad de elementos que están descritos en la literatura y que a su vez fueron identificados por @Tonsourire, esto hace pensar que el éxito terapéutico es un resultado que no solo se puede atribuir a un factor específico, sino que se compone de diversos elementos que interactúan entre sí, siendo la alianza terapéutica un catalizador durante todo el proceso que aumenta la posibilidad de éxito.

6.2 PROCESO TERAPÉUTICO NO EXITOSO

En contraste se presenta el modelo referente al proceso no exitoso, el cual contiene como categoría central el abandono del tratamiento, que está relacionado con la falta de cambios, las expectativas no cumplidas y los factores externos.

En este caso se presenta una serie de condiciones diferentes desde el inicio del tratamiento que complicaron el desarrollo del mismo. En primer lugar la informante acudía como paciente identificado. Para @Tonsourire la terapia era más una imposición que un deseo personal, sin

embargo este factor no implica necesariamente que el proceso estuviera destinado al fracaso, ya que en las narraciones de la informante no hay elementos que consideren ello un factor determinante. En estos casos el terapeuta debe estar consciente de este factor y reforzar actitudes que puedan facilitar la cooperación del paciente (Feixas & Miró, 1993).

Los tratamientos en el caso de pacientes identificados suelen tener inicios de mayor complejidad debido a que la persona no acude por convicción propia, sin embargo en la exploración de expectativas que el paciente puede llegar a tener, es posible encontrar alguna idea de la cual el terapeuta pueda asirse para trabajar en conjunto con el paciente. Otro obstáculo que surge en caso de pacientes identificados es la poca claridad que puede llegar a tener al ingresar al tratamiento; de igual manera la profundización y clarificación de estos aspectos puede ser el inicio de una relación colaborativa con metas comunes por lograr durante el proceso.

El hecho de no tener objetivos claros durante el tratamiento afecta el desarrollo del mismo y se corre el riesgo de que el terapeuta dirija las sesiones hacia donde él considere correcto. Ábalos y Villegas (1995) mencionan que a pesar de que el terapeuta es quien ayuda al paciente a formular sus objetivos y conseguirlos, debe de mostrar respeto hacia las necesidades del consultante, ya que de no ser así se pone en riesgo la relación terapéutica con el consecuente fracaso de la terapia.

Por otra parte en el modelo se encuentra la carencia de encuadre, este es un factor importante que afecta el proceso pues el paciente puede no estar consciente de las responsabilidades que tiene, de lo que puede suceder e incluso el tiempo que la terapia durará, es decir que todo el proceso es una gran incógnita lo que definitivamente no disminuye el recelo y la desconfianza que podría tener, sobre todo tratándose de un paciente identificado.

Al igual que en el modelo anteriormente presentado, la sección referente a la relación terapéutica está compuesta por las actitudes de los integrantes del proceso y la opinión del paciente hacia el terapeuta.

Para algunos autores el valor que los pacientes le dan a la actitud del terapeuta es un factor que propicia la continuidad de los mismos en psicoterapia, sin embargo también contemplan la existencia de, lo que ellos llaman, actitudes obstaculizadores del proceso (Kasijay & Oviedo, 2001). En este modelo se plantea que cuando un paciente percibe a su terapeuta como autoritario, lejano, prejuicioso y poco empático se generará en el paciente sensaciones negativas que afectarán el desarrollo del tratamiento.

Por lo tanto se puede destacar la importancia de que el terapeuta sea sensible ante el tipo de interacción que existe con el paciente desde el primer encuentro puesto que con ello podrá afinar sus habilidades de conversación para comprender las situaciones que viven sus usuarios, su capacidad de autocrítica y análisis, y con ello favorecer el ambiente terapéutico con el fin de que el paciente se perciba en un contexto seguro y adecuado para unirse a la labor terapéutica. En caso de no ser así, se correrá el riesgo de parecer lejano y poco disponible para atender las problemáticas del paciente.

Por otra parte, de manera general la comunicación dentro del contexto terapéutico es la principal herramienta con la que el terapeuta trabajará dado que el proceso, como tal, implica que el contenido de las sesiones tienda a ser doloroso o incómodo para el paciente. Es muy importante que el terapeuta mantenga una actitud receptiva y empática puesto que con ello podrá comunicar sus técnicas de la manera más adecuada. Watchel (1996) menciona que existen diferentes formas de transmitir un mensaje focal y que las diferencias que hay entre ellas pueden resultar cruciales. En este modelo se presenta una interacción en la que la comunicación entre ambos integrantes tiene múltiples fallas, pues una actitud demasiado crítica y autoritaria por parte del terapeuta genera rechazo por parte del paciente. A ese respecto, el mismo autor comenta que dentro del proceso terapéutico existen formulaciones “inherentemente peyorativas”, las cuales responden a la percepción que el terapeuta tiene del paciente. Así mismo menciona que el terapeuta debe estar alerta del momento en que sus comentarios son innecesariamente críticos o acusadores para poder generar alternativas dentro de la comunicación.

De ahí también es posible entender que un paciente que percibe este tipo de actitud, se comporte de una manera hermética, que rechacé la postura del terapeuta y todo aquello que éste

proponga. En el caso presentado se observa una experiencia en la que se percibía gran cantidad de agresión; esto a todas luces muestra que los comentarios, interpretaciones y técnicas que se llevaban a cabo dentro del consultorio no eran empáticas, cálidas, tranquilizadoras y además confirmaban todo aquello negativo que la persona ya pensaba de sí misma. Es decir que dentro de este proceso no se cumplían algunas de las principales tareas terapéuticas, como clarificar las emociones y permitir un espacio de respeto, confianza y apertura.

Esta interacción entre paciente y terapeuta, en la que se generan sensaciones negativas, provocan que las expectativas que el paciente pueda tener sobre el tratamiento no se cumplan.

Al principio de esta sección se habló de la importancia de realizar una evaluación profunda del caso y eso incluye a las expectativas que tiene el paciente del tratamiento pues afectan diversos aspectos del proceso terapéutico (Santibañez, 2008). Las expectativas de los pacientes no solo se relacionan con el resultado del tratamiento, sino que también involucran a la interacción con el terapeuta y diversos aspectos técnicos del mismo (Stiles, Shapiro & Elliot, 1986). En este caso la informante consideraba que no era necesario ir a terapia para resolver sus conflictos pero sí esperaba sentir confianza con el terapeuta, que la interacción que tuvieran le brindara algún tipo de satisfacción, que su terapeuta, por ser un profesional, la entendiera de un modo distinto que las demás personas y que de alguna manera el tratamiento tuviera un efecto inmediato sobre su malestar.

En ese sentido es claro que algunas de estas expectativas estaban ajustadas a la realidad y otras no, en general indican la necesidad de sentirse mejor de manera rápida y únicamente en función de la intervención del terapeuta; este es un error común en las personas que acuden por primera vez a un tratamiento de esta índole, pues se confunde con un proceso en el que se prescribe algo que dará solución a los problemas y se responsabiliza al terapeuta por completo, sin embargo en estos casos el terapeuta debe explicar al paciente la gran parte de responsabilidad que tiene en su propio proceso, con lo cual las expectativas se verán ajustadas a un contexto más realista (Condrau, 1982; Feixas & Miró, 1993).

Así como algunas de las expectativas de la informante eran erróneas, otras eran lógicas. Por ejemplo que el tipo de relación que tendría con el terapeuta y la actitud que esperaba de él. Se puede considerar que el hecho de que @Tonsourire hubiera esperado que su primer terapeuta la entendiera era un factor del cual el proceso hubiera podido asirse para generar de ahí una relación terapéutica, un vínculo que ayudara a generar la confianza necesaria para trabajar mutuamente.

Siguiendo con el análisis de este modelo, se encuentran los recursos técnicos, los cuales deben ser establecidos dependiendo del paciente pues ello ayuda a determinar el tipo de estrategias que se ocuparán, para que todo el tratamiento en sí sea congruente con las necesidades y características del paciente (Winkler, Cáceres, Fernández, & Sanhueza, 1989). En este modelo se explica cómo una mala selección de técnicas afecta al desarrollo del tratamiento y promueve que la actitud del terapeuta sea visualizada como autoritaria.

Particularmente en este proceso, la informante comenta que el terapeuta solamente se dedicaba a hablar sin implementar técnicas o tareas más estructuradas; esto no quiere decir que los tratamientos que se desarrollen bajo esta dinámica no sean funcionales, ya que evidentemente la principal herramienta en el proceso terapéutico es la comunicación. Más bien este modelo plantea la importancia de contar con las condiciones de confianza necesarias para que esta comunicación sea exitosa. Gracias a las narraciones de la informante es posible observar que a pesar de su desconfianza y recelo ante el tratamiento, hizo un esfuerzo por revelar información personal, sin embargo las retroalimentaciones que el terapeuta realizaba pueden considerarse agresivas y con un claro sentido de desaprobación. Independientemente es posible observar algún tipo de conflicto con el deseo de poder, ya que, como lo menciona Guy (1987) su intervención se tornó agresiva, tendiente hacia el dominio y las sesiones se desarrollaban en un ambiente de confrontación innecesaria.

De alguna manera este modelo deja entrever las consecuencias que puede tener que el terapeuta mantenga un estilo terapéutico basado en la dominancia y el dogmatismo, en estos casos es posible que el paciente perciba que éste tiene la necesidad constante de corregir sus conductas en función de lo que él considera correcto sin considerar las propias necesidades del

paciente. De acuerdo a Corbella y Botella (2003) una postura de poca flexibilidad afecta directamente los resultados del tratamiento.

Por otro lado, en el modelo se logran mezclar las técnicas inadecuadas y el dogmatismo para abordar la problemática del paciente, con los factores relacionales, ya que estos generan sensaciones negativas en los pacientes como miedo, rechazo e inconformidad. En dichos casos es importante que el terapeuta sea capaz de observar e indagar las razones que provocan que el paciente se comporte de esa manera, que logre promover la confianza o algún tipo de acercamiento entre ambos. Para ello el terapeuta requiere de algunas características personales básicas como capacidad de escucha, capacidad de cariño, tolerancia a la intimidad, confortabilidad con el poder, capacidad de observación, sensibilidad y flexibilidad (Barragán et al., 1992; Guy, 1987; Zaldívar et al., 2004).

Cicero y Moreno (2000), comentan que en los casos en que los pacientes no perciben ser escuchados y validados por el terapeuta tienden a generar sensaciones de vergüenza, culpa o ansiedad que asimismo impiden la comunicación entre ambos integrantes; este modelo corrobora esa postura.

Por otra parte, al igual que en el modelo anterior, éste consideran lo factores externos, en este caso particular uno de los elementos de más importancia es la presión de la madre de la informante.

Lo cual vuelve a traer a discusión el tema referente a las expectativas, pero en este caso se tratan de aquellas que el demandante tiene sobre el tratamiento del paciente identificado. Feixas y Miró (1993) mencionan que es importante que el terapeuta considere las expectativas que tiene el demandante pues estas pueden contraponerse con las necesidades del paciente.

En este modelo se observa que si el paciente no percibe mejorías por el tratamiento, sus expectativas (tanto de los resultados del mismo como del terapeuta) no se cumplen y existen factores externos que obstaculicen el trabajo terapéutico, el tratamiento terminará prematuramente.

Para Duchny y Proctor (1977) la responsabilidad de un tratamiento abortado recae en el terapeuta; ellos explican que, independientemente de la actitud que tenga el paciente al inicio del tratamiento, el terapeuta debe lograr una congruencia entre el consultante y sus propias respuestas, así como manejar los contenidos del consultante de tal manera que el paciente pueda percibir una mayor sintonía.

Por lo tanto en este modelo es muy claro identificar que los factores relacionales y la carencia de alianza terapéutica son factores principales que desencadenan el fracaso del proceso terapéutico. Sin la existencia de un vínculo positivo, una meta en común y una forma de trabajo acorde a las necesidades del paciente, el tratamiento tiene muchos obstáculos por saltar, sin embargo la parte relacional del proceso estará destinada al fracaso definitivo si entre los integrantes existen sentimientos de desconfianza y agresividad.

6.3 REFLEXIONES FINALES

Considerando el análisis realizado a estos dos modelos es posible considerar las siguientes reflexiones sobre las experiencias en psicoterapia:

- La alianza terapéutica es la piedra angular sobre la que se edificará el tratamiento, ya que funciona como catalizador de las tareas, aumenta la apertura y la cantidad de contenido que el paciente comunica, y fortalece la motivación de un paciente a seguir su tratamiento.
- El hecho de que un paciente visualice cambios y logros durante el tratamiento genera un aumento en la sensación de competencia y fomentan que lleve el proceso hasta su fin.
- La asignación de tareas involucra aspectos relacionales del proceso ya que el terapeuta requiere el conocimiento de las habilidades del paciente, sus necesidades y su sistema de creencias, para que éstas realmente sean funcionales y den resultados positivos al tratamiento.
- El terapeuta debe afinar sus habilidades de observación, escucha y comunicación para poder asegurar que el paciente se perciba en un ambiente seguro y confiable para iniciar la tarea terapéutica.

- Cada terapeuta posee un estilo personal derivado de sus propias habilidades y experiencias, sin embargo la empatía, capacidad de escucha y profesionalismo son características medulares que los terapeutas deben poseer sin importar su estilo particular.
- En el caso de pacientes identificados, el terapeuta debe garantizar la confidencialidad de los datos del cliente y ajustar las expectativas de la persona demandante.
- Cuando un paciente asiste a tratamientos diversos, hay que tomar en cuenta que comparará sus experiencias entre sí; desde los factores técnicos hasta las características de sus terapeutas. Algunos pacientes han tenido experiencias tan negativas con terapeutas poco éticos que dejan de considerar la terapia como una opción viable.
- El profesionalismo y ética que un paciente perciba por parte de su terapeuta aumenta la confianza.
- La importancia de que un terapeuta realice estudios de especialización es vital, ya que éstos brindan herramientas técnicas y entrenamientos que favorecen el desarrollo de habilidades relacionales que son necesarias en psicoterapia.
- Los terapeutas deben acudir a terapia para tener un mayor autoconocimiento y experimentar las posibles sensaciones que vivirán sus pacientes, así como hacer uso de la supervisión durante su práctica, todo esto como parte de un desempeño ético.
- En caso de que un terapeuta observe que un tratamiento no está resultando, lo mejor es canalizar al paciente antes de que éste decida abandonar la psicoterapia.

A pesar de que la naturaleza de la investigación cualitativa impida que los resultados de estudios como el aquí presentado puedan generalizarse, existen muchos datos que pueden resultar típicos al momento de comparar la experiencia de la participante con una gran cantidad de personas que acuden a psicoterapia.

La tendencia actual en la investigación busca generar datos en base a grandes muestras y estudios cuantitativos, sin embargo es importante retomar la elaboración de estudios de caso como parte fundamental de la investigación en psicoterapia, ya que reflejan realidades sobre las condiciones cotidianas de las personas que viven en determinados contextos. Particularmente se

debe considerar el marco actual de la sociedad mexicana en el que acudir a psicoterapia sigue siendo un tabú pero en la que poco a poco se va aumentando el uso de este tipo de atención.

Por otra parte este caso hace reflexionar sobre el tipo de información que tiene un paciente antes de acudir a un proceso psicoterapéutico ¿Cómo es que elige con cuál terapeuta acudir? ¿En que se fija antes de tomar una decisión? ¿Los pacientes se informan sobre los tipos de enfoques? ¿El paciente sabe cuáles son los estándares de calidad para los terapeutas? ¿Está información es accesible para cualquier persona que quiera acudir a psicoterapia?

Otra línea de investigación que puede identificarse a través de los resultados aquí presentados se relaciona con los efectos a largo plazo que tiene la psicoterapia ¿Cómo es que alcanzar las metas de la psicoterapia tiene un efecto duradero en los pacientes? ¿Cómo los aprendizajes y experiencias dados durante un tratamiento permean la vida de los pacientes? Para esto es posible considerar estudios longitudinales en los que puedan observarse las condiciones de los pacientes y la forma en la que evolucionan.

Además de esto, otro tema que resulta relevante dentro de este caso es referente al factor económico involucrado en la psicoterapia. Mucho se ha dicho al respecto sin embargo no se ha realizado investigación en la actualidad que profundice en la importancia que tiene o no el pago de honorarios.

Independientemente de esto, la presente investigación refleja una situación que sucede día a día en el marco de la psicoterapia: el fracaso terapéutico. En este sentido la investigación es limitada a pesar de que los pacientes siguen topándose con terapeutas, como el presentado en este caso, que no generan empatía, calidez, etcétera. Considero que visualizar este tipo de casos también puede favorecer y fortalecer el conocimiento, y sobre todo, la práctica de una psicoterapia más ética y de mayor calidad.

Todo esto resulta importante puesto que la demanda de atención psicológica adecuada ha crecido en los últimos años, lo cual redundará en una gran necesidad de contar con psicoterapeutas expertos.

REFERENCIAS

Ábalos, G. & Villegas, M. (1995). *Percepción de un grupo de estudiantes de Psicología de los factores asociados a un eficiente proceso terapéutico en la atención de pacientes adultos: una investigación cualitativa acerca de las variables inespecíficas en psicoterapia*. Tesis para optar al título de Psicólogo, no publicada. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Álvarez, H. (2003). *Negociando la alianza terapéutica. Guía para el tratamiento relacional. Aperturas Psicoanalíticas* .

Anderson, H. (2013). La voz de los clientes: consejos prácticos de los expertos para crear conversaciones dialógicas y relaciones colaborativas. En H. Anderson, *Conversación, lenguaje y posibilidades* (págs. 184-224). Argentina : Amorrortu.

Andrade, N. (2005). La alianza terapéutica . *Clínica y salud* , 9-29.

Arredondo, M., & Salinas, A. (2005). *Alianza terapéutica en psicoterapia conceptualización e importancia atribuida por psicoterapeutas con distintas orientaciones terapéuticas*. Santiago: Universidad de Chile .

Barragán, N., Heredia, C., & Gómez, E. (1992). Perfil del psicólogo clínico. En J. Urbina, *El psicólogo* (págs. 2285-299). Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Baz, J. V. (2002). *UAM Xochimilco* . Recuperado el 2013, de <http://dcsh.xoc.uam.mx/psicologia/modulos/MODULOIV.pdf>

Beck, J. (1995). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. España: Gedisa.

Beck, A., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective*. New York : Basic Book.

Beck, A., & Young, J. (1985). Depression . En D. Barlow, *Clinical handbook of psychological disorders* (págs. 206-244). New York : Guilford Press.

- Becoña, E., Vázquez, F., & Oblitas, L. (2003). Metodología de la investigación en psicoterapia . En L. Oblitas, Los 16 enfoques más importantes en la práctica psicoterapéutica. (págs. 69-142). Psicología científica.
- Beutler, L., & Harwood, M. (2000). Prescriptive Psychotherapy. A practical guide to systematic treatment selection. New York: Oxford University Press.
- Boetsch, P. (1987). Psicoterapia Rogeriana. *Terapia Psicológica*, 4, 44-54.
- Bordin, E. (1976). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: theory, reserch & practice* , 252-260.
- Brammer, L. (1979). *The Helping Relationship: Process and Skillis*. New Jersey, Prentice-Hall Inc.
- Cicero, M., & Moreno, S. (2000). *Teoría y técnica de la entrevista*. Ciudad de México: Impremar.
- Cisterna, F. (2005). Categorización y traingulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoría* , 61-71.
- Condrau, G. (1982). *Introducción a la psicoterapia* . México: Diana.
- Corbella, L., & Botella, S. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología* , 205-221.
- Corbella, S., & Botella, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: Proceso, resultado y factores comunes*. Madrid: Vision Net.
- Corbella, L., & Botella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico . *Boletín de psicología* , 21-33.
- Cuenca, E., Rangel, B., & Rangel, A. (2004). *Psicología*. México: Thompson.
- Duchny, W; & Proctor, E. (1977). Initial clinical interaction and premature discontinuance in treatment. *American Journal of Orthopsychiatry* 47(2).

- Escudero, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la Terapia Familiar. *Apuntes de psicología* , 247-259.
- Feixas, G., & Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Fernández, A., & Brouwer, B. (2002). *La práctica de la psicoterapia*. España: Desclée.
- Fernández, E., London, S., & Tarragona, M. (2003). Las conversaciones reflexivas en el trabajo clínico, el entrenamiento y la supervisión. En G. Licea, I. Paquentin, & Selicoff, Voces y más voces: El equipo reflexivo en México. México: Alinde.
- Franquet, J. (2008). *El estudio operativo de la psicología, una aproximación matemática* . España: Fundación Universitaria Andaluza.
- Freud, S. (1912). *Sobre la dinámica de la transferencia* . Buenos Aires : Amorrortu .
- Friedlander, M., Escudero, V., & Healherington, L. (2009). *La alianza terapéutica en la terapia familiar y de pareja*. España : Paidós .
- García, L. (2008). Historia reciente de la investigación en psicoterapia. *Revista Psiencia* , 1-6.
- García, Y., & Botella, L. (2011). Análisis diferencial del proceso y resultado psicoterapéutico en función del motivo de demanda en pacientes con depresión y ansiedad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* , 347-358.
- Gerrig, R., & Zimbardo, P. (2005). *Psicología y vida* . México: Pearson education.
- Gómez, B. (2010). La relación terapéutica en Terapia Cognitiva. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina* .
- Greenson, R. (1967). *Técnica y práctica de psicoanálisis*. México: Siglo veintiuno.
- Guy, J. (1987). *La vida personal del psicoterapeuta*. España: Paidós.
- Harsch, C. (2005). La identidad del psicólogo. México: Pearson Education.
- Hirsch, H. y Lardani, A. (2001). “Resultados en psicoterapia: ¿Qué opinan nuestros consultantes? Vertex. 12 (45), 221 – 225

- Hothersall, D. (2001). *Historia de la psicología* . México : Mc Graw Hill Interamericana .
- Icho, J. (1983). *Transferencia y sentido en el psicoanálisis*. Madrid: Nueva.
- Jiménez, J. (05 de 07 de 2005). El vínculo, las intervenciones técnicas y el cambio terapéutico en terapia psicoanalítica. *Aperturas psicoanalíticas* .
- Kasijay, M. & Oviedo, P. (2001). *Psicoterapia: Variables que intervienen en el proceso desde la perspectiva de los pacientes en una muestra del área de salud privada*. Memoria para optar al título de psicólogo, no publicada, Universidad del Desarrollo, Chile.
- Kleinke, C. (1995). *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Krause, M. (1992). Efectos Subjetivos de la Ayuda Psicológica. Discusión teórica y presentación de un estudio empírico. *Psyche*, 41-52.
- Krause, M. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista latinoamericana de psicología* , 299-325.
- Labrador, F. (2004). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- London, S., Ruíz, G., Gargollo, M., & M.C. (2013). fesna.org. Recuperado el 24 de octubre de 2015, de Voces de los clientes: http://www.fesna.org/pdfs/VOCES_DE_LOS_CLIENES.pdf
- Luborsky, L; Mintz, J. & Chirstoph, P. (1979). Are Psychotherapeutic Changes Predictable? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47,(3), 469-473.
- Luborsky, L. & Hovarth, A. (1985). The role of therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573
- Minuchin, S; Lee, W. & Simon, George. (1996). *Mastering Family Therapy*. New Jersey: Wiley.
- Morawetz, D. (2002). What works in therapy: what Australian clients say. *Psychotherapy in Australia* , 66-70.
- Mustaca, A. (2004). Tratamiento psicológico eficaces y ciencia básica . *Revista Latinoamericana de Psicología* , 11-20.

- Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias contemporáneas*. México: Cengage Learning.
- Pérez, A. (1996). *Prácticas psicoterapéuticas*. España: Paidós.
- Pinsof, W., & Catherall, D. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple, and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 137-151.
- Piña, J. (2008). Variaciones sobre el modelo psicológico de salud biológica de Ribes. *Universitas Psychologica*.
- Preuss, H. (1968). *Práctica de la psicoterapia*. Madrid : Morata.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. Recuperado el 16 de junio de 2012, de Real Academia Española: www.rae.es
- Rogers, C. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 95-103.
- Rogers, C. (1972) *Psicoterapia centrada en el cliente*. Buenos Aires: Paidós.
- Ruíz, J., & Cano, J. (2010). Psicología online. Obtenido de <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/ProfSanitarios/profesionales2.htm>
- Salvo, I. (2002). *Variables del psicoterapeuta que inciden en la efectividad de la psicoterapia: un estudio exploratorio descriptivo*. Memoria para optar al Título de psicóloga. Universidad de Santiago de Chile, Santiago.
- Salama, H. (2002). *Psicoterapia gestalt "Proceso y metodología"*. México : Alfaomega .
- Sánchez-Sosa, J. (abril de 2012). healthnet.unam.mx. Recuperado el 7 de octubre de 2015, de http://www.healthnet.unam.mx/afeipal/lecturas/AMEPsiCS_final_castellano.pdf
- Santibañez, M. (2008). Variable inespecíficas en psicoterapia . *Terapia psicológica*, 89-98.
- Stiles, W; Shapiro, D; & Elliot, R. (1986). Are All Psychotherapies Equivalent? *American Psychologist*, 41,(2), 165-180.
- Strauss, A. & Corbin, R. (2003) *Basics of qualitative research*. Newbury Park: Sage.
- Taylor, R. y Bogdam, S. (1990) *Introducción a los métodos cualitativos*. México: Paidós.

- Teyber, E. (1997). *Interpersonal process in psychotherapy: a relational approach*. U.S.A: Brooks/Cole Publishing Company.
- Tobías, C., & García, J. (2009). Psicoterapias humanístico-existenciales: fundamentos y metodología. *Asociación Española de Neuropsiquiatría* , 142-157.
- Torres, J. (2009). Psiocterapia y psiquiatría: una relación paradójica . *Salud mental* .
- Tortosa, F. (1999). La hipnosis. Una controversia interminable. *Anales de psicología*, 3-25.
- Velasco, F. (2011). *Psicoterapias psicodinámicas*. México: ETM.
- Villegas, M. (1986). *La psicología humanista: historia, concepto y método*. Chile: Universidad de Chile.
- Wachtel, P. (1993): *La comunicación terapéutica. Principios y práctica eficaz*. Editorial Desclée de Brouwer. 1996
- Winkler, M., Cáceres, C., Fernández, I., & Sanhueza, J. (1989). Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico: una sistematización. *Terapia psicológica*, 34-40.
- Wolberg, L. (1988). *La técnica de la psicoterapia*. Nueva York: Grune y Stration.
- Yin, R. (2003). *Investigación de estudio de caso: diseño y métodos* . California: Sage Publications, Inc.
- Zaldívar, D., Vega, R., & Roca, M. (2004). *Psicoterapia general*. Cuba: Félix Varéla.
- Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37,369-376.
- Zukerfeld, R. (2001). Alianza terapéutica y encuadre analítico. *Revista Argentina de psiquiatría* , 211-220.