UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CIERRE DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON DEPRESIÓN

T E S I S

Que para obtener el grado de:

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

MARIBEL CORDERO ZUBIETA

Director: Mtra. Mariana Gutiérrez Lara

Revisor: Mtro. Sotero Moreno Camacho

Asesor Estadístico: Lic. Marcos Verdejo Manzano

México, D.F. 2006

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

dedicatorias

A Dios

Por la vida que me ha dado y por las bendiciones
que he recibido a lo largo de ella, entre ellas mi familia....

A mis padres

Por el apoyo, cariño y ejemplo que me han proporcionado
desde siempre; sin ellos no hubiese sido posible terminar
uno de mis más grandes logros …

A mis hermanos

Victor, Raúl, Silvia y Jorge que han estado conmigo
en los momentos más felices y difíciles de mi vida….

A la Universidad Nacional Autónoma de México

Porque me ha formado como una gran profesionista
sin dejar de lado la parte humana de toda profesión...
Pertenecer a una de las instituciones educativas más importantes
me llena de orgullo y por ende implica un gran compromiso .

Agradecimientos

A mi directora
Que supo guiarme con atino, respetando siempre mis ideas y convicciones;
La presente investigación es el resultado de un gran trabajo en conjunto.

A todos los especialistas que intervinieron en este trabajo
A los expertos entrevistados y distintos asesores
que con sus conocimientos y experiencia
dirigieron el curso de esta investigación.

A las pacientes así como sus psicoterapeutas
Que sin objeciones formaron parte de esta investigación,
sin ellos no hubiese sido posible llevarla a cabo.

A mis amigos y amigas
Por el apoyo tan importante que recibí a lo largo de mi formación,
y por aquellas experiencias y aventuras
que sin duda han dejado huella en mi vida….
Por su amistad muchas **gracias**.

A mis maestros
Por los valiosos conocimientos que me compartieron,
por su profesionalismo han y seguirán siendo
un ejemplo a seguir.

Y a todas aquellas personas que de alguna manera siguen
interviniendo en este camino que de pronto suele ser arduo,
sin embargo, lleno de gratitudes y satisfacciones.

ÍNDICE

PAG.

Resumen

Introducción……..…… 1

CAPÍTULO 1 DEPRESIÓN

Concepción de la depresión……..…….. 5
La depresión a lo largo de la historia…….…..... 6
La búsqueda de causas…….…… 11
Depresión en la mujer..…….. 17
Sintomatología y/o Cuadro clínico…….…… 21
Clasificación…….…… 21
Depresiones psicóticas-endógenas y depresiones neuróticas-reactivas ……..…… 22
Curso de la enfermedad…….…… 24
Tratamiento…….. 25

CAPÍTULO 2 PSICOTERAPIA

Definición de psicoterapia…… 31
Desarrollo histórico de las psicoterapias…… 34
Clasificación de las psicoterapias…… 38
Desarrollo de las psicoterapias breves……... 40
Elementos del proceso psicoterapéutico…… 44
Búsqueda de puntos comunes en las psicoterapias…… 48
Objetivos de la psicoterapia……..…… 50
Factores del cambio psicoterapéutico…..…….. 52
Resultados de la psicoterapia…….. 54
Habilidades del psicoterapeuta…… 59
Aspectos que debe evitar un psicoterapeuta…… 64
Ética en psicoterapia……..… 66

CAPÍTULO 3 CIERRE DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO Y DEPENDENCIA PSICOTERAPÉUTICA

El vínculo a través del proceso psicoterapéutico……..…… 69
Etapas del proceso psicoterapéutico…….. 70
Reacciones en torno a la finalización de la psicoterapia…… 71
Cuando el psicoterapeuta alienta la separación…… 73
Cuando la psicoterapia ha permanecido durante mucho tiempo……..…….. 74
El momento adecuado para dar el cierre…….. 74
Después de la psicoterapia…… 77

Dificultades para dar el cierre del proceso psicoterapéutico……..... 77
Estrategias para la fase de terminación…… 78
Cuando el psicoterapeuta intenta retener al paciente…… 80
¿Dependencia psicoterapéutica?..... 82
Dependencia en el proceso psicoterapéutico…… 88
Características del paciente dependiente…….. 91
Cuando el psicoterapeuta alienta la dependencia…… 93
Estrategias para afrontar la dependencia psicoterapéutica…… 94

CAPÍTULO 4 MÉTODO

Planteamiento del problema……..... 97
Objetivo…… 97
Variables……..... 97
Tipo de estudio…… 98
Diseño…….. 98
Muestreo…… 98
Instrumentos…… 100
Procedimiento……..... 104

CAPÍTULO 5 RESULTADOS

Características de la muestra……..... 106
Análisis descriptivo de los datos
Pacientes……..…….. 109
Psicoterapeutas…… 115

CAPÍTULO 6 DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

Discusiones…… 122
Conclusiones……..... 126
Sugerencias y limitaciones…… 127

Referencias…… 129

Anexos
Anexo 1 Análisis cualitativo...…….…… 135
Anexo 2 Carta de consentimiento informado…… 141
Anexo 3 Inventario de Evaluación del Proceso Psicoterapéutico - Pacientes…… 142
Anexo 4 Inventario de Depresión de Beck……..…… 145
Anexo 5 Inventario de Evaluación del Proceso Psicoterapéutico – Psicoterapeutas……..…… 149

RESUMEN

En el presente trabajo se muestran los resultados de una larga investigación llevada a cabo con la intención de indagar acerca del proceso psicoterapéutico (específicamente el cierre del proceso psicoterapéutico) y la dependencia psicoterapéutica así como los factores implicados en dicha dependencia.

A fin de obtener mayor información sobre los factores involucrados en esta investigación (Depresión, Cierre del Proceso Psicoterapéutico y Dependencia Psicoterapéutica), se realizaron entrevistas a profundidad semi-estructuradas a 16 psicoterapeutas de distintos enfoques teóricos. A partir de la información obtenida se realizó un análisis cualitativo; de tal análisis y del marco teórico revisado se diseñaron dos instrumentos de medición con escala tipo Likert (Inventario de Evaluación del Proceso Psicoterapéutico para Pacientes e Inventario de Evaluación del Proceso Psicoterapéutico para Psicoterapeutas), los cuales fueron utilizados en esta investigación.

Dado que la *dependencia psicoterapéutica* es un fenómeno multifactorial, en el cual se pueden ver involucrados aspectos propios del paciente, aspectos propios del psicoterapeuta, aspectos propios de la patología o bien del proceso psicoterapéutico, se buscó la manera de contemplar cada uno de estos factores, por lo cual en esta investigación se solicitó el apoyo de diversos psicoterapeutas y sus respectivos pacientes; quedando una muestra de 18 psicoterapeutas de distintos enfoques teóricos y 30 pacientes mujeres de 18 a 60 años de edad, cuyo motivo de consulta fue la depresión y quienes se encontraban en la fase final de su proceso psicoterapéutico o bien a punto de entrar a dicha fase. Cabe señalar que todas las pacientes se encontraban en una modalidad de psicoterapia individual de consulta privada.

Con respecto a las pacientes, se les aplicaron dos instrumentos de medición (Inventario de Evaluación del Proceso Psicoterapéutico para Pacientes e Inventario de Depresión de Beck), mientras que a los psicoterapeutas además de aplicarles el Inventario de Evaluación del Proceso Psicoterapéutico para Psicoterapeutas, se les formuló una serie de preguntas al respecto de sus pacientes participantes.

Los resultados de la investigación aquí desarrollada muestran la existencia de ciertos niveles de dependencia psicoterapéutica entre las pacientes participantes, quienes al momento de la aplicación se encontraban en las últimas fases de su proceso psicoterapéutico, así mismo, tratan de dar una panorámica general sobre los factores que pueden estar involucrados en dicha dependencia. Por lo cual, además de brindar gran aporte al ejercicio del psicólogo clínico al respecto de la dependencia psicoterapéutica y de las últimas fases del proceso psicoterapéutico, también pueden dar pie a futuras investigaciones interesadas en el conocimiento del proceso psicoterapéutico.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la vida, algunas personas buscan la ayuda de otras cuando no tienen la capacidad suficiente para manejar sus problemas, tal es el caso del apoyo psicoterapéutico. La mayoría de la gente, cuando tiene dificultades emocionales y necesita de ayuda profesional, sigue resistiéndose a admitirlo y por consiguiente niega tener dichas dificultades (Strong y Claiborn, 1985).

Como lo menciona Ramírez (1988), el paciente con frecuencia llega a psicoterapia bajo la ilusión de que el psicoterapeuta va a librarlo totalmente del sufrimiento, no obstante, se decepciona cuando se percata de que la psicoterapia es un proceso arduo y difícil, que implica compartir, comunicar, cambiar comportamientos, reconocer errores y transformación; dicha decepción hace que abandone el tratamiento o bien acuda a otro.

Desde hace tiempo, a la terminación prematura de la psicoterapia se le ha reconocido como un gran problema dentro de la atención de la salud mental, pues se menciona que un alto porcentaje de pacientes abandonan el tratamiento psicoterapéutico (Pekarik y Wierzbicki, 1986). Como lo reportan Biagini, Torruco y Carrasco (2005), uno de los principales obstáculos a los que se enfrenta cualquier tipo de psicoterapia es la deserción, pues en diversos estudios de psicoterapia individual se ha observado que los índices de deserción se ubican entre 30 y 45%.

A la terminación prematura de la psicoterapia (abandono, separación, distanciamiento) por parte del paciente, al igual que la implementación incompleta o parcial de instrucciones terapéuticas es a lo que Domínguez (cit. en Ramírez, 1996) denominó falta de adherencia terapéutica.

Uno de los factores importantes para establecer una buena adherencia psicoterapéutica se relaciona con la relación terapeuta-paciente, pues existen reportes donde se confirma que a mayor satisfacción del paciente en la relación con su psicoterapeuta, habrá un mayor y mejor cumplimiento de los programas de tratamiento y por ende menor probabilidad de deserción (Puente-Silva, 1985).

Son múltiples los factores implicados en el establecimiento de una buena relación terapeuta-paciente. Uno de ellos son los referentes al psicoterapeuta, el cual debe hacer un buen uso de sus habilidades y destrezas a fin de lograr una buena relación. Pero, ¿Qué pasa cuándo dichas habilidades caen en exceso?, ¿será posible que esto suceda? o, ¿qué es lo que origina que se presente el fenómeno contrario a la adherencia terapéutica, es decir, cuando el paciente se adhiere en exceso al tratamiento o a su psicoterapeuta, de tal forma que al termino de la psicoterapia es dificultoso concluir el proceso psicoterapéutico?, ¿este problema tendrá que ver con características del psicoterapeuta, características del paciente, características del trastorno, características de la relación psicoterapéutica o del proceso en sí…?. Con la intención de dar respuesta a estas preguntas se inicio la presente investigación.

Dicha investigación se llevó a cabo con psicoterapeutas de distintos enfoques teóricos y sus respectivos pacientes cuyas particularidades fueron mujeres con un rango de edad de 18 a 60 años, quienes acudieron a psicoterapia por situaciones relacionadas con la depresión y quienes se encontraban en la última etapa de su proceso psicoterapéutico o bien a punto de entrar a dicha etapa, en una modalidad de psicoterapia individual de consulta privada.

Dado que esta investigación se realizó con personas que tuviesen como motivo de consulta la depresión, el primer capítulo está dirigido a esta problemática. En dicho capítulo se hace una revisión acerca de las concepciones, así como una exploración a lo largo de la historia en torno a este trastorno, de igual manera, se hace un intento por describir los principales enfoques que dan cuenta

de las causas y los tratamientos, por otra parte, se detalla la sintomatología, las clasificaciones y el curso de tal enfermedad, así mismo, se abre un apartado dirigido a la depresión que presentan las mujeres.

En el segundo capítulo se presenta información referente a la psicoterapia, información relativa a las principales definiciones y clasificaciones de la psicoterapia así como su historia, de igual manera, se describe el desarrollo de las psicoterapias breves y los elementos del proceso psicoterapéutico. Algunos apartados están dirigidos a la búsqueda de puntos comunes entre los distintos enfoques psicoterapéuticos, así como las metas psicoterapéuticas y los agentes de cambio. Hacia el final de este capítulo se exponen investigaciones referentes a los resultados de la psicoterapia. Mientras que otro de los apartados contemplados, está referido a las habilidades del psicoterapeuta, así como los aspectos que debe evitar éste. Por último, se abre un apartado dirigido a la ética en la psicoterapia.

En el tercer capítulo se hace un intento por recabar la principal información en torno al cierre del proceso psicoterapéutico y la dependencia psicoterapéutica. Entre esta información se encuentra la siguiente: el vínculo psicoterapéutico; etapas del proceso psicoterapéutico; reacciones en torno a la finalización de la psicoterapia; situaciones que sucede cuando el psicoterapeuta alienta la separación y cuando la psicoterapia ha permanecido durante mucho tiempo, así como lo que ocurre después de la psicoterapia; otro de los apartados está dirigido a ubicar el momento adecuado para dar el cierre y las diversas dificultades que se presentan para dar por terminado el proceso psicoterapéutico; así mismo, se detallan algunas estrategias recomendadas para la fase de terminación. Casi en la parte intermedia del capítulo se detalla lo que ocurre cuando el psicoterapeuta intenta retener al paciente dentro de la psicoterapia. Por otra parte, dentro de este mismo capítulo se presenta la principal información que da cuenta de la dependencia que presentan los pacientes dentro del proceso psicoterapéutico y los principales conceptos relacionados con esta temática. De acuerdo a las investigaciones realizadas, se describen algunas de las características del paciente dependiente y los factores involucrados con la dependencia psicoterapéutica. En la última parte de este capítulo y del marco teórico en general, se presentan algunas estrategias para afrontar la dependencia psicoterapéutica.

Con respecto al cuarto capítulo, aquí se muestra todo lo referente al método utilizado en esta investigación. Cuestiones relacionadas con el planteamiento del problema, objetivo, variables implicadas, tipo de estudio y diseño de investigación, muestreo, instrumentos utilizados y el procedimiento en sí son las que se presentan en este capítulo.

En el capítulo cinco, se detallan los resultados obtenidos por las pacientes y los psicoterapeutas a través de un análisis descriptivo, no sin antes detallar las características de los sujetos participantes.

En lo que refiere al último capítulo, aquí se incluye una serie de interpretaciones y reflexiones a manera de discusión de los resultados, a partir de tales reflexiones se desarrollan algunas ideas que se considerarían las principales conclusiones de esta investigación. Finalmente se presentan algunas sugerencias para futuras investigaciones a partir de las propias limitaciones de esta investigación.

Cabe señalar que en la última parte de este documento se presentan algunos anexos, que son importante para comprender esta investigación en su totalidad, tales como el análisis cualitativo de las entrevistas realizadas a distintos psicoterapeutas (anexo 1), la carta de consentimiento informado que se les presentó a las pacientes (anexo 2), los instrumentos que se aplicaron a las pacientes: el Inventario de Evaluación del Proceso Psicoterapéutico para Pacientes (anexo 3) e Inventario de Depresión de Beck (anexo 4) y el instrumento que se les aplicó a los psicoterapeutas: Inventario de Evaluación del Proceso Psicoterapéutico para Psicoterapeutas (anexo 5).

CAPÍTULO I

DEPRESIÓN

Los trastornos depresivos se consideran como un problema de salud pública, ya que se presentan de manera frecuente, son ubicuos (generalizados, universales) y afectan a la población en general, se asocian además, a un gran sufrimiento tanto de los pacientes como de los familiares (Sartorius, 2001 cit. en Cavazos, 2004; Gargoloff et al. 2001).

La Organización de Salud Mental en 1999 (cit. en Blackbourn y Morread, 2001) sostuvo que la depresión ha sido una de las enfermedades mentales más comunes, de la cual desafortunadamente se reporta un incremento, estimando que hasta un tercio de la población sufre un episodio depresivo leve en algún momento de su vida. Así mismo, resaltó que se trata de una enfermedad costosa en término de días no trabajados, ocupación de camas en hospitales, tratamiento y grado de angustia para quienes la sufren y sus familiares.

De acuerdo a Jacobson y Jacobson (2003) la depresión se ubica entre los cinco trastornos más frecuentes observados en el consultorio del médico de atención primaria. Casi el 50% de los casos avanza sin ser diagnosticado por el paciente o por el médico, y en los casos en los cuales si se cuentan con un diagnóstico la mayoría de estos permanecen sin tratamiento. En López (2003) se reporta que la prevalencia de depresión crónica (tres o más años de duración) es de 4.5 por cada 100 pacientes de una consulta de atención primaria.

Diversos estudios reportan que la depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente, pues se calcula que dentro de la población en general, de 10 a 15 % de las mujeres y de 5 a 12% de los hombres la padecen alguna vez en su vida (López, López, Vargas y Villamil, 2004; Méndez, 1995 y Ramírez, 1996).

Particularmente en México se estima que el 12% de la población entre 18 y 65 años de edad que habitan en el Distrito Federal ha presentado en algún momento de su vida un trastorno depresivo (Reyes et al., 2003).

De acuerdo a Wells y otros (cit. en Iñiguez et al., 2002), la depresión tiene un impacto negativo entre las personas que la padecen de forma similar a la de otros padecimientos médicos, deteriorando el funcionamiento físico, psicosocial y laboral de éstas. Por su parte, Gargoloff et al. (2001), refieren que dicho deterioro es aún mayor que el producido por otras enfermedades crónicas. Mientras que Medina et al. (2003), afirman que cuatro de las diez enfermedades más discapacitantes son neuropsiquiátricas, entre las cuales se encuentra la depresión.

En el 2003, la Organización Panamericana de la Salud afirmó que la depresión fue la causa principal de incapacidad y la cuarta causa a nivel mundial de los malestares en el año 2000, de acuerdo a esta organización se estima que para el año 2020, la depresión alcanzará el segundo lugar sin discriminación de edad o sexo, mientras que en la actualidad ya ocupa ese lugar en la categoría de 15 a 44 años de edad para ambos sexos (Cavazos, 2004; Lara, 1999; López, 2003 y Ramírez, 2004).

Así mismo, López (2003) reporta que la depresión afecta a una de cada cinco personas en algún momento de su vida, este autor refiere que el riesgo de padecer depresión durante el curso de la vida es del 10 a 15% aproximadamente, además informa que dicho trastorno está implicado cada vez más como factor etiológico en las enfermedades cardiovasculares y en el cáncer.

La depresión entendida como estado de ánimo, presencia de síntomas y trastorno clínico ha sido reconocida en países con diversas culturas como la más prevaleciente entre las mujeres. Datos epidemiológicos nacionales e internacionales coinciden en señalar que la prevalencia de la depresión es más frecuente entre las mujeres, presentándose en dos mujeres por cada hombre (Lara, 1999; López, 2003, Ramírez, 2004, Zuñiga, 2003).

Por su parte, López (2003) sostiene que una de cada ocho mujeres puede esperar desarrollar una depresión clínica durante su vida, siendo ésta más frecuente en las mujeres de 25 y 44 años de edad.

Heinze, Villamil y Cortés (2002) afirman que la depresión mayor afecta a 10% de la población mundial y es más frecuente en las mujeres de 20 a 40 años de edad, en los solteros jóvenes, en las personas que radican en las ciudades y en aquellas que tienen antecedentes familiares de alcoholismo y suicidio.

En varios estudios se reporta que el trastorno depresivo mayor se observa con más frecuencia en personas que no tienen relaciones interpersonales intimas, o bien que están separadas o divorciadas. Con respecto a los factores psicológicos, existen teorías que afirman que ciertos tipos de personalidad son más propensos que otros a presentar algún cuadro depresivo, entre ellos se encuentran la personalidad dependiente, la personalidad obsesivo compulsiva y la personalidad histriónica (López, 2003 y López et al. 2004).

En referencia a la edad, López et al. (2004) reportan que la edad de inicio para el trastorno de depresión mayor gira alrededor de los 40 años; siendo el 50% de los pacientes los que comienzan a sufrir este trastorno entre los 20 y 50 años de edad. Algunos estudios recientes sugieren que la incidencia del trastorno depresivo mayor puede estar incrementándose entre las personas menores a 20 años de edad.

Chinchilla (1999) sostiene que hablar de depresión es hablar de un problema de gran magnitud debido a su alta prevalencia y a todo lo que conlleva dicho problema; afirma que en los últimos años este trastorno se ha incrementado, con lo cual aumentan los riesgos de suicidio y deterioro psicosocial. A este respecto, Méndez (1995) asevera que se trata de la enfermedad causante de mayor morbilidad y mortalidad. Por su parte, Iñiguez et al. (2002) sostienen que el impacto de la depresión en los individuos es muy severo, ya que se trata de un trastorno potencialmente mortal, pues se relaciona con una mortalidad por suicidio de 15%.

De acuerdo a García y Roche (2002) y Jacobson y Jacobson (2003) la depresión se relaciona con el 80% de los intentos de suicidio, así mismo, reportan que alrededor del 15% de las personas con depresión grave finalmente cometen suicidio; con respecto a las diferencias de género, las mujeres intentan suicidarse cuatro veces más que los hombres, pero son ellos quienes eligen métodos más letales.

En lo que respecta a la edad, Del Bosque (2002) reporta que del 50 al 80% de los pacientes ancianos que se suicidan presentaron síntomas de depresión mayor. Hablando específicamente de la adolescencia, estudios realizados en México y en otros países demuestran que el 40% de los adolescentes suicidas padecen un trastorno depresivo mayor; en otro estudio realizado con prepúberes quienes presentaban trastorno afectivo, se encontró que el 66% de estos, presentaron ideación suicida.

Con todo lo anterior, queda precisado que la depresión es una enfermedad que afecta al núcleo vital psicocorporal de ser humano, cuyas manifestaciones no son sólo afectivas ya que altera todas las áreas de la vida del ser humano que la padece.

CONCEPCIÓN DE LA DEPRESIÓN

En la actualidad no se cuenta con un concepto que englobe todas las características que conciernen a la depresión, pues intervienen distintos factores que pueden confundirla con otros diagnósticos. Así pues, con frecuencia suelen confundirse los problemas sentimentales, los fracasos laborales o duelos normales con el trastorno depresivo. Dörr (1993) afirma que los psiquiatras sobrediagnóstican el trastorno depresivo, mientras que los internistas y médicos de otras especialidades lo subdiagnóstican.

Distintos autores han tratado de definir el trastorno depresivo proponiendo sus propios conceptos entre los cuales se encuentran los siguientes:

Iñiguez et al. (2002) comentan que el término depresión, se usa con frecuencia, para referirse al ánimo deprimido, que puede o no ser parte un grupo de signos y síntomas que constituye un episodio o síndrome depresivo. Afirman que para el psiquiatra, la depresión se refiere a los cambios en el estado emocional que se acompaña de una serie de signos y síntomas.

Por su parte, Fernández (1994) afirma que la depresión es una dolencia sumamente mortificante que afecta al plano vital del ser humano. Para él la palabra depresión significa hundimiento o abatimiento de la vitalidad del ser, produciendo inhibición en todas sus funciones vitales, tanto las somáticas como las psíquicas. Este autor sostiene que el estado depresivo es el estado de ánimo más amargo, sombrío y doloroso entre todos los conocidos, ocasionando sufrimiento en todas las áreas del ser que lo padece.

Otros autores como Arieti y Bemporad (1993) sostienen que la depresión es un pesar que aletarga, interrumpe o anula la acción, invadiendo una sensación de angustia de difícil contención; Así mismo, afirman que se trata de un sentimiento pero contrariamente al pesar y la tristeza comunes, es también un síndrome en la medida en que produce grandes alteraciones del funcionamiento psicológico así como de algunas funciones somáticas.

Cabe destacar que con frecuencia se equipara a la tristeza con la depresión, sin embargo, es importante señalar que la tristeza es simplemente la experiencia humana normal ante las adversidades y las penas de la vida. En la persona depresiva además de la tristeza, se encuentran las sensaciones de soledad, aburrimiento, cansancio, desesperanza, hastío, entre otras características. Por el contrario, un reducido sector de estos enfermos se queja de “no poder estar triste” a causa de la ausencia de los propios sentimientos (Fernández, 1994).

Se sabe que la depresión es uno de los trastornos más estudiados a lo largo de la historial, por lo cual se abre el siguiente apartado.

LA DEPRESIÓN A LO LARGO DE LA HISTORIA

La depresión se remonta en su historia hasta los primeros registros escritos de la humanidad, pues desde la antigüedad se han reportado casos de depresión. Historias como la del rey Saúl en el viejo testamento y la del suicido de Ajax en la Ilíada de Homero describen con precisión dicho trastorno (Kaplan y Sadock, 2000).

La primera descripción clínica objetiva de la depresión fue hecha por Hipócrates, quien vivió en el siglo IV antes de Cristo, él formuló la primera descripción médica de la depresión, a la que denominó *melancolía* y cuyo origen atribuyó a un exceso de atrabilis en el cerebro. Éste importante teórico Infirió que la melancolía estaba estrechamente vinculada con la epilepsia y la categorizó junto con la manía, el delirio y la paranoia como uno de los cuatro principales tipos de enfermedad psiquiátrica.

Cerca del año 30 después de Cristo, el médico romano Cornelius Celsus describió el concepto de melancolía utilizado por los griegos (melan [negra] y cholé [bilis]) en su texto *De Re Medicina,* como una depresión causada por la bilis negra (Kaplan y Sadock, 2000).

Si bien se reconoce a Hipócrates la prioridad de la descripción de la depresión, fue Arateo de Capadocia, en el siglo II después de Cristo, quien formuló el cuadro más completo y moderno de este desorden. Él sugirió que la depresión era causada por factores meramente psicológicos y que poco tenía que ver con la atrabilis, la flema u otros humores. Se dice que Arateo, se anticipó a las ideas de Kraepelin al asociar manía y depresión y al considerar a ambas como parte de una misma entidad nosológica. Con respecto al pronóstico, Arateo observó que la enfermedad recurría a pesar de las remisiones y que la recuperación después de un episodio no aseguraba la cura. Entre otras cosas, Areteo dio gran importancia a las relaciones interpersonales en el curso de la enfermedad, informando el caso de un paciente profundamente deprimido que llegó a recuperarse cuando se enamoró (Arieti y Bemporad, 1993).

Galeno, por su parte durante el siglo II después de Cristo, desarrolló su teoría de la enfermedad mental basada en los humores, teoría que se mantuvo como doctrina hasta la Edad Media. Este teórico definió a la melancolía como una tristeza profunda y persistente sin que tuviera causa o razón aparente, en la cual la mente estaba fijada sobre un tema sin que el enfermo presentara fiebre. Este autor griego habló sobre una periodicidad en las enfermedades que se derivan de los escritos Hipocráticos, los cuales señalaban que cada enfermedad aumentaba su incidencia durante la estación en la cual se incrementaba el humor cuyo exceso causaba la enfermedad. Así la manía por ejemplo, era mucho más frecuente en el verano debido a que la bilis amarilla siendo caliente, aumentaba durante la estación calurosa. La melancolía por otro lado, se elevaba tanto en incidencia como en severidad durante los meses de invierno debido a que la bilis negra era fría y seca. Este ciclo estacionario también se relacionó con los cambios de la melancolía a la manía y viceversa en el mismo paciente. Cabe mencionar que Soranus en los inicios de segundo siglo después de Cristo, fue probablemente el primero que expresó la idea de que la melancolía frecuentemente se tornaba en manía (Jobe, 1988).

En la edad media, Alejandro de Tralles (525-605) en su obra *Doce Libros Sobre el Arte Médico*, habla acerca de tres formas etiológicas diferentes: exceso de sangre, sangre acre y biliosa y bilis negra; este autor observa que, tal y como ya se había mencionado en descripciones más antiguas (particularmente en las de Arateo), no siempre la tristeza y el temor son los síntomas característicos de estos pacientes, ya que en algunas ocasiones prevalecen la hilaridad (alegría), la ira y la ansiedad fenómenos muy cercanos a los estados maniacos (Vallejo, 1998).

Durante el siglo VII, San Isidro de Sevilla describe en su libro *De los Sinónimos* a la melancolía, la cual define como angustia del alma, acumulación de espíritus demoníacos, ideas negras, ausencia de futuro y una profunda desesperanza.

Por su parte, Constantinus Africanus (1020-1087) describió dos tipos fisiológicos de la melancolía. En el primer tipo, todo el cuerpo estaba afligido por el desbalance humoral y el paciente presentaba numerosos síntomas somáticos. En el segundo tipo, se involucraba principalmente el estómago ya que estos pacientes presentaban quejas de dolor abdominal e indigestión (Jobe, 1988).

A principios del Renacimiento resurgió el interés en la depresión con un nuevo enfoque sobre sus causas. Esto ocurrió sobre todo en Inglaterra, donde aparentemente hubo una epidemia de melancolía. Timoty Bright publicó su *Treatise on Melancolía* en 1586 y veinte años más tarde se conoció *Optick Glass of Humours* de Thomas Walkington, quien se ocupó con gran detalle de la "Constitución Melancólica" resultante de los humores y el efecto de los planetas.

En el año 1621 el inglés Robert Burton, un clérigo filósofo y profesor terminó su obra titulada *Anatomy of Melancholy*, en la que se describe ampliamente el trastorno que en la actualidad conocemos como depresión. Cabe destacar que en Vallejo (1998), se reporta que Burton a través de su experiencia personal como enfermo supo exponer con acierto las experiencias negativas de esta situación, señalando los accesos de alegría desbordante que alternan con el estado depresivo. De igual manera, los médicos del resto de Europa redescubrían que la melancolía y la manía suelen alternar en el mismo individuo. Bonet en 1684, Schact en 1747 y Herchel en 1768 fueron algunos de los que asociaron ambos desordenes como parte de una misma entidad diagnóstica.

Más tarde, se habla de una teoría introquímica, la cual fue desarrollada por los médicos de la escuela de Paracelso y especialmente por Thomas Willis (1621-1675) cuya obra denominada *Two discourses Conserning the Soul of Brutes* (1672), sigue siendo un clásico de la descripción de la depresión, así como una obra maestra de la especulación fisiológica. Willis consideraba que el déficit primario en esta enfermedad era una transformación sulfurosa de la sangre, la cual actuaba sobre las propiedades fermentativas de varios órganos, particularmente el cerebro (Jobe, 1988).

El descubrimiento de la circulación de la sangre realizado por Harvey en 1623 influyó sobre las ideas galénicas y dio gran impulso a los conceptos iatromecánicos. Esta teoría se fortaleció con los escritos de Archilbald Picairn (1652-1713), Friedrich Hoffmann (1660-1742) y Herman Boerchaane (1668-1738). Boerchaane reintrodujo los humores pero los trasformó señalando que ellos estaban formados por corpúsculos pequeños que tenían propiedades mecánicas tales como la aglutinación. Él aseveraba que la melancolía y la manía se debían a la obstrucción de los vasos sanguíneos cerebrales causada por la aglutinación de partículas sanguíneas pequeñas. Albrecht Von Haller (1708-1777) discípulo de Boerchaane, detalló estos conceptos y añadió la noción de la irritabilidad intrínseca de las fibras. El libro *Firts Lines of the Practice of Physics* de William Cullen (1710-1790) se convirtió en un clásico de la medicina al introducir en la terminología médica los conceptos de irritabilidad y neurosis, entendido este último como un término físico-lógico y no como un diagnóstico psiquiátrico (*op. cit.*).

Durante del siglo XVIII, un psiquiatra español llamado Andres Piquer (1711-1792), por primera vez instauró la unión nosológica entre el cuadro melancólico y el cuadro maníaco, al diagnosticar las alteraciones mentales del monarca español Fernando VI, como un estado de manía-melancolía. Se dice que Fernando VI pasaba temporadas muy activo con verborrea, sin parar de hablar con una gran fuerza, en tanto que existían otras temporadas en las que se metía en la cama; Así pues, este médico describió la enfermedad, que durante mucho tiempo se llamó psicosis maniaco-depresiva y que en la actualidad se denomina depresión bipolar (Vallejo, 1998).

Más tarde en el siglo XIX, aparece la Psiquiatría Francesa, con tres o cuatro grandes médicos muy importantes que subrayan la importancia de esta patología. Uno de ellos es Philippe Pinel (1745-1826), quien destacó cuatro formas de enfermedades mentales: manía, melancolía, demencia e idiocia. En la misma línea, su discípulo Esquirol (1772-1840) incluye la melancolía que él denomina *lipemanía*, entre las monomanías o las locuras parciales. Éste teórico concebía a la melancolía como un delirio parcial crónico sin fiebre determinada y mantenido por una pasión triste, debilitante y depresiva (*op. cit.*).

Con la difusión de la revolución científica, los investigadores de Psiquiatría comenzaron a considerar la enfermedad mental como una causa de agentes fisiológicos más que por una posesión demoníaca. En 1854 Jules Falret diferenció entre melancolía ordinaria y su variedad episódica. Así mismo, introdujo el término "Folie Circulaire" para referirse a una patología en la que el paciente experimenta de forma cíclica estados depresivos y maniacos; este teórico descubrió períodos de normalidad en algunos pacientes, en contraste con la gradual e irreversible degeneración que sufrían otros. Entre otras aportaciones importantes de Falret, se encuentran sus observaciones acerca del probable carácter familiar de la depresión recurrente, así como la mayor incidencia en las mujeres. Casi al mismo tiempo, otro psiquiatra francés, G. F. Baillarger, definió la "Folie à double forme", en la que los pacientes profundamente deprimidos, entraban en un estado de estupor del que finalmente se recuperaban. En 1882, el psiquiatra alemán Kart Kahlbaum, mediante el término ciclotimia, describió la manía y la depresión como fases de una misma enfermedad (Kaplan y Sadock, 2000).

Cabe mencionar que la distinción entre las etiologías endógenas y exógenas pertenece a Paul J. Mobius (1853-1907) quien introdujo esta diferenciación en 1893 (Jobe, 1988).

Posteriormente durante el siglo XIX, el psiquiatra alemán Kraepelin a quien se le ubica como uno de los más famosos psiquiatras clínicos de todos los tiempos, revolucionó la Psiquiatría estableciendo un sistema nosológico. Kraepelin, discriminó los elementos comunes dentro de la confusión de síndromes descritos individualmente y los consolidó en tres categorías principales: demencia precoz (tal como se denominaba en ese entonces a la esquizofrenia), parafrenia y psicosis maniaco-depresiva, basando sus clasificaciones en la similitud de los síntomas, así como en el desenlace de la enfermedad. Dentro de la psicosis maniaco-depresiva, Kraepelin incluyó una variedad de desórdenes depresivos, tales como, la psicosis intermitente, la manía simple, algunos casos de confusión, la mayor parte de los casos de melancolía y algunos casos de desordenes leves que anteceden a la perturbaciones más graves. Globalmente, distinguía cuatro grupos principales: estados depresivos, estados maniacos, estados mixtos y estados fundamentales. Así mismo, Kraepelin también describió una forma de depresión denominada melancolía involutiva, la cual se ha considerado desde entonces como una forma de trastorno del estado de ánimo de inicio tardío, que empieza tras la menopausia en las mujeres y en los últimos años de la edad adulta en los hombres (Braceland, 1957; cit. en Arieti y Bemporad, 1993).

Uno de los críticos que más se hizo oír fue Adolf Meyer, cuyo propio sistema de clasificación se basaba en una categoría más amplia de tipos reactivos. En un principio, Meyer aceptó y aplicó el sistema nosológico de Kraepelin, pero con el tiempo fue dejándolo de lado por considerar que dependía demasiado del desenlace. Comenzó a tratar los desordenes psiquiátricos dando mayor importancia a la influencia de las circunstancias existenciales más que a las condiciones estrictamente orgánicas. Por último, descartó por completo el modelo de enfermedad, prefiriendo considerar los desordenes como reacciones específicas de un individuo ante una sucesión de circunstancias existenciales. En 1904 Meyer objetó el término melancolía, afirmando que daba un sello de certeza a un estado vago acerca del cual poco se sabía. Sugirió en cambio denominar **"Depresión"** a dicho desorden, por lo menos hasta que se contara con evidencias positivas de enfermedad (por ejemplo patología cerebral).

Al dejarse de lado la idea de que la depresión pudiera tener una determinación astral de índole saturnina, se concibió a este trastorno como un mal que brotaba de la naturaleza interior del individuo originada por cuestiones hereditarias, a cuyo concepto responde el término de depresión endógena distribuida en dos variantes: depresión monopolar (la que cursa sólo con episodios depresivos) y depresión bipolar (la que cursa con alternancia entre episodios depresivos y maníacos). Frente a estas ideas se contrapuso el conocimiento sobre un gran número de cuadros depresivos monopolares originados por traumas psíquicos, interpretados unas veces como depresión reactiva y otras como depresión neurótica. Así pues, se dice que la historia reciente de la depresión ha transcurrido como una dicotomía entre la endógena y la no endógena -reactiva o neurótica- (Fernández, 1994).

Ni Adolf Meyer (|866-1950) ni Sigmund Freud (1856-1939) se consideraban a sí mimos como psicólogos, sino más bien como biólogos de la mente. La Psicobiología de Meyer como ya se ha mencionado, se dirigió a la eliminación del término melancolía de la nomenclatura psiquiátrica. Por su parte, Sigmund Freud comparó a la depresión y el duelo en su ensayo *Duelo y Melancolía*, publicado en 1917. Él concibió a la melancolía como el resultado de una lucha psicológica interna entre los intentos del ego de introyectar el objeto perdido y el rechazo del super ego a esta estrategia (Jobe, 1988).

El teórico psicoanalítico más importante de la depresión mayor y de la enfermedad maniaco-depresiva en aquellos tiempos fue Karl Abraham (1877-1925). Este teórico enfocó su atención sobre las delusiones de culpa y de auto-desprecio, desarrollando su teoría de la ira retroflexiva. Una tercera teoría psicoanalítica sobre la depresión mayor fue desarrollada por Sandor Rado (1890-1972) y Eduard Bibring (1895-1959). En su análisis de la depresión mayor, Rado consideró que sus pacientes mostraban una necesidad desesperada de amor, así como una necesidad de aumentar su autoestima. Esta teoría psicodinámica adaptativa sostiene que la pérdida real de un objeto amado no era absolutamente necesaria y que la pérdida imaginaria era en sí misma indicativa de una disminución de la autoestima. Basándose en los trabajos de Otto Fenichel, Bibring generalizó la teoría del compromiso de la autoestima para incluir todas las formas de depresión. Éste autor, influido por la psicología del ego de sus tiempos, conceptualizó el sentimiento de disforia como una indicación de que el paciente había vuelto a sentirse desvalido tal como lo experimentaba el ego infantil (*op. cit.*).

Por su parte Rene Spitz (1887-1974) desarrolló su teoría sobre la Depresión Anaclítica; este teórico observó que los infantes separados de sus madres naturales y puestos en manos de asistentes institucionales presentaban graves alteraciones tales como aprensión, tristeza, llanto, pérdida de contacto, rechazo al ambiente y aislamiento, retardo del desarrollo, reacciones lentas a estímulos, disminución de los movimientos, estupor, perdida del apetito, rechazo del alimento, pérdida de peso, insomnio y expresiones faciales similares a las de los adultos deprimidos (Jobe, 1988).

Influido por los enfoques psicoanalíticos y ego-psicológicos, así como las ideas conductistas, Aaron T. Beck desarrolló el Modelo Cognitivo de la Depresión. La importancia de esta teoría fue la de hacer énfasis en la actitud del organismo hacia el futuro como un aspecto constante de las actividades cognitivas. En los postulados de Beck, la depresión está caracterizada por una tríada cognitiva que consiste en: 1) Concepto negativo de sí mismo; 2) Interpretación negativa de las experiencias; y 3) Visión negativa del futuro. Una teoría de orientación más conductista fue la Meter Lewinsohn, quien postuló que la operación de un déficit sutil de los refuerzos era lo fundamental en la depresión. Meter afirmaba que aún cuando las recompensas puedan estar presentes en el ambiente, la capacidad del organismo para utilizarlas también requiere de refuerzos, si estos refuerzos faltan las recompensas no pueden ser alcanzadas surgiendo como consecuencia la depresión (*op. cit.*).

El término, depresión vital surge en 1920, cuando Kurt Schneider, un distinguido psiquiatra alemán define a la depresión endógena como un trastorno en el ámbito de los sentimientos vitales. Esta línea de investigación permaneció ignorada hasta que fue retomada por Francisco Alonso Fernández en su libro *La Depresión y su Diagnóstico* (Fernández, 1994).

Pichot por su parte, en 1966 llegó a la conclusión de que en el síndrome depresivo existían cinco grupos de síntomas, mismos que se darían con mayor o menor intensidad; entre los cuales, un grupo gira en torno al humor depresivo, otro a la autoagresividad, otro al enlentecimiento, otro a la disminución de la vitalidad y el quinto está compuesto por los síntomas somáticos. Pfeiffer en 1968, llegó a la conclusión de que los síntomas fundamentales (aquellos que siempre están presentes, sin importar el tipo o grado de civilización o cultura) son: cambio en el estado de ánimo, alteraciones de las funciones vegetativas como el sueño, el apetito y la libido. Tanto la inhibición como la agitación motora, las ideas hipocondríacas así como los sentimientos de culpa y las ideas o intentos de suicidio serían síntomas determinados culturalmente (Dörr, 1993).

Por su parte, Fernández (1994) habla de un síndrome depresivo vital, que se define como un conjunto de síntomas tretradimensional, es decir, que afecta a cuatro dimensiones o ámbitos: el humor depresivo, la falta de energía, la falta de sintonización o comunicación con el exterior y el descontrol de los ritmos o ritmopatía.

Las teorías biológicas que han recibido el mayor nivel de sustento empírico han sido la de las aminas biógenas y la neuroendocrina. La teoría de las Aminas Biógenas se desarrolló a partir de una serie de observaciones farmacológicas sobre el efecto de drogas tales como la reserpina, que disminuye considerablemente las catecolaminas y otras como las anfetaminas que las aumenta en el sistema nervioso central. Dos artículos importantes, ambos publicados en 1965, uno por W. E. Bunney y J. M. Davis definieron esta teoría y postularon dicha relación entre la depresión y la disminución de las catecolaminas. Años después, varios autores europeos (Coppe, 1968; Lapin y Oxenkrug, 1969; cit. en Jobe, 1988) propusieron que la depresión se correlacionaba con el vaciamiento de las indolaminas, específicamente la serotonina. El desarrollo de la teoría de la disminución de las aminas biógenas ocurrió cuando Janowsky y sus colegas propusieron que el sistema colinérgico estaba involucrado y que la depresión era secundaria a la predominancia de la actividad colinérgica sobre la adrenérgica en el sistema nervioso central.

Por otra parte, la teoría neuroendocrina tuvo sus orígenes en los años cincuenta cuando observaciones repetidas mostraron que los pacientes con síndrome de Cushing e Hipercortisolemia con frecuencia desarrollaban depresiones. El trabajo reciente de Carroll y sus asociados en la Universidad de Michigan observó anormalidades del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal en los desordenes depresivos mayores. De igual modo, los trabajos de Orange y sus colaboradores mostraron que dosis bajas de la hormona tiroidea añadidas a un triciclico aumentaban la velocidad de recuperación. Ambos hallazgos dan apoyo a la teoría de una disfunción subyacente del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal en la depresión (*op. cit.*).

En 1957 Leonard (cit. en Vallejo, 1998) habla de las formas bipolares y unipolares de la depresión. Autores más recientes como Perris, Winokur y Angst, han abundado en esta distinción abordándola desde varios puntos de vista (genéticos, clínicos, etc.). En relación a la situación clínica Roth y otros miembros de la escuela Newcastle, así como Kennedy y Paykel, se han ocupado de este tema. Por su parte López-Ibor ha abordado el problema de las depresiones enmascaradas. Finalmente las aportaciones de Schildkraut, Coppen y Van Praag entre otros, sobre las hipótesis bioquímicas más actuales de la depresión y Akiskal, Klerman, Klein y Weissman en el ámbito americano completan el panorama histórico de la depresión hasta la actualidad (Vallejo, 1998).

LA BUSQUEDA DE CAUSAS

En la actualidad puede decirse que en el campo de la depresión aún no se conocen las causas etiológicas únicas. Cabe mencionar que en el desarrollo de la depresión interviene diferentes factores etiológicos, tales como los biológicos, genéticos y psicosociales. Los diferentes modelos psicológico, fisiológico y social aportan sus puntos con respecto a la etiología de la depresión, mismos que se exponen a continuación.

Enfoques Psicológicos

Primeras contribuciones de Abraham

En 1911 Karl Abraham publicó lo que puede considerarse la primera investigación psicoanalítica sobre la depresión. Cabe mencionar que durante esa época, los trastornos mentales eran interpretados como consecuencia de una represión de la libido; de ahí que Abraham comparara a la depresión con la ansiedad, la cual también era vista como el resultado de instintos reprimidos. Éste teórico, afirmaba que la ansiedad surge cuando la represión impide el logro de la gratificación deseada, mientras que la depresión aparece cuando el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales. Abraham, sostenía que en la depresión la búsqueda de satisfacción libidinal está tan reprimida, que el individuo no puede sentirse amado ni es capaz de amar, él concebía a la depresión como una regresión a la primera fase psicosexual, es decir, la etapa oral (Arieti y Bemporad, 1993).

Este autor afirmaba que el depresivo más que incorporar al objeto psíquico: “En las honduras de su inconsciente hay una tendencia a devorar y arrasar al objeto”. Es en éste deseo de destruir al objeto oralmente de donde surgen dos de los principales síntomas de la depresión: la negativa a alimentarse y el temor a morir de hambre (Arieti y Bemporad, 1993, p.32).

Abraham, consideró los siguientes factores como predictores de la depresión: 1) un factor constitucional ligado con una excesiva acentuación de erotismo oral; 2) una fijación a nivel oral, expresada en la vida diaria por desproporcionadas lamentaciones ante las frustraciones y excesivas actividades orales (succión, alimentación, etc.); 3) un daño severo al narcisismo infantil producido por excesivos desengaños amoroso, que llevan al prototipo infantil de depresión denominado “paratimia primaria”; 4) aparición del primer desengaño amoroso antes de que los deseos edípicos hayan sido superados y 5) repetición del desengaño original en épocas posteriores a la vida. Por otra parte, este autor destacó la importancia de la ambivalencia hacia los demás y hacía el objeto incorporado (Arieti y Bemporad, 1993).

Contribuciones de Sigmund Freud

Con respecto a los factores psicodinámicos y psicoanalíticos, Sigmund Freud postuló una relación entre la pérdida del objeto y la melancolia (Bleichmar, 1997; cit. en López et al., 2004).

Por medio de su ensayo *Duelo y Melancolía* publicado en 1917, Freud cambió el curso del Psicoanálisis. En dicho ensayo, él postuló por primera vez mecanismos patológicos en los que no interviene un desarreglo de la sexualidad, advirtiendo además, que por el reducido grupo de pacientes en el que basó sus hallazgos quizá no baste para hacer generalizaciones válidas (Arieti y Bemporad, 1993).

Este importante teórico de la Psicología, comienza a manifestar su inquietud por la depresión al comparar la melancolía con el fenómeno del duelo señalando numerosas semejanzas así como diferencias esenciales, entre las cuales destacan las siguientes: hay en ambos una dolorosa sensación de abatimiento por una pérdida, falta de interés en el mundo externo, pérdida de la capacidad de amar e inhibición de la actividad. Cabe destacar que sólo en la melancolía hay una disminución de la autoestima que da lugar a autoreproches y a expectativas irracionales de castigo. Además, afirmó que el melancólico tiene una noción vaga de la naturaleza de su pérdida y es incapaz de reconocer la causa de su abatimiento, aún cuando sabe quién es la persona perdida, no tiene claro "que es lo que ha perdido con ella". Esta observación lleva a Freud a cree que se trata de una pérdida interna e inconsciente; también la disminución de la autoestima le sugiere la existencia de empobrecimiento interno en el individuo. Freud dice que "ante el pesar el mundo se vuelve pobre y vacío; en la melancolía, esto le sucede al Yo"; pero, ¿Cómo explica Freud esta sensación interna de pérdida en la depresión? (cit. en Arieti y Bemporad, 1993, p. 36).

Para él, la clave se encuentra en lo inapropiado de los autoreproches que 1) por lo general tiene un contenido moral; 2) son evidentemente injustificados y 3) son expresados de manera pública y sin vergüenza. Según Freud, esto se debe a una escisión del Yo del individuo melancólico, en virtud de la cual un sector yoico se opone al otro, lo enjuicia y lo contempla como un objeto externo. Él sugirió que los autorreproches no están dirigidos en realidad hacia la propia persona, sino hacia alguien que el paciente ama, amó o debería haber amado y que por alguna razón se desviaron hacia el Yo del propio paciente. En consecuencia, el individuo melancólico no necesita avergonzarse, ya que las recriminaciones están destinadas hacia otra persona (Arieti y Bemporad, 1993).

Freud postuló que durante la infancia el melancólico estableció una intensa relación objetal que resultó deteriorada por el desengaño causado por la persona amada. La ruptura de la relación fue seguida por un retiro de la carga libidinal, pero la libido liberada no pasó a otro objeto, quizá debido al tipo de vinculación básicamente narcisista, por el contrario, esta libido se dirigió hacia el Yo. De acuerdo a las experiencias con sus pacientes, Freud pudo detectar que el propósito de las autorrecriminaciones de algunos de sus pacientes depresivos eran con el fin de castigar a la persona amada (*op. cit.*).

Por otra parte, Freud propuso que la melancolía es el resultado de una extrema discordancia entre el Superyó y el Yo, en cuyo contexto el Superyó manifiesta su rabia contra un Yo aparentemente indefenso. Para explicar porque el Superyó del melancólico es tan severo y poderoso, Freud se apoyó en su hipótesis formulada sobre el instinto de muerte, observando además que si la regresión no se expresa hacia fuera, terminara por volverse contra el propio sujeto (*op. cit.*).

El Modelo de Indefensión Aprendida de Seligman

Basándose en experimentos en los que se sometía a perros ante situaciones ineludibles de shocks, Seligman y sus colaboradores en 1967 (cit. en Arieti y Bemporad, 1993) descubrieron una reacción que denominaron "Desesperanza Aprendida". Observaron que después de exponer a los perros a una serie de estímulos dolorosos en una situación que impedía toda salida, los animales ya no eludían los estímulos aún cuando se les posibilitaba la huida. Parecían haberse dado por vencidos, aprendiendo a soportar resignadamente los shocks dolorosos. Seligman, aplicó estos hallazgos a la depresión del ser humano y sugirió que el manejo de las técnicas adaptativas que sirven para enfrentar situaciones dolorosas se bloquea en el individuo depresivo, quedando en su lugar una especie de indefensión. Esta teoría se basa en la hipótesis de que el depresivo no ve relación alguna entre sus respuestas y el apoyo que recibe por parte del ambiente.

La Teoría Cognitiva de Beck

Aaron T. Beck elaboró la terapia cognitiva a partir de su experiencia clínica con pacientes deprimidos. Al observar que los sueños de los pacientes deprimidos estaban repletos de contenido negativo, dichos hallazgos le llevaron a plantear la idea de que los pensamientos negativos juegan un papel central en el inicio y curso de la depresión (Compas y Gotlib, 2003).

Beck, concibe a la depresión como un desorden del pensamiento, él supone que los signos y síntomas de este trastorno son una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos. Habla de estructuras cognitivas específicas que son centrales en el desarrollo de la depresión: la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos. La triada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. El primer componente de la triada se centra en una visión negativa del paciente acerca de sí mismo, el segundo componente se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa y el tercer componente se centra en una visión negativa acerca del futuro. Los esquemas cognitivos, llevan a los individuos a un filtrado sistemático o distorsión de la percepción y la memoria, tales distorsiones son los errores cognitivos. Dichos errores son involuntarios e incluyen: la inferencia arbitraria, la abstracción selectiva, la sobregeneralización, la magnificación y la minimización (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983).

De acuerdo con la teoría cognitiva, los errores cognitivos más frecuentes son las distorsiones negativas de las experiencias de la vida, de la autoevaluación negativa, el pesimismo y la desesperanza; dichos pensamientos son aprendidos y conducen a un sentimiento de depresión (Rushm, 1997; Hallon, 1992; Shaw, 1997; cit. en López et al., 2004).

Básicamente el modelo formulado por Beck et al. (1983) parte de la hipótesis de que el sujeto depresivo tiene unos esquemas cognitivos tácitos o inconscientes que contienen una organización de significados personales (supuestos personales) que le hacen vulnerable a determinados acontecimientos (por. ejem. pérdidas). Los significados personales (supuestos o reglas personales) suelen ser formulaciones inflexibles referentes a determinadas metas vitales (por ejem. amor, aprobación, competencia personal, etc.) y a su relación con ellas (autovaloración). Dichos significados se activan en determinadas circunstancias (casi siempre relacionadas con la no confirmación de esos significados por los acontecimientos), haciendo que el sujeto depresivo procese erróneamente la información (distorsiones cognitivas) e incorporándose en su conciencia una serie de pensamientos negativos, involuntarios y casi taquigráficos (pensamientos automáticos) que son creídos por el paciente y que le hacen adoptar una visión negativa de si mismo, de sus circunstancias y del desarrollo de los acontecimientos futuros (triada cognitiva). Los pensamientos automáticos negativos a su vez interactúan con el estado afectivo resultante (depresivo) y las conductas relacionadas (por ejem. evitación, descenso de la actividad, etc.), siendo el resultado de esta interacción el “cuadro depresivo”, el cual se ejemplifica en la fig. 1

Fig. 1 Cuadro Depresivo

MODELO COGNITIVO DE LA DEPRESIÓN

HISTORIA PERSONAL y FACTORES BIOGENÉTICOS (1)

–

ESQUEMA COGNITIVO TÁCITO (2)
Supuesto Personal
(por ejem: “Para ser feliz necesito del afecto de un hombre”)

–

EVENTO ACTUAL ACTIVADOR (3)
(por ejem: “Ruptura de la relación de pareja”)

–

DISTORSIONES COGNITIVAS Y PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS (4)
(Por ejem: “Sin el yo no valgo nada”) -Sobregeneralización-
(Por ejem: “Mi vida no merece la pena”) -Abstracción selectiva-
(Por ejem: “Soy una fracasada”) -Polarización-
(Por ejem: “No soy lo suficientemente mujer para tener un hombre”) –Personalización-

——

CIRCULO INTERACTIVO RESULTANTE (5)
Pensamientos (por ejem: autocríticas) – Afectos (por ejem: depresión e irritabilidad) -
Conductas (por ejem: llanto y descenso de la actividad social)

Beck et al. (1983) identifican las siguientes distorsiones cognitivas en la depresión:

1. Inferencia arbitraria: Se refiere al proceso de obtener conclusiones en ausencia de evidencia suficiente que la apoye o cuando la evidencia es contraria a esa conclusión.
2. Abstracción selectiva: Consiste en centrarse en un detalle de la situación, ignorando otros aspectos de la misma y llegando a una conclusión general a partir de ese detalle.
3. Generalización Excesiva (sobregeneralización): Consiste en sacar una conclusión general a partir de uno a varios hechos aislados y aplicarla a hechos particulares o que son muy diferentes.
4. Maximización y Minimización: Se trata de centrarse excesivamente en los errores y deficiencias personales y no tener suficientemente en cuenta (en proporción a los errores) los aciertos y habilidades personales.
5. Personalización: Se refiere a la tendencia del paciente a relacionar acontecimientos externos (normalmente evaluados como negativos) como relacionados o referentes a él mismo sin que exista evidencia suficiente para ello.
6. Pensamiento dicotómico o polarización: Se refiere a la tendencia a clasificar la experiencia en términos extremos y opuestos sin tener en cuenta la evidencia de categorías intermedias. El paciente suele clasificarse en los extremos negativos (por ejem. “incapaz frente a capaz”).

Así mismo, Beck ha especificado algunos de los supuestos personales que suelen predisponer o hacer vulnerable a las personas a la depresión:

1. Para ser feliz, debo tener éxito en todo lo que me proponga.
2. Para ser feliz, debo obtener la aceptación y aprobación de todo el mundo en todas las ocasiones.
3. Si cometo un error, significa que soy un inepto.
4. No puedo vivir sin ti.
5. Si alguien se muestra en desacuerdo conmigo significa que no le gusto.
6. Mi valor personal depende de lo que otros piensen de mí, entre otros.

Enfoques fisiológicos

Los fenómenos psicológicos se acompañan de modificaciones neurológicas y la depresión no es la excepción. Las teorías bioquímicas postulan que la depresión es una emoción fundamental, en la cual los factores psicológicos y fisiológicos están correlacionados (Arieti y Bemporad, 1993).

Numerosos estudios sugieren que los trastornos del estado de ánimo se asocian a alteraciones de las aminas biógenas. Entre estas sustancias la noradrenalina y la serotonina son los dos neurotrasmisores mayormente implicados en la fisiopatología de los trastornos del estado de ánimo (López et al., 2004; Kaplan y Sadock, 2000 y Jobe, 1988).

Por otra parte, aunque no se dispone de datos concluyentes, se cree que los aminoácidos neurotrasmisores (en especial el ácido aminobutírico [GABA]) y los péptido neuroactivos (en particular la vasopresina y los opiaceos endógenos) también están implicados en los trastornos del estado de ánimo (Kaplan y Sadock, 2000).

Teoría Monoaminérgica de la Depresión

De acuerdo a Fernández y López (1996) existe gran evidencia de que la depresión endógena puede deberse a una disminución de la transmisión monoaminérgica, estas evidencias incluye que:

- La recerpina (un inhibidor de la vesiculación de las monoaminas que resulta en una inhibición de la transmisión monoaminérgica) precipita el síndrome depresivo.

- Los inhibidores de la recaptura de monoaminas (triciclicos) y los inhibidores de la monoaminoxidasa tiene acciones depresivas.

- Las anfetaminas (inductores de la liberación de monoaminas) pueden elevar el estado de ánimo en algunos pacientes.

- El precursor de serotonina, el 5-hidroxitrptofano, per se o combinado con los inhibidores de la monoamínoxida puede tener efectos benéficos sobre la depresión.

Sin embargo, Fernández y López (1996) afirman que existen algunas investigaciones que complican la hipótesis anterior, las cuales señalan lo siguiente:

- Sólo el incremento en los niveles de las monoaminas endógenas tiene efectos terapéuticos, es decir, la administración de compuestos con propiedades de agonistas monoaminérgicos no resulta en acciones antidepresivas y,

- Las acciones terapéuticas de los antidepresivos se observan después del tratamiento crónico (por 15 días o más) mientras que sus sensaciones neurofarmacológicas ocurren justo después de la primera administración.

Con respecto a las causas genéticas, se han realizado estudios con familiares donde se ha encontrado en varias ocasiones que es de 2 a 10 veces más probable que la padezcan los parientes en primer grado de los pacientes que sufren depresión, que los sujetos de la población en general. Los estudios con hijos adoptados, han aportado datos que confirman la idea de que existe un componente genético para la heredabilidad de la depresión. Mientras que los estudios con gemelos monocigóticos han demostrado que la concordancia para el trastorno depresivo mayor es de 50% y entre dicigóticos es de 10 a 25% (Heun, 1993; cit. en López et al., 2004).

En diversas investigaciones los datos indican que un factor genético está implicado en los trastornos del estado de ánimo, pero el patrón de transmisión genética sigue mecanismos complejos. Diversas investigaciones sugieren que el componente genético desempeña un papel más importante en la transmisión del trastorno bipolar I que en el trastorno depresivo mayor (Kaplan y Sadock, 2000).

Factores psicosociales

Algunos especialistas están convencidos de que los sucesos vitales desempeñan un papel sumamente importante en la depresión; otros sugieren que estos sucesos tienen sólo un papel relativo en el inicio y duración de la misma. Los datos más convincentes indican que el suceso más implicado en el desarrollo posterior de una depresión es la perdida de uno de los progenitores antes de los once años y que el factor estresante ambiental más relacionado con el inicio de esta condición, es la pérdida de un cónyuge; a estas causas se les denominó factores psicosociales (Kaplan y Sadock, 200 y Post, 1992; cit. en López et al., 2004 y Zuñiga, 2003).

Una observación clásica reiteradamente confirmada, indica que los acontecimientos estresantes preceden con más frecuencia a los primeros episodios de los trastornos del estado de ánimo. Una de las teorías propuestas para explicar esta observación es que el estrés que acompaña al primer episodio produce grandes cambios a largo plazo en la biología cerebral. Estos cambios de larga duración pueden producir variaciones en el funcionamiento de diferentes neurotrasmisores y sistemas de señales intraneuronales, variaciones que implican pérdidas neuronales y una gran disminución de conexiones sinápticas. Como consecuencia la persona resulta más vulnerable a sufrir episodios posteriores de trastornos depresivos, incluso sin factores estresantes externos (Kaplan y Sadock, 2000 y Zuñiga, 2003).

En Ramírez (1996), se sostiene que el comienzo del cuadro depresivo puede ser de manera súbita y estar relacionado con algún problema de diversa índole, ya sea de tipo económico, familiar, laboral o sentimental. Este autor pone de ejemplo, la muerte de un ser querido, alguna jubilación, el despido laboral, una ruptura amorosa, etc.

Por otra parte, Zuñiga (2003) reporta que el grado de psicopatología en la familia puede afectar el grado de recuperación, recaídas y readapación del paciente.

DEPRESIÓN EN LA MUJER

La frecuencia de la depresión experimenta ciertos cambios irregulares ante factores sociodemográficos, particularmente la edad, el sexo y el estado civil. La diferencia más notoria se registra en lo que respecta al sexo (Fernández, 1994).

Recientemente, investigadores y médicos clínicos se han percatado de la importancia de tomar en cuenta las diferencias de género al tratar o estudiar las enfermedades psiquiátricas, entre ellos los trastornos emocionales. Uno de los hallazgos epidemiológicos mejor documentado en la psiquiatría es el hecho de que las mujeres son dos a tres veces más propensas a desarrollar el trastorno de depresión mayor que los hombres. Esta diferencia de género se presenta en muchos países, entre los cuales se encuentran Canadá, Alemania, Nueva Zelanda y los estados Unidos, pero puede no ser consistente en todos los grupos étnicos. Por ejemplo, un estudio reciente mostró que el trastorno de depresión mayor no es mas frecuente en las mujeres judías que en los hombres judíos (Leibenluft, 2001).

Robins et al. en 1985 (cit. en Sánchez, 1994) a partir de un estudio realizado en Estados Unidos con una muestra de población no institucionalizada encontraron diferencias de género en relación a los desordenes mentales, observando lo siguiente: a) en las mujeres predominaron los diagnósticos de episodios depresivos, agorafobia y fobia simple, mientras que en los hombres predominaron la personalidad antisocial, abuso y dependencia de alcohol; b) en las mujeres fue más común el diagnóstico de distimia, trastorno obsesivo compulsivo, esquizofrenia, desorden de somatización y desorden de pánico y c) no existieron diferencias en los episodios de manía o impedimentos cognitivos. Sánchez (1994) cree que esta situación no es específica de un país, sino que tiende a generalizarse y ser común entre las mujeres de diferentes naciones.

Según estadísticas de Canadá 3% de los hombres y 6% de las mujeres tienen un episodio depresivo en cualquier época del año. Durante su período de vida cerca del 5 al 12% de los hombres y 10 al 25% de las mujeres sufrirán el menor grado de un episodio depresivo (Garcia y Roche, 2002).

Estudios realizados en la Ciudad de México muestran que el 9% de la población adulta entre 18 y 65 años de edad presentan trastornos afectivos; 7.8% corresponden a episodios de depresión mayor, con una tasa de 2.5 mujeres por cada hombre (cit. en Medina et al., 2003).

En un estudio realizado por Torres, Hernández y Ortega (1991), donde participaron 96 pacientes hospitalizados, mayores de 18 años encontraron que el 31.6 % de las mujeres manifestaron signos y síntomas de trastorno depresivo, mientras que en los hombres solamente el 10 % mostró estas características.

Por su parte, Reyes et al. (2003), a partir de un estudio realizado en una clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde participaron 300 pacientes mayores de 60 años encontraron que cuatro de cada diez entrevistados manifestaron síntomas depresivos, además de que el porcentaje de mujeres clasificadas dentro de probable episodio de depresión mayor fue más alto en comparación con los hombres, ante tales resultados concluyeron que no hay duda de que la depresión, sobre todo en sus formas más severas, se presenta con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres.

En la última Encuesta Nacional Epidemiológica Psiquiátrica realizada en México, cuya población blanco fue la población no institucionalizada de 18 a 65 años de edad y residentes en áreas urbanas, la cual se llevo a cabo en los períodos de septiembre del 2001 a mayo del 2002, logrando un total de 5826 entrevistas, se encontró que los trastornos más frecuentes entre las mujeres fueron los

trastornos afectivos (depresión mayor) y los trastornos de ansiedad, mientras que para los hombres fueron los trastornos por uso de sustancias (Medina et al., 2003).

En otras investigaciones, la diferencia de género más importante y mejor documentada se refiere al hecho de que mientras que las mujeres son más propensas a intentar el suicidio (tres veces más que los hombres), son los hombres quienes llevan a cabo un intento letal, por lo que aproximadamente el 65% de los suicidios son cometidos por hombres. Se destaca que son las mujeres quienes tienen mayor probabilidad de haber recibido tratamiento psiquiátrico que los hombres y de haber comunicado su intento, tanto a su familia como a los profesionales (Leibenluft, 2001).

Los frecuentes hallazgos de las investigaciones internacionales y en la población mexicana, confirman que los trastornos afectivos en la mujer son más frecuentes que en los hombres. Diversas investigaciones reportan que las mujeres tienen el índice más alto de depresión mayor en comparación con los hombres existiendo una relación de 2:1 (García y Roche, 2002; Lara, 1999; López, 2003; Ramírez, 2004; Zuñiga, 2003).

Por su parte, Huerta (2000) sostiene que la mujer por el sólo hecho de pertenecer al sexo femenino tiene más riesgo de experimentar con mayor frecuencia síntomas de depresión y ansiedad.

Se ha teorizado que las razones para que existan estas diferencias podrían ser factores hormonales producidos por los partos y por otros diferentes factores psicosociales en el caso de las mujeres, y por modelos conductuales de indefensión aprendida, en los hombres (Kaplan, 1996, cit. en López et al., 2004).

En algunas investigaciones se reporta que las diferencias en el comportamiento entre el sexo masculino y femenino se deben en gran medida a la acción de la organización neural durante la etapa prenatal, que depende de las hormonas sexuales. En Huerta (2000) se reporta que las alteraciones afectivas de la mujer comienzan desde la adolescencia; algunos estudios indican que los cambios en el estado de ánimo y las alteraciones en el comportamiento y la función social son significativamente más frecuentes en las adolescentes (49.8%) que en las mujeres adultas (34.4%).

Otras áreas de investigación, se enfocan en el estudio de las diferencias de género en la estructura y la función cerebral. Se ha encontrado que el índice medio de síntesis de serotonina en los hombres normales es de 52% más alto que en las mujeres normales. Por otra parte, estudios recientes han mostrado mayor actividad cerebral lateralizada en los hombres que en las mujeres al realizarse algunas pruebas de fluidez verbal. Las posibles disimilitudes de género en las diferencias laterales del cerebro resultan interesantes para los investigadores de trastornos emocionales porque existen muchos trabajos que indican que el proceso emocional del cerebro puede estar lateralizado. Así pues, se ha encontrado que en los individuos cuyas pruebas de electroencefalograma muestran hipoactividad en el lado central-izquierdo tiende a tener estilos de vida más depresivos. En otros estudios, se ha descubierto que el riesgo de depresión después de un accidente cerebrovascular va en relación con la ubicación de la lesión, si se encuentra del lado izquierdo y cerca del polo frontal se asocia con un aumento en el riesgo de padecer depresión (Leibenluft, 2001).

Por otra parte, se ha propuesto una hipótesis que afirma que las diferencias de género con respecto al trastorno de depresión mayor se deben a ciertos mecanismos esteoroides gonadales sexualmente dimórficos (por ejemplo, fluctuaciones en los niveles de estrógeno y progesterona con el ciclo menstrual). Es importante destacar que los esteroides gonadales ejercen efectos de organización y activación (Leibenluft, 2001).

Por su parte, Weissman y Klerman en 1977 (cit. en Arieti y Bemporad, 1993) contemplaron la posibilidad de que el predominio de mujeres depresivas reflejado en las estadísticas fuera producto de un artificio. Tomaron en cuenta que las mujeres son más propensas que los hombres a percibir y reconocer los problemas depresivos, y por consiguiente solicitar ayuda profesional, con lo cual podría explicarse las diferencias halladas entre ambos sexos, sin embargo, descartaron dicha posibilidad, llegando a la conclusión de que el predominio de las mujeres depresivas es real y no fruto de un artificio.

Algunos estudios han demostrado que la edad de la menarquia es un factor de vulnerabilidad para que las jóvenes experimenten problemas de depresión, ansiedad, percepción de estrés y baja autoestima. Se reporta que en la mujer durante la edad reproductiva son frecuentes las variaciones en el estado de ánimo durante el período premenstrual. De igual manera, en la perimenopausia la mujer presenta mayores problemas de depresión que la mujer pre y postmenopausica. En un estudio en la ciudad de León, Guanajuato, con 860 adolescentes, se demostró que hay una relación positiva entre el desarrollo sexual y los problemas de la afectividad (Huerta, 2000).

En otros estudios, se demuestra que las niñas son más susceptibles a sufrir alteraciones de ánimo como resultado de la interacción de los factores biológicos, sociales y del desarrollo, pues se ha encontrado que los síntomas de depresión y ansiedad se relacionan con el ciclo menstrual y con aspectos de estilo de vida de la mujer. A este respecto, existen estudios que han relacionado el estilo de vida de la mujer con los problemas en su estado de ánimo, en los cuales se ha demostrado que las mujeres posmenopáusicas económicamente activas tienen menos índices de depresión que las que no trabajan. Por su parte, Huerta (2000) advierte que los hábitos de alimentación, el ejercicio físico y la obesidad pueden influir en los problemas emocionales de la mujer perimenopausica.

En otros estudios realizados en las ciudades de León, Guanajuato y Guadalajara, Jalisco se encontró que las adolescentes que habitan en las zonas urbanas de Guadalajara tenían problemas afectivos con más frecuencia que las adolescentes que habitan en zonas urbanas más pequeñas como en la ciudad de León. En un estudio transversal, donde participaron 502 mujeres de las zonas urbanas y rurales del estado de Jalisco y Guanajuato se encontró que las mujeres que habitan en las zonas urbanas manifiestan un mayor grado de síntomas depresivos, irritabilidad, agresividad y deseo sexual que las mujeres de las zonas rurales, con lo cual se demuestra que los ambientes físicos intervienen en la presencia de síntomas depresivos y de ansiedad (Huerta, 2000).

Por otra parte, diversos autores se han ocupado de la relación entre el matrimonio y la depresión; en particular Gove en 1972 (cit. en Arieti y Bemporad, 1993), llegó a la conclusión de que el matrimonio tiene un efecto protector en los hombres y perjudicial en las mujeres. Así mismo, se ha encontrado que la tasa relativa de enfermedad mental es menor en las mujeres solteras, divorciadas y viudas que en los hombres del mismo estado civil; sólo en las mujeres casadas la frecuencia es mayor que en los hombres casados.

Siguiendo la misma línea, en Fernández (1994) se reporta que las personas separadas y divorciadas muestran las tasas más altas de depresión y las que se mantienen casadas las más bajas. En cualquier caso la distribución del porcentaje de depresivos se ajusta a la siguiente escala, de menor a mayor frecuencia: hombres casados; mujeres casadas; mujeres solteras y viudas; hombres solteros, viudos, separados y divorciados y mujeres separadas y divorciadas.

En otras investigaciones se ha encontrado que existe un aumento en la incidencia de la depresión en las personas separadas o divorciadas que viven en los países occidentales y que nacieron después de la segunda guerra mundial (García y Roche, 2002).

Por su parte, Fernández (1994) identificó ciertas características sociales que incrementan la frecuencia de la depresión en la mujer, algunas de las cuales se han de estimar en forma asociada, así por ejemplo, la mujer con niños pequeños perteneciente a la clase trabajadora se encuentra en mayor riesgo ante la depresión que la mujer de clase media con niños; pero si no hay niños no hay diferencia de riesgo entre ambas clases. Para dar mayor claridad a este respecto, Fernández (1994) expuso los siguientes factores asociados a la depresión de la mujer:

- Pérdida de la madre por muerte o por separación antes de los once años de edad.
- Existencia de tres o más hijos menores de catorce años.
- Estrato social inferior (con hijos pequeños)
- Relación matrimonial no satisfactoria, divorcio o separación.
- Carencia de una actividad profesional.

Fernández (1994) sostiene que el rasgo aislado capaz de incrementar por sí mismo la frecuencia de la depresión en la mujer consiste en la relación conyugal o de pareja difícil o no satisfactoria, aunque no haya culminado en un proceso de divorcio o separación legal. Además, afirma que se debe tener en cuenta que el trabajo extradoméstico no protege siempre a la mujer frente a este trastorno. Así mismo, argumenta que la especial vulnerabilidad de la mujer ante esta afectación se refiere sólo a las depresiones situacional y neurótica, ya que la endógena determinada por factores genéticos, se extiende de forma equilibrada entre las poblaciones masculina y femenina.

Por su parte, López (2003) reporta las siguientes características como factores de riesgo para la depresión en la mujer:

- Historia familiar de desórdenes del estado de ánimo.
- Historia pasada personal de desórdenes del estado de ánimo en etapas tempranas reproductivas.
- Pérdida de un pariente antes de los 10 años de edad.
- Historia de abuso sexual o físico en la infancia.
- Uso de anticonceptivos orales, especialmente aquellos con alto contenido de progesterona.
- Uso de estimulantes gonadotróficos como parte del tratamiento de infertilidad.
- Persistencia de estresores psicosociales.
- Pérdida del sistema de soporte social o amenaza de dicha pérdida.

Arieti y Bemporad (1993) afirman que la cultura en general juega un papel importante en los conflictos femeninos, pues hace que la mujer esté más predispuesta que el hombre a resignar su autodeterminación y sus facultades personales y por ende adoptar una postura masoquista; argumentan que la participación de la cultura consiste en dificultar que la mujer tome conciencia de la anomalía de su situación. Por otra parte, estos autores sostienen que sobre todo en el pasado y aún en la actualidad, las mujeres han tenido menos oportunidades que los hombres de ocupar los puestos de mayor jerarquía como partidos políticos, instituciones gubernamentales, iglesias, universidades, etc., con lo cual muchas mujeres sufren a causa de dicha discriminación. Pese a ello, refieren que esta discriminación no conduce a depresiones profundas con tanta frecuencia.

Finalmente, Fernández (1994) menciona que las amas de casa son las principales víctimas de los trastornos depresivos. Afirma que los factores que pueden dar lugar a una depresión en ellas se concretan principalmente en cuatro series: las pérdidas, las separaciones, los estresores, el aislamiento y los cambios de horario. Así mismo, sostiene que esta ama de casa cuenta con un estrés sumamente importante, que es el económico así como la situación de aislamiento inducida por las escasas oportunidades para hablar y encontrarse con otras personas. Por último, afirma que el incremento de las parejas sin hijos predispone una especie de nido vacio con lo cual se incrementa el riesgo de incomunicación.

SINTOMATOLOGÍA Y/O CUADRO CLÍNICO

El estado de ánimo puede ser normal, elevado o deprimido. Habitualmente, las personas experimentan un amplio abanico de estados de ánimo y de expresiones afectivas, sin embargo, sienten que tienen cierto control sobre su estado de ánimo y su afectividad. En los trastornos del estado de ánimo se pierde esta sensación de control y se experimenta un fuerte malestar general. Los pacientes con depresión muestran pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, dificultad para concentrarse, pérdida del apetito y pensamientos de muerte o suicidio. Otros signos y síntomas de los trastornos del estado de ánimo consisten en cambios en el nivel de la actividad, de las funciones cognoscitivas, el lenguaje y las funciones vegetativas (como el sueño, apetito, actividad sexual y otros ritmos biológicos). Estos cambios casi siempre originan un deterioro del funcionamiento interpersonal, social y laboral.

De acuerdo a Fernández (1994), una persona con depresión suele presentar distintas características (signos y síntomas como diría el psiquiatra), suele sentirse profundamente triste y pesimista para todo; carente de esperanzas, incluso para moderar sus sufrimientos ya que los considera irreversibles. Son frecuentes las actitudes de autodevaluación, así como el sentimiento de culpa, ilustrado con autorreproches. La persona deprimida se encuentra incapacitada para experimentar cualquier tipo de placer, satisfacción o alegría, rasgo conocido como anhedonia; se pierden o están ausentes la ansia del poder, la apetencia sexual y las ambiciones personales. Este individuo también presenta síntomas corporales, entre los cuales destacan las sensaciones de rigidez, pesadez o pérdida general del tono muscular. Habitualmente, surgen molestias corporales como los dolores de cabeza, cara, boca del estomago, espalda, etc., sensaciones de tensión en la nuca y la zona precordial, hormigueos (cabeza, manos, pies) y picores en la región genital principalmente. Además, la persona depresiva tiene tendencia a la hipocondría, ya que convierte el cuerpo en el centro de su atención y sus preocupaciones, lo que junto con los temas económicos y morales, constituyen los únicos intereses.

Para Méndez (2005) la depresión se caracteriza por un estado de ánimo disminuido, falta de energía, falta de interés en la vida, trastornos de la concentración y de la memoria, pesimismo, autocritica extrema, desesperanza acerca del futuro sin ninguna historia alterna posible ante el dolor de la pérdida, agrega que la raíz de la depresión se halla en los profundos miedos y preocupaciones.

CLASIFCACIÓN

El tema de la clasificación de las depresiones no está totalmente resuelto, pues como se pudo observar, a lo largo de la historia la depresión ha transcurrido en una dicotomía entre la endógena y la no endógena (reactiva o neurótica). Se han propuesto diversas clasificaciones de acuerdo a la etiología, la sintomatología, la repuesta al tratamiento, la edad, etc. Pese al gran número de propuestas, se ha podido llegar a un consenso estableciendo dos grandes o principales clasificaciones internacionales, todo ello con el fin de que exista acuerdo entre los distintos profesionales de la salud mental.

En este apartado primeramente se realizará una breve explicación de las dos principales clasificaciones internacionales, para posteriormente realizar una comparación y descripción detallada sobre una forma de clasificación de la depresión basada en su etiología; como ya se ha mencionado, cabe aclarar que exiten otras formas de clasificación del trastorno en cuestión.

La American Psichiatric Association (APA) propone su clasificación por medio del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV); por su parte, la Organización Mundial de Salud Mental sugiere una clasificación que se publica en la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales en su décima edición (CIE-10).

En lo que respecta al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), la sección de los trastornos del estado de ánimo incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Esta sección se divide entres partes: La primera describe los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaniaco). Estos episodios no tienen códigos diagnósticos y pueden diagnosticarse como entidades independientes; sin embargo, sirven como fundamento para el diagnóstico del trastorno. La segunda parte, describe los trastornos del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar I).

Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos (trastorno unipolar), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Los pacientes que únicamente sufren de episodios depresivos se dice que padecen de un trastorno depresivo mayor, llamada también en ocasiones depresión unipolar. De acuerdo al DSM-IV, un trastorno depresivo mayor se define por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maniacos, mixtos o hipomaníacos. Un episodio depresivo mayor debe durar al menos dos semanas, típicamente la persona está deprimida o deja de interesarse por la mayoría de sus actividades. Para diagnosticar un trastorno depresivo mayor también se deben cubrir al menos cuatro síntomas de una lista que incluyen: cambios en el apetito y peso, cambios en el sueño y en nivel de actividad, pérdida de energía, sentimientos de culpa, disminución de la capacidad para pensar y tomar decisiones, e ideas recurrentes de suicidio y muerte.

Por su parte, la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales (CIE-10) describe los trastornos del humor (afectivos) como una alteración del humor o de la afectividad por lo general en el sentido de la depresión o en el de la euforia que va o no acompañada de ansiedad. El cambio de humor está acompañado de un cambio en el nivel de actividad y la mayoría del resto de los síntomas son consecuencia de tales cambios. Se trata de episodios recurrentes y el inicio de cada episodio suele estar relacionado con acontecimientos o situaciones estresantes.

DEPRESIONES PSICÓTICAS-ENDÓGENAS Y DEPRESIONES NEURÓTICAS-REACTIVAS

De una forma estricta, los términos psicótico y neurótico están referidos a la presencia o ausencia de un trastorno grave con ideas delirantes y alucinaciones y falta de contacto con la realidad, en tanto que endógeno y reactivo apuntan hacia la presencia o ausencia de factores precipitantes. Sin embargo, cabe destacar que existen cierto número de trastornos que no pueden ubicarse en la categoría psicótica o neurótica estrictamente. No obstante, trabajos recientes sugieren, en función de datos clínicos y terapéuticos que las depresiones psicóticas pudieran constituir una entidad clínica independiente (Roosed y Glassman, 1988; cit. en Vallejo, 1998). Lo mismo ocurre con la disyuntiva endógeno-reactivo, ya que los puntos de intersección entre ambos son frecuentes en la clínica y su origen no queda tan delimitado como los términos sugieren.

Sin entrar en la cuestión de si ambos tipos de depresión forman dos categorías separadas de trastornos (como lo defiende la escuela de Newcastle) o si son dos polos de un continuo (como lo sustenta Kendell), lo cierto es que en la práctica clínica se observan dos síndromes depresivos. Uno denominado endógeno que se solapa totalmente con lo que se denomina melancolía y se caracteriza

en general por: personalidad premórbida adecuada, ausencia en general de factores psicogenéticos desencadenantes, tristeza profunda y persistente, despertar precoz, pérdida de peso, variaciones diurnas y estacionales del humor (mejorías por las tardes y recaídas en primavera y otoño), fases depresivas anteriores, inhibición psicomotriz e ideas delirantes de desolación, de culpa e hipocondríacas, anomalías biológicas (disminución de la conductancia, mayor número de no supresores en el TSD, disminución de la respuesta de ACTH a la estimulación GRF, mayor anomalías polisomnográficas, aplanamiento de la respuesta de GH a la clodina y mayor afectación de la B en los receptores de la imipramina y 5-HT), un curso fásico y pronóstico favorable, con respuesta satisfactoria a las terapéuticas biológicas (psicofármacos, antidepresivos, electrochoques) (Vallejo, 1998).

El otro cuadro depresivo, denominado neurótico, situacional, reactivo, o psicógeno según los autores, está caracterizado por: rasgos neuróticos de la personalidad, psicogénesis del cuadro, ansiedad, agravación de los síntomas por la tarde, variaciones anárquicas que pueden oscilar de un día a otro, curso prolongado no estacional y pronóstico más favorable, con respuesta más pobre que las depresiones endógenas a las terapéuticas antidepresivas habituales y mucho más sensible a la psicoterapia. En la figura 2, se pueden ilustrar tales diferencias entre la depresión endógena y la depresión neurótica.

Fig. 2 Diferencias entre Depresión Endógena y Neurótica (Vallejo, 1998).

	DEPRESIÓN ENDÓGENA	**DEPRESIÓN NEURÓTICA**
Etiopatogenía	Gerencia Factores constitucionales Personalidad sana o melancólica	- Trastornos de desarrollo afectivo - Factores psicosociales - Personalidad neurótica
Inicio	Brusco (primavera-otoño)	Variable
Curso	Fásico	Continuo (fluctuaciones)
Afectividad básica	Tristeza vital	Tristeza, ansiedad
Ritmo diurno	Mejoría vespertina	Empeoramiento vespertino
Sueño	Despertar precoz	Insomnio inicial
Psicomotricidad	Inhibición-agitación	Ausencia de trastornos marcados
Ideas deliroides	Posibles	Ausentes
Suicidio	Posible	Excepcional
Historia familiar de trastorno afectivo	Frecuente Ruptura biográfica	Rara Continuidad biográfica
Análisis estructural	Frecuentes	Ausentes
Anomalías biológicas		
Terapéutica	- Respuesta positiva a la TEC y ADT. - Psicoterapia inoperante	- Respuesta relativa a los antidepresivos (superior en los IMAO) y negativa a la TEC. - Psicoterapia indicada
Respuesta placebo	Nula	Alrededor de 40%
Hipomanía Farmacógena	Posible	Ausente

De acuerdo a Fernández y López (1996), la depresión se clasifica como endógena o reactiva dependiendo de su etiología, es decir, si responde a estímulos del medio ambiente será reactiva y si no se encuentra alguna relación con estimulos externos, entonces, se le ubicará como endógena. Dentro de la depresión endógena existen dos formas: unipolar (sólo fases depresivas) o bipolar (alternancia de fases de mania y depresivas). La depresión de acuerdo a la clasificación inicial puede ser neurótica, limítrofe o asociada la psicosis.

Cabe mencionar que existen autores que se oponen a la existencia de depresiones endógenas y reactivas. Tal es el caso de Dörr (1993) un autor chileno, que sostiene que la distinción entre depresión endógena y reactiva carece de justificación; él afirma que todas las depresiones son endoreactivas; este mismo autor reporta que sus hallazgos fueron confirmados más tarde por Von Zerssen y sus colaboradores en Alemania.

CURSO DE LA ENFERMEDAD

Con respecto al curso de la enfermedad, Heinze et al. (2002) sostienen que el 50% de las personas deprimidas se recupera al año, mientras que cuatro años más tarde sólo se recupera el 18%. Diversos estudios epidemiológicos (Gargoloff et al., 2001 y Heinze et al. 2002) refieren que el 70% de los pacientes vuelven a presentar episodios depresivos subsecuentes relacionados principalmente con experiencias psicosociales estresantes.

De acuerdo a un estudio realizado en 1996 por Roth y Fonagy (cit. en Jiménez, 2003) se encontraron datos que muestran que el curso probable de la depresión varía de acuerdo con el subtipo considerado (depresión mayor, distimia o depresión doble) y con su cronicidad. En este mismo estudio, se encontró que en muchos pacientes la depresión es un trastorno crónico y la probabilidad de recuperación completa es baja, pues en general la depresión se caracteriza por alta probabilidad de recaídas.

Por su parte Ramírez (1996), refiere que el curso de la depresión en algunos casos puede evolucionar espontáneamente hacia la curación o mejoría, pero en su mayoría tienden a la cronicidad al no efectuarse un tratamiento adecuado.

Es importante recalcar que la recaída es un rasgo común de la depresión. Sin el tratamiento adecuado, del 50 al 60% de los individuos que han tenido algún episodio único de trastorno depresivo mayor pueden esperar tener un segundo episodio dentro del primer año. Para muchos, esta recaída del primer año marca el principio de un ciclo de episodios que puede llegar a la depresión crónica en el 25% de los casos. La depresión puede tratarse exitosamente, pero a causa del estigma asociado con la admisión de dificultades emocionales sólo cerca de un tercio de los pacientes con depresión buscan ayuda de un especialista (García y Roche, 2002).

TRATAMIENTO

El tratamiento de los pacientes con depresión debe ir dirigido a diferentes objetivos. Primero, garantizar la seguridad del paciente; segundo, llevar a cabo una completa evaluación diagnóstica del paciente y tercero, establecer un plan terapéutico que no sólo se encamine a los síntomas inmediatos, sino al bienestar posterior del paciente.

Para el trastorno depresivo al igual que para otros trastornos existen un sin número de tratamientos, entre los cuales se destacan los siguientes:

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La utilización de los antidepresivos se inicio en la década de 1950 con los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de la monoaminoxidasa y las sales de litio, pero fue a finales de la década de 1980 cuando surgieron los inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina, los noradrenérgicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina con bloqueo de los receptores postsinápticos 5HT2 y los inhibidores selectivos y reversibles de la monoaminoxidasa (Chinchilla, 1999).

Inhibidores de la Monoaminooxidasa

Entre los antidepresivos clásicos, casi en desuso en la actualidad pero indudablemente eficaces para determinados cuadros destacan los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO).

La inhibición de la monoaminooxidasa (MAO) genera grandes cambios como consecuencia de la elevación en la concentración de monoaminas en el cerebro (serotonina, noradrenalina y dopamina) y otros tejidos (feniletilamina, triptamina y tiramina). Dicha elevación conduce a una disminución en el firing neuronal del locus cueruleus y del núcleo del rafe. Por lo que hay una reducción en la síntesis de aminas por feedback y alteraciones en el número y sensibilidad de receptores de neurotransmisores (Chinchilla, 1999).

Por otra parte, entre los **efectos secundarios** más frecuentes de los IMAO destacan:

- Hipotensión postural (50% de los casos).
- Déficit de piridoxina.
- Disminución de la libido, disfunción eréctil y anorgasmia.
- Edema periférico por aumento de la permeabilidad capilar.
- Reacción lupus like (muy rara).

El efecto secundario más remitido y peligroso y que limita en gran parte la utilización excesiva de los IMAO es si duda la crisis hipertensiva, que puede poner en peligro la vida del paciente si no es diagnosticada y tratada adecuadamente (Chinchilla, 1999).

Antidepresivos Tricíclicos y Heterocíclicos

Por las características farmacodinámicas, este tipo de fármacos genera una inhibición de la recaptación de noradrenalina o serotonina (Chinchilla, 1999).

Entre los **efectos secundarios** más frecuentes de los triciclicos se encuentran los siguientes:

- Sequedad de boca
- Estreñimiento
- Pérdida de la acomodación visual
- Retensión urinaria
- Alteraciones de la memoria
- Toxicidad anticolinérgica central que puede llegar al delirium
- Fatiga
- Disminución de la energía
- Lasitud
- Hipersomnia
- Palpitaciones
- Taquicardia leve
- Descención de la presión sistólica
- Temblor
- Parestesias
- Neuropatía periférica
- Convulsión generalizada
- Mioclonias
- Disminución de la libido
- Disfunción de la erección y eyaculación
- Anorgasmía
- Aumento de peso
- Edema
- Sudación

Antidepresivos de Nueva Generación

Se conoce como antidepresivos de nueva generación a los que aparecieron posteriormente a los triciclicos, los tetraciclicos y los IMAO. Este grupo de fármacos representa un grupo heterogéneo que abarca desde los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) a moléculas muy recientes como la mirtazapina y la nefazodona o la reboxetina pasando por la ventalafaxina (Chinchilla, 1999).

1. Inhibidores Selectivos de la Recapatación de Serotonina

Los inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina (ISRS) son los medicamentos que tienen una dosificación más segura, aunque se dice que los síntomas disminuyen en dos o tres semanas (Chinchilla, 1999).

Los ISRS (Fluoxetina, paroxetina, fluvoxamina, sertralina y citalopram) son antidepresivos cuyo mecanismo de acción consiste en la inhibición de la recaptación de la serotonina en el terminal sináptico. En la actualidad son los antidepresivos más utilizados (Chinchilla, 1999).

En lo que refiere a los **efectos secundarios**, los ISRS han puesto un avance con respecto a los antidepresivos triciclicos al evitar gran parte de los efectos secundarios, pues no presentan efectos secundarios anticolinergicos, ni producen sedación excesiva. No obstante, el propio carácter selectivo de estos antidepresivos puede traer consigo la propia aparición de nuevos problemas relacionados con cuestiones serotoninérgicas. Destacan las alteraciones gastrointestinales en la forma de nauseas, vómitos, diarreas, pérdida de apetito y efectos sobre la esfera sexual.

Entre las características de estos fármacos se debe tener en cuenta, la afectación del sistema hepático de los citocromos, la posibilidad de aparición de un síndrome serotoninérgico, así como problemas relacionados con la discontinuación del fármaco (Chinchilla, 999).

2. Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina: Venlafaxina (IRSN)
Este fármaco impide la recaptación de la noradrenalina, lo que marca la diferenciaron con los ISRS. Dicho fármaco no actúa sobre los receptores histiamínicos, adrenérgicos nimuscarínicos, con lo que se minimizan los efectos secundarios. Surgen **efectos secundarios** mínimos con respecto al área sexual, afectación gastrointestinal, efectos relacionados con la actividad serotoninérgica. Hay un efecto secundario en relación con el aumento de dosis. Otro efecto secundario está relacionado con el aumento de la presión arterial sistólica (Chinchilla, 999).

3. Antidepresivo noradrenérgico y serotoninérgico específico: Mirtazapina
El mecanismo de acción de este fármaco tiene una acción multifactorial. Entre los **efectos secundarios** más comunes se encuentran la somnolencia, sedación y sequedad de boca, así como aumento de peso (Chinchilla, 999).

Para terminar la descripción de este tipo de tratamiento, cabe mencionar que en Jiménez (2003) se afirma que el tratamiento farmacológico de larga duración es hasta ahora el único método que muestra efectividad en la prevención de recaídas.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

En los últimos diez años se ha discutido el papel de la psicoterapia en el tratamiento de la depresión y se ha propuesto como primera línea de tratamiento y como parte de un tratamiento integral (Persons, 1996; cit. en López et al., 2004)

Diversas investigaciones indican que sólo el 60-65% de los pacientes tratados farmacológicamente muestran una mejoría definitiva como resultado del tratamiento con antidepresivos triciclicos (cit. en Ramírez, 1999).

Por su parte, Dörr (1993) sostiene que el tratamiento con fármacos generalmente no mejoran los cuadros depresivos, por el contrario el paciente se siente más decaído e impedido intelectualmente, además de adquirir una seria dependencia hacia este tipo de fármacos.

Existen muchos factores que intervienen en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico, tales como los efectos secundarios, el alto costo de los medicamentos, además de que muchos de los medicamentos pueden causar dependencia, lo que complica todavía más la situación del paciente con depresión. Y por último la mayoría de los medicamentos son prescritos por médicos, sin llevar a cabo una evaluación satisfactoria, ya que no se toman en cuenta aspectos como la personalidad, temperamento o carácter (Ramírez, 1999).

Siguiendo la misma línea, es posible que a la larga, la dependencia excesiva a los fármacos pueda impedir indirectamente la utilización de los propios métodos psicológicos por parte de los pacientes a fin de hacer frente a la depresión. La amplia literatura sobre la “atribución” apunta a la posibilidad de que los pacientes tratados con fármacos atribuyan sus problemas a un desequilibrio químico y la mejoría a los efectos de los medicamentos. Consecuentemente, como indican las investigaciones psicológicas los pacientes pueden estar menos capacitados para aprovechar o desarrollar sus propios mecanismos para manejar la depresión. La tasa relativamente alta de recaídas de pacientes tratados con fármacos indica que este argumento puede ser valido. Así mismo, el hecho de que la tasa de suicidios no haya disminuido a pesar del amplio uso de antidepresivos sugiere que, aunque la

quimioterapia puede resolver temporalmente las crisis de suicidios no tiene efectos mantenedores que inoculen al paciente contra su nuevo intento de suicidio en el futuro (Ramírez, 1999).

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) y el Centro de Investigación y Políticas para la Salud (CIPS), han estudiado y evaluado las líneas de investigación de la psicoterapia en el tratamiento de la depresión. Según la APA, la terapia cognitiva reduce los síntomas de la depresión, pero no se encuentran diferencias al compararlas con el efecto placebo. Se obtiene buenos resultados en la fase aguda de la depresión leve y moderada. Según el CIPS, la terapia cognitiva es la que tiene mejores resultados en el tratamiento de la depresión (López et al., 2004).

Para el CIPS, la psicoterapia dinámica breve es eficaz en un 35%, tiene menor efecto que otras terapias y comparada con el tratamiento farmacológico su efectividad es sólo de 8.4%. La APA indica que esta psicoterapia puede usarse combinada con el tratamiento farmacológico, pero debido a que no ha sido lo suficientemente estudiada, no hay conclusiones sobre su eficacia como tratamiento único. De acuerdo al CIPS, la psicoterapia conductual es la más eficaz de todas y comparada con el tratamiento farmacológico, es efectiva en un 24 % (López et al., 2004).

La consideración global de los estudios meta-analíticos en este campo sugiere que los pacientes obtienen un provecho clínico significativo de las intervenciones psicoterapéuticas (Jiménez, 2003).

Por lo antes mencionado es de vital importancia que dentro del tratamiento de la depresión existan un tratamiento de carácter psicológico. Dentro de este tipo de tratamiento existen diferentes enfoques cada uno con sus propias formas de intervención. Entre los tratamientos psicológicos se encuentran la Terapia Cognitiva de Aaron T. Beck, una de las cuales ha mostrado gran eficacia en el tratamiento de la depresión, por lo que a continuación se describe brevemente.

Tratamiento de la depresión bajo en modelo de Aaron T. Beck

La Terapia Cognitiva, es una terapia breve con un enfoque estructurado, activo, directivo y a tiempo limitado, que se centra sobre todo en la identificación y modificación de pensamientos o cogniciones distorsionadas y que utiliza diversas técnicas de intervención (Compas y Gotlib, 2003 y Jiménez, 2003).

En general al clínico cognitivo le interesa menos que al dinámico investigar como han surgido las ideas y las conductas desadaptativas. Los clínicos conductistas y cognitivo-conductuales focalizan el estudio más bien en el cómo se mantienen estos aspectos (Jiménez, 2003).

La Terapia Cognitiva de Aaron T. Beck (Beck y Feeman, 1995) distingue tres objetivos generales en el tratamiento del síndrome depresivo:

1º Modificación de los síntomas objetivos. Consiste en tratar los componentes cognitivos, afectivos, motivacionales, conductuales y fisiológicos que conforman el síndrome. En función de la urgencia y acceso de modificación inicial, el psicoterapeuta inicia su abordaje.

2º Detección y modificación de los pensamientos automáticos, como productos de las distorsiones cognitivas.

3º Identificación de los supuestos personales y modificación de los mismos.

En resumen, los objetivos del tratamiento van dirigidos a la modificación del estado depresivo, desde los factores mas sintomáticos (interrelaciones entre cogniciones-afectos-conductas), a los factores subyacentes de tipo cognitivo (distorsiones y supuestos personales) (Beck y Feeman, 1995).

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

- Técnicas Conductuales

Beck indica que en las primeras fases de la terapia cognitiva, especialmente con los pacientes más deprimidos, suele ser necesario que se establezca el nivel de funcionamiento que tenía el paciente antes de la depresión. El bajo nivel de actividad se relaciona con la autovaloración del paciente (por ejem: “Inútil”, “Incapaz”) y con el estado de ánimo depresivo. Las técnicas conductuales utilizadas en la terapia cognitiva tienen una doble finalidad: 1) Producir un incremento en el nivel de actividad, modificando la apatía, pasividad y falta de gratificación del paciente y, 2) facilitar la evaluación empírica de sus pensamientos automáticos y significados asociados (por ejem: incompetencia, inutilidad, incontrolabilidad). Las principales técnicas conductuales utilizadas en el abordaje de la depresión son:

1- Asignación Gradual de Tareas: El psicoterapeuta contrarresta la creencia del paciente sobregeneralizada de incapacidad poniéndola a prueba (“¿Podríamos comprobar tu creencia de que eres incapaz de...?”). Para ello, entre paciente y psicoterapeuta se establecen objetivos-tarea graduales, adecuándolas al nivel de funcionamiento del paciente e incrementando de modo creciente su dificultad, a medida que progresa con ellas. Esto permite al paciente aumentar sus expectativas de autoeficacia.

2- Ensayo Cognitivo: A veces, el paciente necesita como paso previo a la realización de una tarea, el ser capaz de verse afrontándolas. Se puede ensayar con el paciente, imaginariamente los pasos implicados en una tarea. Esto puede permitir al paciente quitarle el carácter dramático a las tareas dificultosas.

3- Programación de Actividades Diarias: El psicoterapeuta y el paciente programan tareas diarias que pueden posibilitar el aumento de gratificaciones (refuerzos) para el paciente; o como tareas distractoras en los momentos de malestar.

4- Técnica del Dominio y Agrado: El paciente valora el dominio logrado en las actividades programadas, así como el placer logrado con su realización. Esto puede permitir al psicoterapeuta reprogramar actividades con el paciente, de modo que aumente su dominio o agrado, así como corregir distorsiones cognitivas que pudieran surgir.

5- Ejecución de Roles: Mediante el modelado y la inversión de papeles, el psicoterapeuta puede generar puntos de vista alternativos a las cogniciones disfuncionales y habilidades de resolución de problemas.

6- Entrenamiento Asertivo: Algunos pacientes depresivos debido a sus creencias disfuncionales, suelen inhibir sus conductas de defensa de sus derechos personales o sus expresiones de deseos y opiniones personales. El psicoterapeuta puede presentar esos “derechos”, pidiendo la opinión del paciente sobre si los lleva a cabo, valorando las ventajas de hacerlo y el modo de llevarlo a cabo.

- Técnicas Cognitivas

Estas técnicas tienen diversas finalidades, entre las cuales destacan las siguientes:

1) Eliminar los pensamientos automáticos que expresan las distorsiones cognitivas,
2) Comprobar el grado de validez de los pensamientos automáticos,
3) Identificar los supuestos personales y
4) Comprobar la validez de los supuestos personales.

El psicoterapeuta puede valerse de diversas técnicas cognitivas para para evaluar y validar las ideas y conclusiones del paciente. Dos técnicas dirigidas a incrementar la objetividad de paciente son 1) reatribución (se emplea cuando el paciente atribuye de forma poco realista, las consecuencias negativas de una deficiencia personal como la falta de capacidad o de esfuerzo), aquí el paciente y el psicoterapeuta revisaran los acontecimientos relevantes y aplicarán leyes lógicas a la información disponible con objeto de atribuir la responsabilidad a quien verdaderamente le corresponda, y 2) Conceptualización alternativa, se refiere a la investigación activa de otras interpretaciones o soluciones de los problemas de los pacientes. Este procedimiento constituye la piedra angular de la resolución adecuada de los problemas (Beck et al. 1983).

Después de abordar el tema de la depresión, se puede observar que pese a que es uno de los trastornos más estudiados desde tiempos remotos, por las características de dicho trastorno aún quedan divergencias en cuanto a la conceptualización, la clasificación, la etiología y el tratamiento. No obstante, es un hecho que hablar de depresión es hablar de un problema de gran magnitud, no solo por la prevalencia de éste, sino por las repercusiones que se generan en los distintos niveles (individual, familiar, social y económico), por lo cual es de suma importancia seguir ahondando en dicho tema.

CAPÍTULO 2

PSICOTERAPIA

A lo largo de la vida, algunas personas buscan la ayuda de otras cuando no cuentan con las habilidades suficientes para manejar sus propios problemas, tal es el caso del apoyo psicoterapéutico. La mayoría de la gente común, cuando tiene dificultades emocionales y necesita de ayuda profesional, sigue resistiéndose a admitirlo y por consiguiente niega tener dichas dificultades. Antes de que una persona se decida a dar los primeros pasos en busca de un tratamiento psicoterapéutico, se requiere que su difícil situación sea tan severa que la lleve a sobreponerse a su inhibición (Strong y Claiborn, 1985).

En los últimos años el campo de las psicoterapias ha emergido en forma creciente y significativa, esto debido al incremento de la demanda de atención psicoterapéutica (Solis, 2002). No obstante, el trabajo psicoterapéutico suele ser muy complejo y variado debido a distintos factores referentes al paciente, al psicoterapeuta, a la orientación psicoterapéutica y a la problemática en sí, mismos que se abordaran en el presente capítulo. Así mismo, es preciso dar un recorrido a través de la historia de la psicoterapia con la intención de conocer como ha ido cambiando a lo largo del tiempo el concepto, así como las formas de psicoterapia y sus clasificaciones actuales, esto sin dejar a un lado la definición del tema en cuestión. De igual manera, se abre un apartado dirigido a ubicar los resultados de la psicoterapia, así como los agentes de cambio psicoterapéutico. Al final del capítulo se exponen brevemente las situaciones indeseables del proceso psicoterapéutico para concluir con un apartado dirigido a la Ética en la Psicoterapia.

DEFINICIÓN DE PSICOTERAPIA

Existe un sin número de definiciones de distintos autores basadas en diferentes enfoques, por lo cual es difícil dar una definición integral y satisfactoria para todos los profesionales que se dedican a la psicoterapia, no obstante, a continuación se mencionan algunos de los conceptos utilizados por diferentes teóricos para referirse al término en cuestión, a fin de encontrar los puntos comunes de dichos conceptos.

Etimológicamente la palabra ***Psico*** proviene del griego *Psiche* cuyo significado es espíritu, alma o ser, mientras que la palabra ***terapia*** proviene del griego, *terapéuticos* que significa asistente o aquel que cuida del otro. Por lo tanto **psicoterapia** significa cuidar o asistir al espíritu, al corazón o al ser de otra persona. De acuerdo a Kleinke (1995), los psicoterapeutas hacen esto escuchando a sus clientes, ofreciendo comprensión y respeto hacia ellos, a fin de apoyarles a encontrar soluciones a sus dificultades.

Desde años atrás, varios autores han tratado de definir a la psicoterapia, tal es el caso de Shaw, quien en 1969 en su libro *Psiquiatría Infantil* sostuvo que la psicoterapia era el tratamiento por medios psicológicos y por medio de la comunicación directa entre el paciente y el terapeuta, donde existe intercambio de expresiones verbales y no verbales, siendo su finalidad la de mejorar la adaptación de la vida del paciente, disminuyendo así los síntomas perturbadores y liberando los conflictos internos.

Una definición propuesta por Frank (cit. en Kleinke, 1995) afirma que la psicoterapia es una interacción planificada, cargada de emoción y de confianza entre un sanador socialmente reconocido y una persona que sufre. Durante esta interacción el sanador busca aliviar el malestar y la discapacidad de la persona que sufre mediante comunicaciones simbólicas, principalmente palabras, pero también mediante actividades corporales. El sanador puede implicar o no a los familiares y a otras personas significativas del paciente en el proceso de curación. A menudo, la psicoterapia implica también ayudar al paciente a aceptar y soportar el sufrimiento como aspecto inevitable de la vida que puede ser utilizado como una oportunidad para el crecimiento.

Para González y Revuelta (1994) la psicoterapia es una relación establecida a propósito y de manera voluntaria, en la que intervienen por lo menos dos personas, una que sabe lo que está haciendo y otra que quiere ayuda para mejorar su vida. Mientras que para Johnson (1990) la terapia es una experiencia intensa e intima que reúne a dos personas que en otras circunstancias, tal vez ni siquiera se fijarían en la presencia de la otra.

Por su parte, Laplanche y Pontalis (cit. en Bernardi, Defey, Garbardino, Tutté y Villalba, 2004) refieren que la psicoterapia es todo método de tratamiento de los desordenes psíquicos o corporales empleando medios psicológicos, de manera específica la relación terapeuta-paciente.

De igual forma Strong y Claiborn (1985) dan gran importancia a la relación psicoterapéutica sosteniendo que el consejo y la psicoterapia son artes de cambio y curación a través de la interacción personal. En los cuales, mediante conversaciones íntimas, las personas encuentran alivio a sus sentimientos dolorosos, así como sus dificultades.

Mientras que para Wolberg, (cit. en Bernardi et al. 2004) la psicoterapia es el tratamiento por medios psicológicos de problemas de naturaleza emocional, en el cual una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con el paciente, teniendo los siguientes objetivos:

- Eliminar, modificar o retardar síntomas existentes,
- Mediatizar patrones de conducta perturbados y
- Promover el crecimiento positivo de la personalidad y el desarrollo.

Para Wachtel (1996), la psicoterapia es el método de curación por medio del habla. Mientras que para otros autores como Vidal (2002) la psicoterapia es un tratamiento psicológico, fundamentado en una particular relación entre el paciente y su terapeuta, donde la confianza que se construye con actitudes y conductas a través del tiempo es uno de sus componentes básicos, así como la concepción de salud y enfermedad de la cultura en la cual están inmersos paciente y terapeuta.

Millon y otros teóricos de los modelos interpersonales (cit. en Bornstein y Bowen, 1995) han conceptualizado a la psicoterapia como una interacción social entre dos individuos en donde la personalidad y los estilos de cada uno juegan un papel importante en la determinación del curso y resultados de la interacción.

Existe un concepto de psicoterapia en el que se asume a ésta, como una relación de trabajo entre terapeutas y clientes; la cual tiene tres implicaciones importantes:

1) La patología no es necesariamente un constructo explicativo,
2) La meta es el cambio en lugar de la curación y
3) Los clientes son los responsables de establecer los cambios en sus vidas.

Bajo el concepto anterior, el objetivo de la psicoterapia no es la curación total, sino una mejoría significativa de las dificultades interpersonales del paciente incluyendo síntomas y comportamiento interpersonal desadaptativo (cit. en Kleinke, 1995).

Groos (1978) refiere que la mayoría de la gente llama psicoterapia al proceso en el cual paciente y terapeuta tratan de luchar a través de complejos infantiles y mecanismos de defensa para descubrir el *"POR QUÉ ".*

Desde una aproximación médica, se sostiene que la psicoterapia es la utilización de factores psicológicos en cualquier actividad médica y el desarrollo de técnicas especiales para el manejo preciso y eficiente de esos factores, por parte de un médico que se especializa en dichos procedimientos. Como se puede observar, bajo esta perspectiva el terapeuta no necesariamente es un psicólogo, sino también puede ser un psiquiatra, un neurólogo o cualquier persona que se capacite para dar terapia (Becerra, 2002).

La aproximación psicoterapéutica conductual, señala que la psicoterapia es un enfoque de solución de problemas, de cambio de conductas o de ayuda a la mejoría del comportamiento de una persona a través de la interacción interpersonal. En ella se entremezcla la evaluación y la intervención para generar valoraciones continuas de progreso. Por lo cual, las acciones del psicólogo deben surgir a partir de estas formulaciones basadas en datos y predicciones comprobadas. Entre estas acciones se encuentran: el entrenamiento asertivo, la desensibilización sistemática, el reforzamiento, establecimiento de contratos, etc. (Becerra, 2002).

Desde un enfoque humanista la terapia consiste en experimentar al si mismo (*sefl*) en una amplia variedad de formas dentro de una relación emocional significativa con el terapeuta (Rogers, 1993; cit. en Becerra, 2002).

Mientras que para el psicoanálisis la psicoterapia es un medio para promover el insight, es un instrumento para lograr un propósito determinado, el cual consiste en demostrar al paciente que su conducta actual está determinada por las experiencias en sus periodos tempranos de desarrollo (Becerra, 2002).

Después de analizar diversas definiciones de psicoterapia Bernardi et al. (2004), encontraron elementos comunes en cada una de ellas, destacando lo siguiente:

- La psicoterapia se basa en una relación profesional y humana de uno o varios pacientes con uno o varios especialistas,
- que utiliza determinados procedimientos psicológicos y conocimientos sobre el psiquismo,
- para promover el cambio psíquico, buscando aliviar un sufrimiento, o bien, favorecer el desarrollo de la persona y sus vínculos.

Por su parte, Feixas y Miró en 1993 (cit. en Ruiz y Cano, 1998) intentaron recabar lo común de las diversas definiciones, a partir de lo cual definen a la psicoterapia como un tratamiento ejercido por un profesional autorizado que utiliza medios psicológicos para ayudar a resolver problemas humanos, en el contexto de una relación profesional. Estos autores observaron que algunas definiciones resaltan el valor del proceso interpersonal entre cliente y terapeuta como característico de la psicoterapia. Mientras que otras definiciones, destacan fines específicos en términos de la personalidad del cliente, o de sus pautas de comportamiento. Cabe mencionar que algunos profesionales prefieren omitir el término psicoterapia porque no quieren ser identificados con la provisión de un tratamiento o cura.

Como se ha observado, establecer una definición de Psicoterapia es una tarea compleja, dado que existe una diversidad de enfoques psicoterapéuticos, mismos que difieren en cuanto a supuestos, objetivos de tratamiento, así como métodos para alcanzar dichos objetivos.

A este respecto, Parloff, (cit. en Ruiz y Cano, 1998) habla de la existencia de 130 enfoques terapéuticos; mientras que Corsini (*op. cit.*) en 1981 estimó que existen 250 enfoques aproximadamente. Por su parte, Bernardi et al. (2004) refieren que la estimación del número de psicoterapias ha pasado de 60 en los años de 1960 a 125 en el año de 1975, y 400 en 1986 reportando que el número de variedades sigue creciendo, mientras que Solis (2002) reporta que tan sólo en Estados Unidos se han detectado más de tres mil formas distintas de psicoterapias.

DESARROLLO HISTÓRICO DE LA PSICOTERAPIA

Los poderes curativos que fluyen entre las personas en interacción se conocen en la sociedad humana desde hace mucho tiempo. En la obra *Persuasion and Healinh* de Jerome Frank (cit. en Strong y Claiborn, 1985) se analiza la curación en las sociedades primitivas, la curación en el seno de la religión y las actuales prácticas de tratamiento psicológico, llegando a la conclusión de que la curación y el cambio son funciones de creencias, ideologías, carisma y rituales. En esta obra se sostiene que lo más importante es la fe o credibilidad que el paciente tenga en la eficacia del procedimiento de curación, lo cual lleva a suponer que el poder curativo de la fe reside en el estado mental del paciente.

Particularmente, las raíces de la psicoterapia se remontan hasta la cultura occidental, se cree que tiene su procedente en la magia, la medicina, la filosofía y la religión. Cabe mencionar que a lo largo de la historia, el hombre ha clasificado la conducta en normal y conducta anormal o desviada socialmente, por lo que a continuación se explica la forma en que se ha tratado de dar solución o alivio a dichas conductas anormales (Martínez, 2003).

A) Sociedades primitivas

En las sociedades primitivas las explicaciones sobre las causas de la conducta anormal se relacionaba con cuestiones sobrenaturales y místicas. Las explicaciones eran de tipo animista, por lo cual consideraban que la enfermedad se debía a un fenómeno de posesión, donde un alma extraña ocupaba el lugar del alma del paciente. La ceremonia terapéutica consistía en un ritual, ejercido por el hechicero o chaman (por lo general en presencia de la tribu), que tenía por objetivo el retorno del alma del paciente y la expulsión del alma posesiva. La práctica exorcista, consistía en tres formas distintas: la primera consistía en expulsar al espíritu maligno mediante procedimientos "mecánicos" como ruidos, malos olores o incluso golpeando al poseído; la segunda consistía en transferir el espíritu maligno a otro ser, que por lo general era un animal; y la tercera residía en intentar extraer el espíritu maligno por medio de conjuros o procedimientos psíquicos (práctica que luego retomó la Iglesia católica) (cit. en Ruiz y Cano, 1998).

B) Grecia y el mundo antiguo

Es en Grecia donde surge el origen de la psicoterapia actual, siendo Aristóteles y Platón los principales responsables de ello. Por su parte, Platón sostenía que el discurso bello produce un estado de armonía en todas las partes del alma, que facilita la acción de los productos químicos (Martínez, 2003).

Otro aspecto a destacar dentro de la sociedad griega fue la existencia de escuelas filosóficas (como la Academia Platónica, Liceo Aristotélico, Casa Jardín de Epicuro, etc.) donde se formaban estilos de vida con su propio entrenamiento psicológico, como las técnicas de autocontrol, recitación, memorización y control de la dieta. De estas concepciones se destacan las ideas de Aristóteles sobre la doctrina de la virtud como forma de llevar a cabo los fines racionales de la naturaleza humana. La alternativa estóica (Zenon de Citio, Epicteto, entre otros), consistía en el control de las pasiones que generaban excesos irracionales; para ello se trataba de modificar las falsas opiniones que la generaban (representaciones engañosas de las cosas) mediante ejercicios escritos o verbales de meditación y concentración, siendo esto un claro antecedente de las terapias cognitivas (Ruiz y Cano, 1998).

Por su parte, Galeno (128-200) (*op. cit.*) clasificó las causas de las enfermedades en orgánicas y mentales. Entre las causas mentales se encontraban las lesiones de la cabeza, los excesos de alcohol, los temores, cambios en la adolescencia y en la menstruación, así como adversidades económicas y amorosas. Ante estos trastornos proponía la guía de un tutor o pedagogo que aconsejaba como llevar una vida serena, aunque en la mayoría de los casos era necesario un tratamiento somático.

C) Edad media y renacimiento

Durante esta época, la Iglesia jugó un papel central al considerar los trastornos mentales como producto de una voluntad sobrenatural, es decir, producto del diablo. Se constituía al pecado como la raíz de todo mal y a la confesión como el procedimiento terapéutico para evitarlo. En este contexto predominaron dos tendencias sobre el pecado y su resolución: por un lado estaba la postura de la inquisición, que alcanzó su auge durante el papado de Inocencio VIII con su *Summis desiderantes affectibus* en 1484 y la obra de J. Sprenger y K. Kraemer denominada *Malleus Malleficarum* en 1488 que animaban a descubrir y capturar herejes y brujas, siendo la tortura y quema los medios de tratamiento. Por otro lado, estaban los que animaban a alejarse del pecado de un modo más humanitario, como Melchor Cano e Ignacio de Loyola (*op. cit.*).

La obra de Melchor Cano *Tratado de la Victoria de si Mismo* propone una guía para evitar la vida viciosa, centrada en los ejercicios espirituales periódicos que debían durar toda la vida (concebía a la naturaleza humana como débil). Mientras que Ignacio de Loyola en su obra *Ejercicios Espirituales*, proponía una guía no sólo para los ejercicios espirituales sino también para la vida diaria. Desde el punto de vista psicoterapéutico actual, Ignacio de Loyola anticipó métodos como el manejo de imágenes, jerarquías de acercamiento a problemas y especificidad de tareas (métodos similares a los conductuales). Otro autor que destacó durante esos tiempos, fue el padre Gilberto Jofré quien en el siglo XV fundó el primer hospital psiquiátrico de occidente, donde se intentó implementar una terapia similar a la terapia ocupacional (*op. cit.*).

D) Siglos XVI a XVIII

Durante el siglo XVI y XVII aparecieron una serie de teóricos que ofrecieron un enfoque más humanista sobre los trastornos mentales. Uno de ellos fue J. Luis Vives (1492-1540) quien defendió la causa de los pobres y marginados, resaltando el papel de la expresión de las emociones y sentimientos. Por su parte, Paracelso (1493-1541) enfatizó que las enfermedades mentales no eran de naturaleza divina, relacionando la influencia de los astros con el desarrollo de los trastornos mentales (de tal afirmación surgió el termino lunático). Mientras que el médico Robert Burton (1576-1640), sostenía que la enfermedad mental era producto de cuestiones psicológicas y sociales. Thomas Sydenham (1624-1689), fue uno de los primeros en describir las neurosis y afirmar que la histeria no era exclusiva de las mujeres. Durante el periodo de la revolución francesa, Pinel introduce el tratamiento moral que básicamente consistía en suponer que los problemas mentales eran

derivados de conflictos morales por lo cual, animaba al personal de los hospitales a contactar con los problemas de los enfermos a través de actividades ocupacionales (*op. cit.*).

E) Siglo XVIII y comienzo del XIX

Durante estos siglos destacan dos teóricos importantes para la psicoterapia y la psicopatología. Uno de ellos es F. J. Gall (1758-1826), quien sostenía que determinadas funciones corporales y emocionales estaban controladas por ciertas áreas del cerebro, además, afirmaba que los rasgos de carácter derivaban de áreas específicas del cerebro. Este teórico sostenía que se podía estudiar el carácter en base a la forma del cráneo; método conocido como "frenología". Otro teórico destacado en esta época fue el médico vienes A. Mesmer (1758-1826), una de sus principales aportaciones consistió en explicar la enfermedad mental como derivada de una causa natural y no del diablo como se creía. Sostenía que las personas tenían un fluido en el cuerpo de carácter magnético que cuando éste se desequilibraba hacia enfermar a la persona. En un principio propuso restaurar tal desequilibrio con el uso de imanes (magnetismo), para después evolucionar hasta la interacción del magnetismo del terapeuta y del paciente. El método de Mesmer básicamente consistía en la colocación de imanes cerca del paciente, la ingesta de un fluido de hierro y pases de mano de imanes por determinadas zonas corporales. Con este método Mesmer obtuvo grandes éxitos, especialmente ante síntomas de tipo histérico. Por su parte, el médico británico J. Braid (1795-1860) retomó las prácticas magnetistas, pero las reformuló como producto de un estado neurofisiológico, es decir, como un estado de "sueño nervioso"; para explicar estos fenómenos acuñó el término "hipnosis" (Martínez,2003).

F) De la hipnosis al psicoanálisis

A principios del siglo XIX, Francia era el centro de los avances médicos en Europa, especialmente de la Neurología. En el contexto de la Neurología resurge el interés por la hipnosis en dos grandes escuelas: La escuela de Nancy representada por Liébault (1823-1904) y Berheim (1840-1919), y la escuela de la Salpetriere en donde se ubica a Charcot (1825-1893).

Liébeault practicaba la hipnosis sugiriendo a sus pacientes que le miraran fijamente a los ojos diciéndoles que se adormecerían gradualmente, una vez conseguido el estado de somnolencia les indicaba la desaparición de los síntomas; a través de este procedimiento Liébeault llegó a tratar todo tipo de enfermedades. Berheim, aprendió este método de Liébeault y lo explicó como producto de la sugestión, aseverando que tal sugestión era una característica común a todas las personas. Posteriormente Berheim prescindió de la hipnosis y se basó en la sugestión directa del enfermo, llamando a esta práctica ***psicoterapia.***

La actitud de Charcot era opuesta a la escuela de Nancy, aunque practicaba la hipnosis, ésta la explicaba como un proceso neurológico, a este respecto, cabe mencionar que Charcot era el neurólogo más famoso de su época. Charcot investigó la relación entre la histeria y la hipnosis, sugiriendo que la parálisis histérica podía reproducirse y eliminarse bajo hipnosis, según su concepción esto se podía llevar a cabo activando una lesión neurológica específica. Este importante neurólogo consideraba a la sugestionabilidad como un signo de debilidad neurológica (Martínez, 2003 y Ruiz y Cano, 1998).

En esta época, P. Janet estudió con Charcot, interesándose en la hipnosis como vía de estudio de la "mente subconsciente". En 1886, P. Janet aplicó la hipnosis a un caso de histeria (Lucile), a la que pedía liberar determinadas emociones y recuerdos, con lo cual se anticipó a Breuer y Freud con respecto al método catártico (Ruiz y Cano, 1998).

El método catártico fue descrito por el médico J. Breuer, quien inició un trabajo conjunto con S. Freud del cual surgió la obra conjunta *Estudios sobre la histeria* en 1895. En dicha obra aparece el famoso caso de la paciente Ana O., quien desarrolló un cuadro histérico a partir del periodo en el que cuidaba

a su padre moribundo. Breuer había comenzado a tratar a esta paciente con hipnosis, hasta que la paciente comenzó a hablar de sus experiencias específicas del pasado en las que había aparecido el síntoma, desapareciendo dicho síntoma por medio del método catártico (*op. cit.*).
Sigmund Freud (1856-1939) (*op. cit.*) que tenía una formación neurológica y que había aportado destacables contribuciones a este campo, comenzó su práctica abordando numerosos casos de histeria. En un principio, practicó el método catártico que desarrolló con Breuer, posteriormente desarrolló el método de la asociación libre. Básicamente la asociación libre consistía en sugerir al paciente recostado en un diván (parte derivada del método hipnótico) que a partir de un tema de su biografía debía hablar sin ninguna inhibición. Cuando el paciente se bloqueaba, Freud le ponía la mano en la frente y le indicaba por sugestión recordar un hecho, diho método constituyó la base del psicoanálisis.

G) El desarrollo de la psicoterapia hasta la actualidad
La psicología clínica se constituye en los Estados Unidos a principios del siglo XX. En Europa la concepción dominante del tratamiento era médica o bien derivada de la orientación psicoanalítica freudina o de sus "derivados" (Adler, Jung, etc.), mismos que fueron muy aceptados dentro del contexto psiquiátrico de Estados Unidos.

Posterior a las dos guerras mundiales, el campo de la psicología fue creciendo debido a la alta demanda, principalmente en cuestiones de reclutamiento y selección de personal. A partir de la segunda guerra mundial comienza a reconocerse socialmente el trabajo psicoterapéutico de los psicólogos. En la conferencia de Boulder en 1949, ofrecida en Colorado, Estados Unidos, se define el rol del psicólogo clínico, el cual debía recibir formación en tres áreas: diagnóstico, investigación y terapia. Poco después la Asociación de Psiquiatría Americana propuso que la psicoterapia sólo debía de ser practicada por médicos psiquiatras, generándose así el inicio de las polémicas competencias entre ambas profesiones (Ruiz y Cano, 1998).

Poco a poco los psicólogos comienzan a generar modelos terapéuticos ajenos al psicoanálisis (dominante entre los psiquiatras americanos) y los presentan como alternativas más científicas a éste. Carl Roger en 1943 crea la Terapia Centrada en el Cliente como una alternativa nueva de psicoterapia e inicia un proceso de investigación sobre la relación terapéutica. Desde el ámbito académico se acentúa el conductismo, el cual propone que los trastornos mentales sin base orgánica son trastornos aprendidos, derivados de las leyes del condicionamiento y por lo tanto susceptibles de ser modificados en base a procedimientos de “reaprendizaje”, siendo Eysenck, Skinner y Wolpe los responsables de esta nueva concepción de la psicoterapia. Eysenck en 952, cuestiona la efectividad de la psicoterapia psicoanalítica. Skinner por su parte, desarrolla su paradigma de condicionamiento operante y en 1953 a través de su obra *Ciencia y Conducta Humana* explica la psicoterapia como efecto del condicionamiento operante substituyendo los mecanismos intrapsiquicos por principios de aprendizaje. Wolpe a partir de su obra *Psicoterapia por Inhibición Reciproca* en 1958 demuestra como la terapia conductista es aplicable y efectiva en el tratamiento de las neurosis (*op. cit.*)

El enfoque conductista dominó hasta los años sesenta en los ámbitos académicos y en gran parte de los clínicos (principalmente entre los psicólogos) de América y Europa. Sin embargo, en esta misma época dicho enfoque comienza a ser cuestionado por parte de los propios psicólogos. Ante este clima de insatisfacción se produce un doble rechazo; por un lado, ante el modelo psicoanalítico que se consideraba excesivamente especulativo y por otro, ante el conductista que se consideraba demasiado reduccionista y mecanicista. Así pues, surgen nuevas alternativas como la Psicología Humanista, entre las que destaca C. Rogers, que llega a expandirse en Estados Unidos aunque poco en Europa; el Modelo Sistémico de Terapia Familiar (Bateson, Jackson, Haley, Minuchin, etc.) y el Modelo Cognitivo (Ellis, Beck, Meichenbaum, Mahoney, etc.) (*op. cit.*).

Wachtel (1996) sostiene que durante los últimos años las psicoterapias giran en torno a modelos integrativos y eclécticos dado que las investigaciones constatan que la eficacia de los tratamientos son igualmente eficaces en todos los enfoques. Así mismo, refiere que existe una tendencia creciente hacia las psicoterapias breves.

El Movimiento Integrador en Psicoterapia

De acuerdo a Ruiz y Cano (1998), en la actualidad emerge un fuerte movimiento en el campo de la psicoterapia llamado integrador y que deriva de la agrupación de diversos factores, entre los cuales destacan:

1. La excesiva proliferación de nuevos enfoques psicoterapéuticos (más de 400 formas de psicoterapia).
2. La imposibilidad de que un enfoque determinado sea el más adecuado para todos los casos y la búsqueda de la adecuación en cuanto a tipo de paciente, tipo de problema, tipo de terapia.
3. Ausencia de una eficacia diferencial entre los distintos enfoques psicoterapéuticos (psicoanalítico, cognitivo, conductual, etc.) (Wachtel, 1996).
4. Reconocimiento creciente de factores comunes a las distintas psicoterapias que parecen explicar sus resultados similares.
5. Énfasis en la relación terapéutica y en las características de personalidad del paciente.
6. Factores sociopolíticos y económicos que presionan a los niveles asistenciales reducir los costos en cuanto a eficacia y tiempo (Wachtel, 1996).

CLASIFICACIÓN DE LAS PSICOTERAPIAS

Según González (cit. en Martínez, 2003) de acuerdo al grado de insight al que es llevado el paciente la psicoterapia puede ser clasificada de la siguiente forma:

- Terapia de soporte o de apoyo

La psicoterapia de Apoyo surgió como una necesidad de brindar apoyo rápido y concreto a aquellos pacientes que por el contexto en que se encontraban era difícil proporcionarles un tratamiento más prolongado y profundo para sus problemas (Bellak, 1993; cit. en González, 1999).

El objetivo es llevar al paciente a un equilibrio emocional tan rápido como sea posible, minimizando o eliminando los síntomas para establecer un nivel propicio de funcionamiento (González, 1999).

Con respecto al grado de insight, en este tipo de terapias la cantidad de insight es mínima (cit. en Martínez, 2003).

- Terapia Reeducativa

La terapia de insight con metas reeducativas cosiste en promover el conocimiento de los conflictos más conscientes del individuo, mediante un esfuerzo deliberado que lo conduzca a lograr un reajuste, una modificación de sus metas y un estilo de vida que satisfaga sus necesidades permitiéndole de este modo descubrir y desarrollar sus potencialidades (González, 1999).

La relación terapeuta-paciente está enfocada al logro de una verdadera modificación de actitudes y conductas del paciente, con el fin de promover en él, una mayor adaptación a su medio y a la vida en general (González, 1999).

El papel del psicoterapeuta consiste en guiar al paciente a través del insight para mostrarle la manera en que participa en sus conflictos emocionales. Paciente y psicoterapeuta analizan las actitudes y los desordenes conductuales del primero (González, 1999).

El insight en este tipo de terapias es más extenso pero enfocado a problemas relativamente concientes y actuales (cit. en Martínez, 2003).

- Terapia reconstructiva

De acuerdo a González, (1999) este tipo de terapias se emplean con pacientes que poseen mejores recursos de personalidad y pronóstico más favorable de cambio. González recomienda este prototipo de terapias para problema que son el resultado de distorsiones severas en las relaciones individuales con los padres y otras personas significativas.

Según González (1999), el elemento más importante en este tipo de terapias es el énfasis que se pone en la interacción interpersonal y en la relación paciente-terapeuta. Él refiere que durante la terapia se interpretan sentimientos y comportamientos del paciente hacia el terapeuta.

Entre los objetivos principales se encuentran los siguientes:

- Que el paciente logre una autocrítica de sus problemas junto con la reorganización de su personalidad.
- La modificación de la personalidad supone descubrir o explorar el material reprimido.
- Trascender la sola mejoría de los síntomas, al descubrir las causas o raíces de las dificultades de personalidad del individuo, logrando de esta forma el autoconocimiento.
- Suscitar el cambio profundo en la personalidad, mediante el conocimiento de las motivaciones y los conflictos inconscientes.

Como se ha mencionado anteriormente, las psicoterapias breves conforman un recurso cada vez más utilizado. Según Toledo, Baruzzi y Blay, (2001), se estima que estas modalidades de psicoterapia corresponden actualmente a una proporción significativa en la práctica psicoterapéutica, siendo las psicoterapias breves individuales las más utilizadas, por lo cual se abre el siguiente apartado.

DESARROLLO DE LAS PSICOTERAPIAS BREVES

En aquellos primeros pasos del desarrollo del psicoanálisis, la duración del tratamiento no constituía un problema que se tuviera demasiado en cuenta. La idea de oposición entre psicoterapias de corto y largo plazo no apareció sino después de que la psicoterapia y el psicoanálisis evolucionaran hasta transformarse en prolongados procesos. La preocupación por el tiempo del tratamiento surgió a medida que se ampliaba la comprensión teórica de Freud acerca del desarrollo de la personalidad y de la formación neurótica. Mientras él buscaba solución a los problemas de la resistencia, la psicoterapia psicoanalítica se alargaba constantemente. En 1919, Freud previó la posibilidad de que las técnicas psicoanalíticas no bastarían para satisfacer las demandas de la comunidad en materia de salud mental, concluyendo que se tendrían que adaptar dichas técnicas a la nueva situación.

Las alternativas que surgieron se dieron con el fin de apresurar los tratamientos en función de las necesidades urgentes de los pacientes; las personas requerían soluciones específicas y una pronta solución a su problemática. Lo sobresaliente de los nuevos abordajes psicoterapéuticos, fue la focalización de conflictos centrales sin la estricta formalidad técnica del psicoanálisis ortodoxo, que sugería una forma continuada y de mayor tiempo. Entre las alternativas que surgieron de manera inicial se encuentra la terapia individual de Adler, quien instauro su propio sistema terapéutico denominado “psicología individual”, siendo el pionero de la psicología comunitaria. Bajo su enfoque concebía los síntomas neuróticos como una forma de eludir la responsabilidad en las tareas de la vida y como un modo de enmascarar el sentimiento de inferioridad. En 1961 el nacimiento de la psicología humanista surge a partir de la construcción de la American Association of Humanistic y la publicación del Journal of humanistic Psychology. Un año más tarde James Bugental presenta el primer manifiesto humanista en la conferencia de la American Psychological Association (APA), expandiéndose por Europa, India, Japón e Israel (cit. en Martínez, 2003).

Uno de los antecedentes más claros de la psicología humanista es la escuela de la Gestalt, fundada por Frits Pearls. Otro ejemplo de la psicología humanista es la Logoterapia de Victor Frakl, quien habla de la importancia que guarda la pérdida de significado (sentido) en la vida o vacío existencial. Así mismo, la Psicoterapia Centrada en el Cliente de Carls Rogers se ubica dentro de este tipo de psicología. Rogers desarrolló su teoría de la personalidad bajo el concepto de *Self*, este teórico indica que el psicoterapeuta es el responsable de la conducción del tratamiento, dando gran importancia a la relación psicoterapéutica; su método se basa en la no directividad y en la confianza que el cliente pueda tener para desarrollar su propio camino, tomando sus propias decisiones (Martínez, 2003).

Así pues, la psicoterapia breve es tan antigua como los esfuerzos de Freud para hallar cura a las neurosis. Así como la psicoterapia moderna debe sus orígenes a la teoría psicoanalítica, también lo hace el concepto de psicoterapia breve (Small, 1986).

En Horgan (2001) se sostiene que los aspectos económicos son un factor crucial para que las personas prefieran una psicoterapia de modalidad breve a una psicoterapia de larga duración. Este autor refiere que muchos de los pacientes y la mayoría de las compañías médica, prefieren las psicoterapias a corto plazo que aborden problemas específicos antes de indagar sobre el pasado del paciente.

Según Jacobson y otros teóricos importantes como Coleman y Zwerling (cit. en Small, 1986) el hecho de que la psicoterapia breve permita la intervención sin demoras adquiere gran importancia como medio para evitar el desarrollo de enfermedades más serias o crónicas.

Pese a que se afirma que a diferencia de las crisis emocionales de la vida, los hábitos de largo tiempo requieren de años de tratamiento para ser resueltos, existen estudios con psicoterapia de corto plazo que testifican que aún en las dificultades que se vienen presentando durante largo tiempo se obtienen resultados satisfactorios por medio de psicoterapia de período breve (Johnson, 1990).

De acuerdo a un estudio realizado por Small (1986) sobre el tiempo de duración de las psicoterapias breves, encontró tratamientos definidos como psicoterapia breve que abarcaron desde 1 a 217 sesiones de contacto con el paciente. A este respecto, McGuire (cit. en Small, 1986) sostiene que los límites de tiempo de la psicoterapia breve son empíricos, es decir, surgen de la experiencia clínica, dado que se adecuan de acuerdo al establecimiento de ciertas metas.

Diferencias entre las psicoterapias breves y las prolongadas

Bellak y Small (cit. en Small, 1986) establecen tres diferencias entre las psicoterapias breves y las prolongadas, dichas diferencias se relacionan con las metas, el tiempo y los métodos. Para estos teóricos, la distinción de metas respecto de otros métodos consiste en que la psicoterapia breve se limita a eliminar o aliviar síntomas específicos, sin intentar la reconstrucción de la personalidad, no obstante, dicha intervención puede como efecto secundario, conducir a la reestructuración autónoma de la personalidad.

Métodos

Hoch (cit. en Small, 1986) encuentra que la diferencia metodológica más importante reside en el grado de actividad por parte del psicoterapeuta, pues en la terapia breve el psicoterapeuta no puede ser tan pasivo como pueden ser en los tratamientos prolongados. Otra diferencia encontrada se refiere a la concentración del esfuerzo psicoterapéutico sólo sobre los síntomas y sobre los temas de importancia directa.

Guillman (cit. en Small, 1986) por su parte, identifica en los siguientes factores ciertos métodos básicos de la psicoterapia breve: concentración en la realidad presente; entrevistas personales menos frecuentes; empleo “saludable” de la asociación libre; evitación de la dependencia regresiva y la transferencia ambivalente y la posición activa del psicoterapeuta.

Otro rasgo distintivo de la psicoterapia breve radica en su facultad de recurrir a una gran variedad de intervenciones, habilidades y recursos en vez de aplicar un esfuerzo terapéutico de tipo único (Small, 1986).

Superficie contra Profundidad

Frohman (*op. cit.*) destaca el hecho de que las neurosis pueden ser agudas aunque no tengan raíces profundas en traumas de la infancia o la niñez; por consiguiente, los procesos psicoanalíticos de largo plazo no son necesarios en todos los casos de las neurosis y en algunos de ellos pueden ser útiles los tratamientos breves.

Expectativa y Esperanza

La teoría de la expectativa sostiene que el presente y el futuro tienen fuerza suficiente para moldear, influir y modificar la conducta; se opone al concepto de que toda causalidad pertenece al pasado. La dirección del tiempo como fuerza que opera sobre la conducta constituye la esencia de la expectativa. Se sostiene que la teoría de la expectativa, es inherente al efecto del placebo y determina en lo fundamental el resultado de la terapia. Por lo cual, el establecimiento de un límite de tiempo hace que la persona espere que ocurra un cambio en el tiempo determinado, produciéndose así cambios significativos reales (Small, 1986).

Limites de Tiempo
Esta técnica constituye uno de los rasgos distintivos de la psicoterapia breve; el establecimiento de límites de tiempo para la psicoterapia genera tanto en el psicoterapeuta como en el paciente, una expectativa que ejerce influencia sobre los resultados del tratamiento. Stekel (*op. cit.*) fue uno de los primeros en aplicar procedimientos rápidos en psicoterapia, él sostuvo que la definición del tiempo de duración del tratamiento facilitaba el proceso del mismo. Por su parte, Straker (*op. cit.*) señala que el establecimiento temprano de límites de tiempo contrarresta el efecto de la resistencia a la terminación.

Terminación
Dentro de la psicoterapia breve son pocos los pacientes que no consideran la terminación del tratamiento como el comienzo de un "vuelo hacia la salud". Cuando paciente y psicoterapeuta acuerdan la duración precisa del tratamiento desde los comienzos del mismo, no puede haber confusión alguna al respecto (Small, 1986).

Bellak y Small (*op. cit.*) se valen de la transferencia positiva, para que la finalización del tratamiento constituya una transición suave. Estos autores sugieren dejar abierta con paciente, la posibilidad de regresar en cualquier otro momento si es que lo considera necesario. Así mismo, refieren que el paciente debe entender que ha mejorado debido a que aprendió a comprender algunos de sus problemas y que debe ponerse en contacto con el psicoterapeuta antes de que alguna situación futura se haga incontrolable; dichos autores recomiendan hablar con el paciente de los futuros problemas con los que tal vez tropiece, pidiéndole que informe periódicamente por teléfono acerca del curso ulterior de su vida, ello ayudará a conservar la transferencia positiva y servirá para que el sujeto se sienta seguro acerca de la disponibilidad del psicoterapeuta.

Pronóstico
Algunos autores como Avnet (cit. en Small, 1986) sostienen que el diagnóstico no es de gran utilidad para la previsión de resultados de la psicoterapia, pues son pocas las ocasiones en que éste constituye una clave para el pronóstico.

Por su parte, Malan (cit. en Lopátegui, 1986) quien utiliza un marco de referencia psicodinámico kleiniano, sustenta que mediante la psicoterapia breve se pueden obtener mejorías muy significativas, no sólo a nivel sintomático, sino también en las pautas de comportamiento neurótico de larga duración.

Dentro de las psicoterapias breves se encuentra la psicoterapia bajo un enfoque cognitivo-conductual por lo que a continuación se explica brevemente en que consiste dicho enfoque.

Enfoque Cognitivo-Conductual
Los fundamentos de las psicoterapias conductual y Cognitivo-Conductual surgen de la teoría del condicionamiento clásico y operante así como de la teoría del aprendizaje social (Jiménez, 2003).

En su origen los enfoques cognitivos se apoyaron en las ideas de los analistas del Yo, derivadas de las obras de Adler, Horney, Sullivan y Frankl. Aunque los analistas consideraban radicales sus innovaciones terapéuticas, las psicoterapias cognitivas primitivas eran en muchos sentidos terapias de insight, ya que empleaban en gran medida técnicas introspectivas para modificar la personalidad manifiesta del paciente (Ellis, 1962; Beck, 1967; cit. en Beck y Feeman, 1995).

Aaron T. Beck y Albert Ellis fueron los pioneros en emplear una amplia gama de técnicas conductuales como tratamiento, las cuales incluían el trabajo para el hogar de forma estructurada. Estos autores trazaron sistemáticamente el efecto terapéutico de las técnicas cognitivas y

conductuales, no sólo sobre las estructuras sintomáticas, sino también sobre los esquemas cognitivos (Beck y Feeman, 1995).

Los psicoterapeutas cognitivos trabajan en el nivel de la estructura sintomática (problemas manifiestos) y en el de los esquemas subyacentes (estructuras inferidas). La psicoterapia cognitiva postula que hay importantes estructuras cognitivas organizadas jerárquicamente en categorías. Así pues, las dificultades de un paciente pueden ser influidas por los cambios de un sólo esquema o de varios.

Los teóricos de la terapia cognitiva comparten con los psicoanalistas la idea de que en el tratamiento de los trastornos de la personalidad es por lo general más productivo identificar y modificar los problemas “nucleares”. Las dos escuelas difieren en su visión, sobre la naturaleza de dicha estructura nuclear; para la escuela psicoanalítica, esas estructuras son inconscientes. Desde el punto de vista de la psicoterapia cognitiva, las estructuras nucleares son en gran medida conscientes y con un entrenamiento especial dichos procesos pueden ser más accesibles a la conciencia (Ingram y Hollín, 1986, cit. en Beck y Feeman, 1995).

Para el enfoque cognitivo, los sentimientos y las conductas disfuncionales se deben en gran parte a la función de ciertos esquemas que tienden a producir sistemáticamente juicios tendenciosos y una tendencia correlativa a cometer errores en ciertos tipos de situaciones. La premisa básica del modelo de la psicoterapia cognitiva, es que la fuente principal del afecto y la conducta disfuncionales reside en la distorsión atributiva y no en la distorsión motivacional o de respuesta (*op. cit*)

La eficacia de la terapia cognitiva en un momento dado, depende del grado de acuerdo entre las expectativas del paciente acerca de las metas terapéuticas y las expectativas del psicoterapeuta. Así mismo, son importantes la confianza mutua y el reconocimiento por el psicoterapeuta de los requerimientos del paciente, pues forman parte del encuadre psicoterapéutico. La naturaleza cooperativa del proceso de establecer las metas es uno de los rasgos más importantes de la psicoterapia cognitiva (Beck y Feeman, 1995).

Con respecto a los resultados de la psicoterapia cognitivo-conductual, existe gran evidencia a favor de la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales en un considerable número de trastornos (Bernardi, et al., 2004).

ELEMENTOS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

Frecuentemente se ha señalado que dentro del proceso psicoterapéutico existen elementos fundamentales, entre los cuales se encuentran los siguientes:

- el terapeuta,
- el paciente,
- las técnicas,
- el problema y
- la relación o interacción psicoterapéutica.

Proceso psicoterapéutico

Con respecto al Proceso Psicoterapéutico, Feixas y Miro (1993) se refieren a éste como el conjunto de procesos psicosociales que tienen lugar desde el principio hasta el fin de la psicoterapia. El curso de este proceso depende del modelo psicoterapéutico que se adopte. Estos autores refieren que en la primera fase se tiene que facilitar la exploración del problema; (el cliente ha de comprender y valorar su situación). A medida que el proceso avanza, el psicoterapeuta necesita comprender el problema en todas sus dimensiones para planificar la acción.

Para Strong y Claiborn (1985), la psicoterapia comienza como una relación complementaria en la que los clientes acuden al experto en busca de ayuda para sus problemas; esperan que el psicoterapeuta averigüe en qué consiste el problema y les diga lo que deben hacer. Para Vidal (2002), la psicoterapia se inicia cuando el paciente está dispuesto al tratamiento, refiriendo que no existe psicoterapia si el terapeuta no se compromete con su paciente y éste con el psicoterapeuta.

Además de la relación en sí, para González y Revuelta (1994) una psicoterapia necesita de dos componentes específicos más; en primer lugar, se debe establecer con un propósito, es decir, no de manera casual, sino ya desde el primer momento tiene que existir una finalidad que la justifique y le de razón de ser. En segundo lugar, su desarrollo debe ser voluntario, lo cual implica consentimiento, decisión y compromiso de ambas partes (paciente y psicoterapeuta).

Como se ha señalado uno de los elementos fundamentales dentro del proceso psicoterapéutico es la relación psicoterapéutica, por lo cual se abre el siguiente apartado.

Relación terapéutica

Para Martínez (2003) la relación es una de las experiencias terapéuticas más importantes que se ofrecen al paciente, ya que en el momento de la sesión éste se siente acompañado. Dicha relación inicia con la demanda del cliente y se centra en sus necesidades.

Nelson y Carter (cit. en Mastache, 2000) definen la relación psicoterapéutica como aquellos sentimientos y actitudes que tienen los participantes (paciente y psicoterapeuta) en la consultoría hacia el otro y la manera en que estos son expresados.

En Johnson (1990) se sostiene que la relación psicoterapéutica implica un fuerte vínculo, pues está conformada por los siguientes tres elementos:

- La confianza
- La constancia
- La intimidad

Según Lambert, (cit. en Mastache, 2000) a los factores relacionados con la relación terapéutica se les atribuye el 30% del resultado terapéutico. Así mismo, se ubica a la alianza terapéutica como uno de los principales elementos predictores del resultado de la psicoterapia. Otros autores como Beutler, Machado y Allstetter (cit. en Moncada, Olivos y Rojas, 2003) mencionan que existe evidencia consistente de que una relación terapéutica cálida y de apoyo facilita el éxito terapéutico.

Respecto a la importancia de la relación terapéutica se ha constatado que casi todas las escuelas de psicoterapia reconocen su trascendencia. Se ha observado que la fuerza del vínculo no parece depender del tiempo que ha durado la relación y que la calidad de la participación, la motivación y el compromiso del cliente pueden verse afectados por el tipo de relación que éste tenga con su psicoterapeuta (Miller et al., 1997; cit. en Mastache, 2000).

Algunos autores como Strong y Claiborn (1985), sostienen que el cambio no surge de los procesos internos del cliente como postulan la mayor parte de las teorías clínicas del consejo y la psicoterapia, sino de ciertas fuerzas que se generan en la interacción.

Desde los inicios de la psicoterapia, Freud observó que en la relación entre psicoterapeuta y cliente ocurría algo especial que hacia que los comentarios del psicoterapeuta ejercieran el efecto deseado sobre el cliente; a esta condición especial la denominó transferencia (Strong y Claiborn, 1985)

Así mismo, Freud se percató del proceso bidireccional establecido en la relación terapéutica, donde el inconsciente del analista también establecía un nexo inevitable en la relación médico-paciente; situación a la que denominó contratransferencia (Sandoval, 2002).

A partir de Freud, distintos teóricos han tratado de identificar las características especiales de la interacción entre psicoterapeuta y cliente para que la psicoterapia ejerza el efecto deseado haciendo hincapié sobre ciertas cualidades de esta relación que son necesarias para el cambio. Carl Rogers, (cit. en Strong y Claiborn, 1985) fue el teórico que prestó mayor atención a la relación que se establece dentro del proceso psicoterapéutico, él sostenía que una relación de empatía, interés y sinceridad es primordial para que la psicoterapia sea exitosa.

En un estudio realizado por Frank (cit. en Wachtel, 1996), se destacó que se obtenían resultados similares entre psicoterapias con procedimientos y lógicas distintas, por lo que sugirió que debían funcionar ciertos *factores comunes* en todas ellas. Entre ellos, la calidad de la relación entre el paciente y el psicoterapeuta. De igual forma, autores como Stone y Scheifer (*op. cit.*) resaltaron la importancia de la relación terapéutica en los resultados satisfactorios dentro del proceso psicoterapéutico. Así mismo, entre los escritores psicoanalíticos, el analista británico Peter Lomas (*op. cit.*) también reconoce la importancia de la relación paciente-terapeuta. Por su parte, Yalom en1980 (cit. en Kleinke, 1995) afirmó que el verdadero agente de cambio reside en la relación terapéutica.

En 1977 Strupp (cit. en Moncada et al, 2003) a través de evidencia empírica comprobó la gran importancia de la relación terapéutica para el desarrollo y resultado de la psicoterapia. Este autor refirió que todas las formas de psicoterapia están sustentadas sobre factores inespecíficos, entre los cuales se encuentran: la relación terapéutica que engloba el interés, la comprensión, el respeto y la dedicación por parte del psicoterapeuta; y aquellas cualidades humanas que tradicionalmente se suelen esperar de una relación de ayuda en el ámbito de la salud. De acuerdo a varios autores como Poch y Ávila (*op. cit.*), estas cualidades fomentan la confianza y la esperanza en el paciente, poniéndolo en mejores condiciones para colaborar en el tratamiento y luchar por el cambio terapéutico.

Muchas investigaciones identifican a la empatía del terapeuta como característica de una buena relación terapéutica. Como parte de los estudios cualitativos que existen sobre la relación terapéutica se han distinguido cuatro tipos de empatía percibidos por los clientes: la cognitiva, la afectiva, la del psicoterapeuta que comparte y la del psicoterapeuta nutridor (cit. en Mastache, 2000).

Así mismo, la relación terapéutica ha sido estudiada en función de su relación con las intervenciones terapéuticas, observándose que una evaluación y una reafirmación en exceso pueden evitar que se forme una relación terapéutica adecuada, así como el hecho de que existan frecuentes interpretaciones, ya que estas pueden causar en el cliente una sensación de que es criticado y por ende que se incrementen las actitudes defensivas (Mastache, 2000).

Asay y Lambert (cit. en Mastache, 2000) mencionan que es probable que la diferencia entre un psicoterapeuta efectivo y uno menos efectivo sea su habilidad para formar y mantener una alianza terapéutica con el cliente, en la que el psicoterapeuta puede comunicar calidez, comprensión y sentimientos positivos hacia su cliente.

Kottler en 1991 (cit. en Kleinke, 1995) integró las conclusiones de la investigación empírica por Orlinsky y Howard para sugerir que la relación terapéutica resulta de mayor ayuda cuando tiene las siguientes cualidades:

- Una inversión intensa de energía tanto de parte del cliente como del psicoterapeuta.
- El recurso de roles en los que el cliente demuestra evidencia de vínculos autoexpresivos hacia el psicoterapeuta y la demostración del psicoterapeuta de una colaboración activa en el proceso.
- Un buen contacto personal, incluyendo un grado de mutua comodidad, confianza, ausencia de defensas, espontaneidad y comprensión reciproca.
- Suficiente apoyo y buena voluntad que permitan desafíos y confrontación sin poner en peligro la estabilidad de la relación.

Como contribuciones del cliente hacia una buena relación terapéutica se destaca la colaboración e involucramiento de éste, dentro del proceso psicoterapéutico (Mastache, 2000).

Problemas en la cooperación

Las dificultades en la cooperación terapéutica no son exclusivas del paciente con trastornos de personalidad. “Resistencia”, “disconformidad”, “falta de acuerdo”, o “transferencia negativa”, son designaciones que se han empleado para referirse a problemas en la relación terapéutica, tales como la ausencia de progreso o progreso terapéutico lento, así como una conclusión prematura del tratamiento. A este respecto, Beck y Feeman (1995) refieren que el paciente tiende a no ser cooperativo en función de la cronicidad y la naturaleza del trastorno.

Así mismo, en Mastache (2000) se reporta que los clientes con un gran deterioro suelen tener mayor dificultad para establecer una buena relación de trabajo. En esta misma línea, se habla de ciertos “estilos de vinculación” o “factores de predisposición” en el cliente y los psicoterapeutas dados por sus relaciones tempranas, las cuales influyen aunque no determinan la calidad de la alianza terapéutica.

En distintas investigaciones se ha visto que los clientes con altos índices de conductas personales “hostiles” con mayor probabilidad malinterpretan aspectos positivos de la conducta de ayuda del psicoterapeuta. Así mismo, se habla de ciertas actitudes y conductas específicas tanto en clientes como en psicoterapeutas que con alta probabilidad conducen a malos entendidos o rupturas de la relación terapéutica. Por parte del cliente, dichas actitudes o conductas consisten en: la expresión abierta o indirecta de sentimientos negativos hacia el psicoterapeuta, desacuerdo en las metas y

tareas del psicoterapeuta o bien una falta de respuesta hacia la intervención. En el caso del psicoterapeuta se menciona el actuar en forma contraria a lo que el cliente quiere o necesita (cit. en Mastache, 2000).

Como se ha observado, la relación terapéutica es un factor de suma importancia para el éxito del tratamiento psicoterapéutico, por lo cual vale la pena observar como se percibe dicha relación dentro de dos de los principales enfoques psicoterapéuticos, tales como el enfoque cognitivo-conductual y el enfoque psicoanalítico.

La relación terapéutica dentro de la psicoterapia cognitivo-conductual

Uno de los principios de la psicoterapia cognitiva es inculcar en el paciente un espíritu de cooperación y confianza. Es frecuente que los pacientes tengan que ser motivados a fin de que cumplan con las tareas para ser realizadas por su cuenta (Beck y Feeman, 1995).

Parte del arte de la psicoterapia cognitiva consiste en transmitir una sensación de aventura (indagar y descifrar los orígenes de las creencias del paciente, explorar el significado de los acontecimientos traumáticos, sondear la riqueza de las imágenes, etc.); si esto falta, la psicoterapia puede reducirse a un proceso repetitivo y tedioso (*op. cit.*).

Con respecto a las relaciones de transferencia, el psicoterapeuta permite que aparezcan reacciones negativas contra él, pero no las provoca deliberadamente. Tiene que estar alerta con respecto a las señales de ira, decepción y frustración que el paciente experimente en la relación terapéutica. Dichas reacciones contra el psicoterapeuta pueden permitir vislumbrar el mundo privado del paciente. De acuerdo a Beck y Feeman (1995) si se exploran tales reacciones a menudo proporcionan importante material para comprender los significados y creencias que están detrás de las relaciones idiosincrásicas o repetitivas.

La relación terapéutica en las terapias orientadas psicoanalíticamente

Sigmud Freud fue el primero en hacer alusión a la alianza terapéutica y la mayor parte del trabajo empírico sobre la misma ha sido generado por investigaciones psicodinámicas. Para Freud existían tres aspectos de la relación terapéutica: la transferencia, la contratransferencia y la asociación positiva del psicoterapeuta con personas agradables y benevolentes del pasado del cliente (Bachelor y Horvath, 1999; cit. en Mastache, 2000).

Los psicoterapeutas psicoanalíticos ven la relación como un aspecto central de la psicoterapia, pero principalmente la ven como algo a examinar no como algo que pueda ser utilizado como medio para el cambio. El concepto de transferencia es central en esta forma de entender la relación (Wachtel, 1996).

Los autores analíticos han llamado “resistencia” a la falta de cooperación dentro del proceso psicoterapéutico, lo que implica que el paciente por razones conscientes o inconscientes, opta por mantener un *statu quo* (Beck y Feeman, 1995).

Cabe señalar que aunque la relación terapéutica es una clave importante para el cambio terapéutico, su poder para estimular el proceso de cambio tiene límites, dado que el paciente pasa sólo una pequeña parte de su vida dentro del proceso terapéutico (Wachtel, 1996). A éste respecto, Prochaska (cit. en Mastache, 2000) con base en diversas investigaciones muestra que los clientes suelen pasar menos del 1% de sus horas de vigilia en psicoterapia.

BÚSQUEDA DE PUNTOS COMUNES EN LAS PSICOTERAPIAS

Rosenzweig (cit. en Goldfried, 1996 y Mastache, 2000) sostuvo que la efectividad clínica de diferentes psicoterapias dependía de sus elementos comunes. Las revisiones históricas de los intentos por integrar diversos acercamientos a la psicoterapia provienen de Goldfried y Newman en 1986 y de Arkowitz en 1992 (cit. en Mastache, 2000).

A continuación se describen brevemente los puntos psicoterapéuticos comunes encontrados por diversos autores:

En 1982 Frank (cit. en Kleinke, 1995), identifica los siguientes cuatro componentes terapéuticos compartidos por todas las formas de psicoterapia:

- Una relación de confianza emocionalmente cargada con una persona de ayuda.
- Un marco de curación.
- Fundamento racional, esquema conceptual o mito.
- Un ritual.

Por su parte, Marmor (cit. en Kleinke, 1995) observa los siguientes puntos comunes en los principios psicoterapéuticos:

- Una relación cliente-terapeuta.
- Una atmósfera de apoyo.
- La habilidad de los clientes de confiar y expresar sentimientos a una persona en la que confían y en la que consideran les proporcionará apoyo y compresión.
- Cierta cantidad de aprendizaje cognitivo.
- Condicionamiento operante; a través del cual el psicoterapeuta expresa aprobación o desaprobación a ciertos comportamientos del cliente.
- Experiencia emocional correctiva por parte del paciente.
- Modelado; por medio del cual los clientes incorporan los valores y competencias del psicoterapeuta.
- Sugestión y persuasión por el psicoterapeuta.
- Ensayo y práctica de nuevas competencias y técnicas adaptativas por parte del cliente.

Goldfried (cit. en Kleinke, 1995), hace hincapié en dos áreas como puntos comunes dentro de las psicoterapias:

- Experiencia correctiva
- Retroalimentación

Mientras que Brady (cit. en Kleinke, 1995) ubica a las siguientes estrategias o principios, como factores comunes dentro de cualquier orientación psicoterapéutica:

- Desarrollo de una relación terapeuta/cliente caracterizada por confianza, respeto mutuo y sentimientos emocionales positivos.
- Procedimientos y estrategias que incrementarán las expectativas del cliente de lograr un resultado positivo o beneficioso, así como la sensación de valía personal, control del ambiente y efectividad general del cliente.
- Nuevas formas de comportarse, pensar y sentir del cliente dentro la psicoterapia así como fuera de ella.
- El cliente debe ser animado a contemplar su comportamiento, ideas y sentimientos como hechos que están bajo su control; así mismo, el cliente debe asumir la responsabilidad del cambio en el tratamiento.

En 1986 Karazu, (cit. en Kleinke, 1995) sugirió tres puntos compartidos por las diversas psicoterapias:

- Experiencia afectiva.
- Dominio cognitivo.
- Regulación conductual.

Stiles, Shapiro y Elliott (cit. en Kleinke, 1995) sugieren los siguientes tres puntos comunes dentro de las distintas formas de psicoterapia:

- Factores del psicoterapeuta. Los psicoterapeutas ofrecen empatía, aceptación positiva incondicional y acogimiento a sus clientes.
- Comportamiento del cliente. Los clientes participan activamente en el proceso terapéutico mediante la autoexploración y la apertura al psicoterapeuta.
- Alianza terapéutica. Todas las psicoterapias confían en construir una fuerte alianza entre el terapeuta y el cliente.

Por su parte, Grencavage y Norcross (cit. en Kleinke, 1995) organizaron los trabajos publicados por diversos psicoterapeutas según sus rasgos comunes, identificando los siguientes temas:

- Las características del cliente más comúnmente mencionadas por los psicoterapeutas fueron: la esperanza y la expectativa.
- Las cualidades de los psicoterapeutas más importantes fue que dichos psicoterapeutas tuvieran una personalidad adaptativa para generar expectativas positivas de cambio en el cliente, así como la habilidad para motivar a estos mediante una comprensión empática de aceptación y acogimiento.
- Los procesos de cambio incluyeron ofrecer a los clientes la oportunidad de expresar sus emociones, ayudarlos a adquirir y practicar nuevos comportamientos, así como ofrecerles un marco de referencia racional y terapéutico que tuviera sentido para ellos, promoviendo la adquisición de insight y fomentando el aprendizaje emocional e interpersonal.
- La relación terapéutica fue el aspecto común mencionado con mayor frecuencia, así como el desarrollo de una buena alianza y una estrecha relación de trabajo.

Además de los principios comunes mencionados anteriormente Kleinke (1995) afirma que existe una serie de importantes procesos comunes en las psicoterapias, entre los cuales destacan: intercambio de pago por el servicio; ampliar la visión del mundo del cliente; ayudar al cliente a recapitular conflictos genéricos; establecer una experiencia emocional correctiva; promover expectativas positivas; permitir la expresión de emociones; ejercer una influencia social y animar a la práctica de nuevas competencias.

Por su parte, Orlinsky y Howard en 1986 (cit. en Bernardi et al., 2004) desarrollaron el concepto de *modelo genérico de la psicoterapia*, que busca encontrar elementos comunes entre las diferentes psicoterapias. Estos autores ubicaron seis categorías de fenómenos que ocurren en todo proceso psicoterapéutico (independientemente de la orientación teórica), las cuales se presentan a continuación:

- El contrato terapéutico.
- Las operaciones terapéuticas (aspectos técnicos).
- El vínculo terapéutico (aspecto interpersonal).
- Relación consigo mismo (aspecto intrapersonal).
- Impactos en las sesiones y realizaciones terapéuticas (aspecto clínico).
- Modelos secuenciales (aspecto temporal del proceso).

Por otra parte, en Bernardi et al. (2004) se refiere que toda psicoterapia se plantea una estrategia de trabajo, así como determinadas metas clínicas, independientemente de que sean terapias focales o no.

Refiriéndose específicamente a ciertos enfoques psicoterapéuticos, aunque parece existir contraste entre las psicoterapias psicoanáliticas y las psicoterapias Cognitivo-Conductual, de acuerdo a Gabbard (cit. en Jiménez, 2003) en muchas áreas la psicoterapia Cognitivo-Conductual y la psicoterapia Psicoanalítica coinciden tanto en lo teórico como en lo práctico.

En Jiménez (2003) se reporta que las psicoterapias cognitivas comparten con las psicoterapias dinámicas el supuesto de la existencia de procesos cognitivos irracionales. Sin embargo, en la psicoterapia Cognitiva, las cogniciones son consideradas aprendidas y mantenidas a través de reforzamientos. Además, los vínculos que se supone entre sintomatología y cogniciones específicas son en general menos complejos que en el enfoque dinámico.

En 1998 Ablon y Jones (cit. en Jiménez, 2003) encontraron que los tratamientos psicodinámicos breves incluyen un conjunto de diversas intervenciones, donde los psicoterapeutas además de aplicar estrategias de naturaleza psicodinámica, también aplican intervenciones con técnicas que habitualmente se asocian con el enfoque cognitivo-conductual (por ejemplo: examinar pensamientos falsos o creencias irracionales). Estos autores refieren que existe una sobreposición significativa en la manera como los psicoterapeutas de distintas orientaciones conducen los tratamientos. Dichos resultados son consistentes, por ejemplo, en 1998 Goldfried et al. (cit. en Jiménez, 2003) encontraron una amplia sobreposición entre terapias psicodinámicas interpersonales y terapias cognitivo-conductuales. Así mismo, en 1993 Jones y Pullos (cit. en Jiménez, 2003) en su estudio encontraron que los psicoterapeutas cognitivo-conductuales usan ocasionalmente estrategias psicodinámicas.

Por su parte Johnson (1990) refiere que el psicoterapeuta cognitivo al igual que el psicoterapeuta psicodinámico tradicional, busca contenidos mentales ocultos, sostiene que la diferencia reside en la cuestión del grado. Comenta además que tanto el paciente freudiano como el cliente cognitivo son tratados de modo muy parecido. Ésta autora agrega que en cualquier forma de psicoterapia el paciente necesita desarrollar una fuerte alianza terapéutica a fin de que la psicoterapia funcione.

OBJETIVOS DE LA PSICOTERAPIA

Inicialmente Freud (cit. Johnson, 1990) se dispuso ayudar a sus pacientes a resolver sus conflictos, pero hacia el final de su vida, sus concepciones en torno al cambio psicoterapéutico cambiaron, ya que no creía que fuese posible resolver los conflictos en su totalidad, por lo que llegó a convencerse de que el sentido del psicoanálisis no era erradicar conflictos, sino dominar los instintos que los producían. Muchos teóricos modernos concuerdan con lo pronunciado por Freud, así el psicoanalista Pfeffer (cit. en Johnson, 1990) refiere que la verdadera meta de la psicoterapia no es desalojar para siempre el conflicto, sino lograr que *pierda su severidad.* Este autor refiere que el conflicto permanece pero es menos intenso… y a su vez más consciente.

Para otros como Ramírez (1988), la tarea del psicólogo consiste en ayudar a los pacientes a ver la realidad tal cual es, acompañándolos en un doloroso proceso de descubrimiento y facilitándoles la aceptación de las cosas no susceptibles de ser transformadas, de transformar las que pueden serlo y de renunciar a los deberes ser y a los deseos (ego).

Por su parte, Traver (1992) afirma que los objetivos de la psicoterapia son muy diversos, destacando los siguientes:

- liberación y crecimiento personal,
- insight,
- comprensión,
- modificación de hábitos,
- cambios cognitivos,
- sistemas de creencias,
- curación de síntomas, adaptabilidad, etc.

Este autor refiere que tales desacuerdos están en función de ciertas variables como la técnica, la personalidad del psicoterapeuta, la personalidad del paciente, cuestiones relacionadas con los objetivos, etc. En la figura 3, se resumen estos factores:

Fig. 3 Objetivos psicoterapéuticos de los principales enfoques teóricos

OBJETIVOS EN PSICOTERAPIA	
Paradigma	**Modelo**
Cura	Psicoanálisis
Mejoría	Médico
Disolución	Estratégica
Manejo	Hipnosis
Cambio	Sistemas
Apoyo	Humanista
Extinción	Conductual

Para ejemplificar la variedad que existe sobre los objetivos psicoterapéutico a continuación se hace mención de sólo algunos objetivos, propuestos por autores de diversos enfoques teóricos.

Frank (cit. en Kleinke, 1995), considera que uno de los objetivos principales de la psicoterapia es ayudar a los clientes a sentir y a funcionar mejor, capacitándoles para realizar las modificaciones adecuadas en el mundo de sus creencias. Mientras que Stelzer (cit. en Kleinke, 1995) considera que el objetivo principal de la psicoterapia es ayudar al cliente a superar la evitación y a enfrentarse con sus problemas hasta que éste haya encontrado soluciones apropiadas a los mismos. Por su parte Meichenbaum (cit. en Kleinke, 1995), afirma que el objetivo del psicoterapeuta es convertir el proceso terapéutico en una experiencia irreversible, así mismo, considera que las expectativas positivas son un componente importante de todos los acercamientos psicoterapéuticos, por lo que promover expectativas de éxito en el cliente es un de los principales objetivos terapéuticos. Kleinke, (1995) reporta que un objetivo común de la psicoterapia es animar a los clientes a atribuir los logros a sus propios esfuerzos en lugar de atribuirlos a factores externos como la suerte, el psicoterapeuta u otras personas.

En el curso de una terapia bien dirigida la idea que tiene el paciente de lo que espera lograr con la terapia cambia considerablemente. Promover la auto-comprensión es también crucial para el objetivo central de la terapia a fin de ayudar al paciente a convertirse en un agente más activo de su propia vida (cit. en Wachtel, 1996).

Existe un concepto de psicoterapia en el que se asume a esta como una relación de trabajo entre terapeutas y clientes; lo cual tiene tres implicaciones importantes: 1) la patología no es necesariamente un constructo explicativo, 2) la meta es el cambio en lugar de la curación y 3) los

clientes son los responsables de establecer los cambios en sus vidas. Bajo el concepto anterior, el objetivo de la psicoterapia no es la curación total, sino una mejoría significativa de las actuales dificultades interpersonales del paciente, incluyendo síntomas y comportamiento interpersonal desadaptativo (cit. en Kleinke, 1995).

Con respecto a las metas específicas de la psicoterapia, estas dependen de los problemas y deseos específicos del cliente. Sin embargo, Frank (cit. en Kleinke, 1995) sostiene que existen algunas metas que son relevantes en casi todas las relaciones terapéuticas, tales como:

- Ayudar a los clientes a superar la desmoralización y ganar esperanza.
- Potenciar la sensación de dominio y autoeficacia del cliente.
- Animar a los clientes a enfrentarse a sus ansiedades en lugar de evitarlas.
- Ayudar a los clientes a ser más conscientes de sus concepciones erróneas.
- Enseñar a los clientes a aceptar las realidades de la vida.
- Ayudar a los clientes a adquirir “insight”.

FACTORES DEL CAMBIO PSICOTERAPÉUTICO

El cambio deseado en psicoterapia no consiste simplemente en que el cliente actúe de otro modo, sino también en que desee, necesite y esté motivado e impulsado a actuar de otro modo. Dicho cambio no es posible conseguirlo mediante peticiones y sugerencias directas pues se requieren de estrategias más complejas (Strong y Claiborn, 1985).

Diversos estudios se han enfocado en la búsqueda de los mecanismos de cambio entre las distintas formas de psicoterapia. Grawe (cit. en Bernardi et al. 2004) ha señalado cuatro de ellos como factores claves en los distintos procesos:

a) aprendizaje frente a los problemas
b) clarificación del significado desde una perspectiva motivacional
c) puesta en acto y re-experimentación de los problemas y
d) activación de los recursos personales.

A este respecto, el insight continúa siendo un componente importante en el proceso de cambio, pero su importancia se entiende mejor en relación a otros procesos de cambio. De acuerdo a Wachtel (1996) una preocupación excesiva por el insight puede hacer que pasen por alto otras fuentes de cambio importantes que contribuyen significativamente a que el paciente alcance sus objetivos terapéuticos. Así pues, se cuestiona si el cambio profundo y permanente se adquiere mejor mediante el intento del psicoterapeuta de limitarse exclusivamente a promover el insight. Este autor sostiene que un enfoque exclusivamente centrado en la promoción del insight puede impedir incluso el logro del propio insight.

Kleike (1995) señala que el insight no es ni necesario ni suficiente para que se produzca el cambio terapéutico, refiere que en muchas ocasiones los clientes pueden realizar cambios constructivos en sus vidas sin comprender enteramente el por qué de las cosas. Además, sostiene que un insight intelectual sobre el pasado del paciente no garantiza que éste vaya a tener algún cambio real. Sobre la misma línea, Watzlawick (cit. Kleinke, 1995) señala que él no recuerda un sólo caso en el cual el insight haya sido suficiente para causar algún cambio en una persona. El hecho de que el recuerdo de vivencias del pasado no sea necesario para el cambio es algo aceptado desde tiempos atrás incluso por psicoanalistas, tales como Franz Alexander y Thomas French (cit. en Kleinke, 1995).

Por su parte, Teyber (cit. en Kleinke, 1995), afirma que al centrarse en sólo la observación del origen de los problemas y no en la resolución de estos, probablemente no se producirá el cambio. Así mismo, Alexander y French (cit. en Kleinke, 1995) pensaban que el insight por sí solo no es suficiente para provocar el cambio. Por el contrario, la oportunidad de experimentar la interacción con otra persona, sin las consecuencias temidas o sin resultados contradictorios a los anticipados es lo que produce el cambio.

Johnson (1990) menciona que la distinción tradicional entre cambio estructural logrado mediante el análisis de conflictos y cambio de comportamiento logrado mediante el apoyo y estímulo del psicoterapeuta es falso, pues el cambio de comportamiento es un cambio real y por ende, dura lo mismo que el cambio logrado mediante el análisis de conflictos. Esta autora refiere que el cambio de comportamiento parece incluir también cambio estructural, esto debido a que en algunos estudios se ha encontrado que cuando los pacientes cambian de comportamiento, con frecuencia modifican también los conflictos y defensas subyacentes. En resumen, el cambio de comportamiento es un logro fundamental y en cierta medida el cambio de comportamiento es un cambio estructural.

Con respecto a los *recuerdos olvidados,* las investigaciones han demostrado que los resultados terapéuticos pueden ser alcanzados sin que el paciente recuerde todos los detalles importantes de su historia pasada. Frenczi y Rank (cit. en Kleinke, 1995), fueron los primeros en darse cuenta de este principio y aplicarlo en la psicoterapia.

Algunas posturas teóricas sitúan el cambio psicoterapéutico en el cliente y niegan que la influencia desempeñe un papel directo a la hora de producirse. Sobre esta línea, el cambio se entiende como responsabilidad del cliente (Strong y Claiborn, 1985).

La idea de que las intervenciones del psicoterapeuta afectan en primer lugar el sistema perceptivo-cognitivo del cliente, actuando después como mediadores de otros cambios, fue elaborada por Levy en 1963 (cit. en Strong y Claiborn, 1985), quien conceptualizó la psicoterapia como un proceso interactivo, es decir, dicho autor sostiene que el proceso de cambio proviene de las interpretaciones que se hagan a los eventos ya que de esto dependen las actitudes que se tomen.

De acuerdo a Toledo et al. (2001), la sensación de recibir atención, ser oído y aceptado por el psicoterapeuta se ubica como un factor de mejoría en algunos pacientes. Así mismo, algunos pacientes refieren como factores de producción de mejoría a los consejos, las sugestiones y las opiniones.

RESULTADOS DE LA PSICOTERAPIA

De acuerdo a Bernardi et al. (2004) la psicoterapia efectiva es más que un conjunto de procedimientos técnicos y una cálida relación de apoyo. Tanto los factores comunes de relación como las intervenciones específicas tienen un impacto en el resultado. Estos autores refieren que el resultado se entiende mejor como el efecto sinérgico de los recursos y problemas del paciente, combinados con las habilidades y limitaciones del psicoterapeuta.

A lo largo de la historia diversos autores han cuestionado la efectividad de la psicoterapia. Uno de los principales críticos fue H. Eysenck (cit. en Groos, 1978). Este autor en 1952 cuestionó la efectividad de la psicoterapia afirmando que los resultados de esta eran similares a los obtenidos por remisión espontánea. No obstante, a partir de estudios más estructurados se mostró la efectividad de la psicoterapia al encontrarse diferencias entre grupos con y sin tratamiento (Bernardi et al., 2004).

Hablando sobre el cuestionamiento de enfoques específicos, Horgan (2001) refiere que en 1916, *The Nation* se quejaba de que el psicoanálisis no estaba bien fundamentado ni teórica ni empíricamente. Mientras que Mastache (2000) reporta que entre los años de 1965 y 1981 el cuestionamiento acerca de la efectividad terapéutica toma una forma legislativa ya que el congreso de los Estados Unidos pedía pruebas sobre la efectividad, como condición de pago a los psicoterapeutas.

A partir de la década de 1970 el desarrollo de los meta-análisis permitió revisar los resultados de cientos de estudios que confirmaron tanto la eficacia (resultados obtenidos en condiciones ideales) como la efectividad (resultados obtenidos en las condiciones en las que se da la práctica real) de la psicoterapia (cit. en Bernardi et al., 2004).

Ya desde los primeros meta-análisis se mostraba que el 80% de los pacientes tratados estaban mejor que los no tratados. Encontrándose además, que los cambios producidos continuaban luego de la terminación de la psicoterapia. Así mismo, dichos cambios tenían una significación clínica y no sólo una significación estadística, es decir, los resultados no sólo se presentaron en pequeñas modificaciones de puntajes de los tests utilizados, sino además implicaron modificaciones reales en la calidad de vida de los pacientes (cit. en Bernardi et al., 2004 y Jiménez, 2003).

De acuerdo a Bernardi et al. (2004), existe clara evidencia sobre la eficacia a favor de diferentes formas de psicoterapia en distintos trastornos, entre los trastornos que muestran mayor evidencia de eficacia se encuentran los siguientes: depresión mayor, ansiedad generalizada, las fobias (incluyendo la fobia social), los trastornos obsesivos-compulsivos, el trastorno de estrés post-trumático, los trastornos alimentarios, los programas de intervención familiar en la esquizofrenia, los trastornos de personalidad, el abuso de alcohol y cocaína y las disfunciones sexuales.

En materia de las neurociencias, existen sólidas pruebas científicas al respecto de que la experiencia de la infancia como de la psicoterapia modifican la manera en cómo las neuronas del cerebro se conectan entre sí. Esta modificación provoca cambios en la manera en cómo se procesa, se integra, se experimenta y comprende la información y la emoción. Sin embargo, aún existe cuestionamientos acerca de tales investigaciones (Horgan, 2001).

La revisión de la literatura realizada por Gabbard (cit. en Bernardi et al., 2004) muestra que la inclusión de la psicoterapia en el tratamiento de los trastornos más severos reduce los gastos de tratamiento ulterior y aumenta la productividad laboral en los pacientes.

Es tal la evidencia sobre la efectividad de la psicoterapia que la guía de National Institute of Mental Health de Gran Bretaña sostuvo que las terapias psicológicas son parte esencial del cuidado de la salud (cit. en Bernardi et al., 2004).

Pero, ¿en qué se han basado estos estudios para mostrar la efectividad de la psicoterapia?; a este respecto Toledo et al. (2001) refieren que la mayor parte de las veces, el propio paciente es quien percibe los cambios, sin embargo, existen casos en los que la familia también percibe dichos cambios.

Siguiendo sobre la misma línea en Groos (1978) se reporta que la mayoría de los pacientes que se encuentran bajo tratamiento dicen que la psicoterapia si funciona. De igual modo, Johnson (1990) refiere que para la mayoría de los pacientes la psicoterapia *funciona* o por lo menos *ayuda*, enfatizando que para casi todos los pacientes la psicoterapia funciona mejor cuando es una situación finita (que tiene un fín).

Por otra parte, de acuerdo a Traver (1992), existen ciertos parámetros que predicen de alguna manera los resultados de la psicoterapia, dichos parámetros se muestran en la figura 4.

Fig. 4. Principales Predictores de los resultados de la Psicoterapia

PARÁMETROS CLÍNICOS DE LA DEMANDA PSICOTERAPÉUTICA QUE PREDICEN BUENA RESPUESTA	
Confusión	Noosis (vacío existencial)
Desmoralización	No acting out
Desesperanza	Alianza de trabajo
Alineación	Confianza básica
Reactividad	

Así mismo, Bernardi et al. (2004) reportan que las investigaciones sobre el proceso y los resultados de la psicoterapia han intentado identificar las variables que pueden influir en el curso de una psicoterapia, entre las cuales se encuentran:

1. Variables referentes al paciente: edad, sexo, inteligencia, severidad del trastorno, cronicidad, comorbilidad, etc., estas variables no han mostrado una influencia apreciable en el resultado de la psicoterapia, aunque si otros factores como etnicidad, ambiente familiar, etc.
2. Variables adscritas al psicoterapeuta: Se reporta que los estudios sistemáticos para este tipo de variables aún son insuficientes.
3. Tipo de intervención entre las variables del paciente y del psicoterapeuta: Entre estas variables se encuentra la Alianza terapéutica. La efectividad de la psicoterapia parece depender en gran parte de una adecuada alianza terapéutica, es decir, de un acuerdo entre psicoterapeuta y paciente acerca de las metas y tareas del tratamiento, así como un compromiso mutuo dentro del proceso.

Mahoney (1996) afirma que en el análisis de los efectos de la psicoterapia, los factores más importantes están en el cliente y en los sistemas interpersonales en que vive. El segundo en importancia son los factores asociados con el psicoterapeuta y el tercero se refiere a la orientación teórica del psicoterapeuta y las técnicas que utiliza.

Los resultados anteriores han llevado a cuestionar el excesivo énfasis que cada orientación ha dado a sus técnicas o procedimientos particulares. Según el trabajo de Lambert en 1986 (cit. en Ruiz y Cano 1998), los resultados de la psicoterapia dependen en un 40% de variables propias del paciente y su contexto vital (personalidad, apoyo social, etc.),un 30% de factores comunes a todas las

orientaciones psicoterapéuticas (empatía, apoyo y confrontación de emociones, etc.); un 15% al llamado efecto placebo (expectativas que tiene el paciente sobre el saber que se le ayudará) y un 15% a las técnicas especificas de cada enfoque terapéutico (asociación libre, exposición conductual, manejo de actitudes disfuncionales, etc.).

Smith y Glass en 1977 (cit. en Mastache, 2000) presentaron un estudio sobre 375 evaluaciones controladas de psicoterapia, que verifica la eficacia de la terapia a través de la mejoría observada en las personas que asisten a terapia, con respecto al 75% de pacientes que no asisten a terapia. Estas autoras concluyen que los resultados obtenidos a través de diferentes tipos de terapia (conductual, rogeriana, psicodinámica, racional emotiva) no presentan diferencias significativas en cuanto a su efectividad. En otro estudio, Smith (cit. en Mastache, 2000) observa que la edad, el diagnóstico del paciente, el entrenamiento y experiencia del psicoterapeuta, así como la duración y el tipo de psicoterapia, presentan poca correlación estadística con respecto al resultado de la psicoterapia.

A partir de las investigaciones antes mencionadas Mastache (2000) concluye que la psicoterapia si funciona y no parece existir diferencia en cuanto a resultados y efectividad entre los diferentes tipos de psicoterapia.

Como todo tratamiento eficaz la psicoterapia puede también tener efectos negativos, cuya aparición se evalúa alrededor de un 5 a 10% de los casos. Bernardi et al. (2004), reportan que existen informes reiterados de que el riesgo es mayor en las terapia experienciales o con tratamientos insuficientes con relación a la severidad de los problemas del paciente. El psicoanálisis rioplatense (argentino) ha estudiado a nivel clínico los casos de reacción terapéutica negativa, así como las situaciones de “impasse terapéutico”, o sea, aquellas situaciones en las que el tratamiento se eterniza sin que el paciente obtenga beneficios. Este tema es de suma importancia por lo cual más adelante se abrirá un apartado al respecto, no sin antes ahondar sobre los diferentes factores intervinientes en los resultados de la psicoterapia (factores del cliente, factores de expectativa esperanza y placebo, factores de la técnica o modelo y factores relacionados con el psicoterapeuta).

Factores del cliente

En Mastache (2000) se reporta que un 40% de los resultados del tratamiento es atribuido a los factores relacionados con las variables del cliente, por ejemplo y según el modelo psicoterapéutico, tiene que ver con la *severidad del disturbio, la motivación, la capacidad para relacionarse, la fuerza yoica, la disposición psicológica y la habilidad para identificar un problema específico.*

A los elementos anteriores Miller et al. (cit. en Mastache, 2000) añaden como factores del cliente: las *fortalezas, los recuerdos, la capacidad de crecimiento, la habilidad para procurarse ayuda y apoyo*, así como algunos *eventos azarosos* en la vida del cliente. Estos mismos autores apoyan la idea de que dichos factores pueden explicar el éxito de los métodos de autoayuda.

En 1999 Tallman y Bohart (cit. en Mastache, 2000) mencionaron que los factores del cliente también pueden ser entendidos en función de la capacidad de éste para *autocurarse*, así mismo, ubican al cliente como el responsable del 70% del resultado de la psicoterapia. Por su parte Stanley (1985) refiere que la mayoría de los psicólogos clínicos están de acuerdo con la idea de que los clientes son responsables de su proceso psicoterapéutico.

Así mismo, Kleinke (1995) refiere que un factor importante en el resultado exitoso de la psicoterapia es la *voluntad* y *habilidad* por parte del cliente de implicarse activamente en el proceso de la psicoterapia, dado que se considera a la persona como ocho veces más poderosa que la teoría o las técnicas para pronosticar los resultados de la psicoterapia. Esta autora sostiene que una condición

necesaria para obtener éxito en la psicoterapia es que el psicoterapeuta y el cliente acuerden que éste último debe asumir la responsabilidad de buscar sus propias soluciones.

Tallman y Bohart (cit. en Mastache, 2000 p. 35) dan gran importancia a la percepción del cliente sobre lo que es "ayudador" para determinar lo que es "útil" en la psicoterapia. A este respecto, se menciona que los clientes suelen sentir como elemento ayudador el tener un tiempo y un lugar para centrarse en sí mismos y hablar, así como el tener a alguien que los escuche, se preocupe, los entiende, anime y de consejos. En otro estudio citado por esta misma autora, se proporcionó evidencia acerca de que "la experiencia de contar la historia" como paciente conduce a un mayor "autoentendimiento o sentimiento y contacto con el malestar interior".

Con respecto a la participación activa del cliente, Elliott (cit. en Mastache, 2000, p. 36) resalta el hecho de que cuando los terapeutas cometen errores, entonces los clientes los ignoran y sólo usan lo que les beneficia. Lo anterior apunta hacia una visión diferente sobre el papel del cliente dentro de la terapia ya que no se ve a los clientes como agentes pasivos sino como "agentes activos trabajando creativamente para obtener del terapeuta lo que quieren y necesitan, protegiéndose cuando es necesario y apoyando activamente al terapeuta cuando piensa que el terapeuta lo necesita".

Factores de expectativa, esperanza y placebo

Lambert (cit. en Mastache, 2000) menciona que estos factores son responsables del 15% de los cambios en el proceso psicoterapéutico. Para dicho autor, tales factores pueden ser definidos como aquella porción de la mejoría que resulta del conocimiento del cliente de que está siendo tratado, así como de la credibilidad hacia las técnicas y explicaciones específicas del tratamiento.

El término placebo dentro de la psicología, puede ser entendido como aquella mejoría del paciente cuyo resultado no es atribuible a las intervenciones del psicoterapeuta. El placebo moviliza las expectativas del cliente hacia la mejoría. A partir de la importancia notada en cuanto a los efectos de placebo Miller (cit. en Mastache, 2000) sugiere que el psicoterapeuta debe creer en su orientación terapéutica, debe mostrar interés hacia los resultados que se van presentando en el tratamiento, el procedimiento u orientación terapéutica deben ser creíbles y contundentes para el cliente, por lo cual el tratamiento debe fomentar o resaltar la sensación de control personal en el cliente.

De igual manera, Mastache (2000) resalta la importancia que tiene el hecho de que el psicoterapeuta espere que el cliente cambie y que dicho psicoterapeuta confíe y se sienta con maestría en cuanto al método que utiliza, lo cual refuerza la creencia del cliente en la posibilidad de curarse.

De acuerdo a Strong y Claiborn (1985), la fe y credibilidad son factores determinantes en la efectividad del tratamiento psicológico; el requisito más importante para el cambio es la creencia del cliente en una fuerza poderosa capaz de producir los cambios deseados, la fuerza que se activa en el proceso de interacción con el profesional, es decir, que si el cliente y el psicoterapeuta creen, el resultado del tratamiento ocurrirá por vía del fenómeno de rapport y proporcionará pruebas de la realidad del agente curativo.

Snyder et al. (cit. en Mastache, 2000), sustenta que las respuestas emocionales positivas y el mantenimiento de la esperanza se presentan cuando la gente puede perseguir y lograr sus metas. Por otra parte, hay estudios donde se ha observado que del 56% al 71% de los cambios psicoterapéuticos ocurre en las primeras fases de tratamiento. En dichos estudios se concluye, que tales cambios son consecuencia de la esperanza, entendida en términos de la habilidad que el cliente siente en sí mismo para diseñar e implementar acciones hacia un camino deseado.

Por su parte, Patterson (cit. en Small, 1986) considera que la esperanza es el factor común dinámico de enfoques terapéuticos aparentemente opuestos. Este autor afirma que la terapia fracasa cuando se sostienen expectativas que el propio paciente estima poco realistas. Frank (cit. en Small, 1986) comenta que la expectativa influye sobre todo en los aspectos del funcionamiento humano al introducir el futuro en la conciencia. Por lo cual las expectativas se encuentran ligadas directamente con grados de confianza en el psicoterapeuta. Así mismo, Shlein (cit. en Small, 1986) en una investigación encontró que las expectativas de los pacientes en torno a la duración del tratamiento es un efecto sobre el éxito terapéutico.

Asay y Lambert (cit. en Mastache, 2000) mencionan que los efectos de placebo tienden a ser menos poderosos en clientes con trastornos severos y en estudios donde participan terapeutas con más experiencia. Dicha aseveración entra en oposición con los resultados de estudios que hablan de una ausencia de diferencia entre las orientaciones terapéuticas, tipo de problemática y la experiencia del terapeuta.

Factores de la técnica o modelo

A este grupo de factores se le atribuye el 15% del resultado de la psicoterapia. En algunas investigaciones se han encontrado pequeñas diferencias significativas entre los modelos, destacando un mayor efecto en el tratamiento de desordenes de ansiedad, fobias y trastornos de pánico con tratamientos bajo un enfoque conductual. En una línea más general, son mencionadas también las intervenciones paradójicas y su relación estadística positiva con los resultados del tratamiento (Mastache, 2000).

No obstante, en Traver (1992) se afirma que no existe superioridad entre unas técnicas y otras, ya que todas las psicoterapias se apoyan en los mismos recursos y cuyos paradigmas son la sugestión, la persuasión y la sensibilidad del psicoterapeuta para acoplarse al plan inconsciente del paciente y a la capacidad de éste para corregir el desvío epistemológico. Sin embargo, este autor aclara que si considera que existen diseños de psicoterapia más eficaces para enfrentar a los enfermos difíciles. Estos pacientes resistentes (en psiquiatría conocidos como caracterópatas o con alteraciones de la personalidad) son candidatos de entrada para psicoterapias de largo plazo.

Algunos autores como Sifneos (cit. en Vidal, 2002) han planteado que en general cualquier forma de psicoterapia puede ser beneficiosa para el paciente ya que los buenos resultados de la misma, dependen más de la fortaleza yoica del paciente, así como de la personalidad del psicoterapeuta. Otros como Small (1986) han hablado de un “impulso autónomo” hacia la salud que todas las personas poseen y que les permitirá superar las crisis que forman parte de la evolución normal de la vida, siendo las psicoterapias las que refuerzan dicho impulso.

La revisión de Luborsky y Singer en 1975, y los trabajos más actuales de Smith, Glass y Millar en 1980 (cit, en Fernández, 1993 y Vidal, 2002), demostraron la falta de diferencias significativas al comparar resultados de distintas psicoterapias en patologías equivalentes. Es decir, que los buenos resultados de un tratamiento psicoterapéutico, son directamente proporcionales a la habilidad y capacidad de comprensión del psicoterapeuta, así como a las expectativas que el paciente haya depositado en el psicoterapeuta, ya sea por referencias de otros pacientes o por los términos utilizados por el médico derivador.

Por su parte, Shadish et al. en 1995 (cit. en Mastache, 2000) dentro del campo de la terapia familiar presentó un estudio en el que se muestra que ninguna orientación psicoterapéutica es superior en cuanto a la efectividad. Así mismo, en Bernardi et al. (2004) se afirma que ninguna psicoterapia considerada aisladamente puede ofrecer tratamiento efectivo en todo el rango de dificultades que experimentan las personas con problemas de salud mental.

A partir de la exposición sobre la perspectiva de los *factores comunes* en todo tipo de tratamiento que resulta exitoso, Mastache (2000) resume las siguientes ideas:

- Parece tener mayor importancia la percepción del cliente sobre aspectos de la relación terapéutica, que la propia percepción del psicoterapeuta.
- Parece tener gran importancia el trabajo con metas dentro del encuentro psicoterapéutico.
- Las expectativas del cliente de ser ayudado y de cambiar, parecen ser factores importantes para los resultados del trabajo psicoterapéutico.
- La orientación o modelo no parece tener gran relevancia sobre el resultado de una psicoterapia.
- No todos los resultados apuntan hacia una misma dirección.

Hablando de enfoques psicoterapéuticos específicos, de acuerdo a un meta-análisis realizado en el año 2001 por Leichsenring (cit. en Jiménez, 2003) se concluye que no hay diferencias en los resultados entre la psicoterapia psicodinámica breve (estructurada) y las psicoterapias cognitivas o cognitivo-conductuales en el tratamiento de trastornos específicos como la depresión. No obstante, Jiménez (2003) apunta que las psicoterapias conductuales y cognitivo-conductuales constituyen una gran ventaja sobre las de tradición psicoanalítica, desde el momento en que son las primeras más accesibles a la investigación sistemática de resultados.

Siendo las habilidades del psicoterapeuta un factor importante en el proceso de cambio psicoterapéutico es preciso abrir el siguiente apartado.

HABILIDADES DEL PSICOTERAPEUTA

Como se ha mencionado, la psicoterapia tiene lugar dentro de una relación interpersonal, lo cual explica que el resultado psicoterapéutico satisfactorio dependa tanto de las competencias interpersonales del psicoterapeuta como de su dominio técnico. En 1989 Lambert (cit. en Kleinke, 1995) concluye que las competencias y las características personales del psicoterapeuta tienen un efecto ocho veces mayor en el resultado de la psicoterapia que la orientación teórica o técnicas de tratamiento. Por su parte, Frank (cit. en Small, 1986) afirma que el psicoterapeuta es el ingrediente más importante de la relación terapéutica, ya que él puede promover una relación que proporcione alivio al paciente.

Cabe mencionar que la investigación en psicoterapia sobre la variable del psicoterapeuta tiene una larga historia. Uno de los primeros en abordarla fue el clínico y catedrático humanista Carl Rogers en 1957, (cit. en Moncada et al, 2003) quién delimitó tres factores del psicoterapeuta que se han considerado factores importantes en todo proceso psicoterapéutico:

a) la aceptación positiva hacia el paciente,
b) la autenticidad y
c) la empatía.

Más tarde en 1962, Bergin (cit. en Moncada et al, 2003) continuó el estudio de esta variable dentro de la psicoterapia describiendo dos tipos de terapeutas: aquellos que tenían como objetivo que el paciente logre ser responsable y autónomo, y aquellos que tenían como meta lograr la obediencia y el conformismo. Encontrando en su investigación, que los resultados de los psicoterapeutas del primer tipo fueron significativamente mejores que los del segundo tipo.

Existen estudios que revelan que los psicoterapeutas con mayor experiencia tienden a ganar con mayor facilidad la cooperación de sus clientes, en términos de la coordinación de los últimos con las propuestas de intervención de los primeros. Uno de ellos, fue realizado en Suecia en el año de 1998 por Sandell (cit. en Moncada et al, 2003) quien aplicó 313 cuestionarios a terapeutas y psicoanalistas, encontrando que los terapeutas más experimentados obtienen mejores resultados con sus pacientes, independientemente del sexo del paciente y de la corriente psicoterapéutica. Esta observación presenta cierta oposición en relación con los resultados presentados en otros estudios, donde se afirma que no existe evidencia sobre las diferencias entre experiencia y entrenamiento de los terapeutas (Mastache, 2000).

Con respecto al estilo terapéutico, en Moncada et al, (2003) se refiere que la directividad del psicoterapeuta puede ser apreciada por algunos pacientes, mientras que para otros esta directivdad puede ser un impedimento en su avance terapéutico; se reporta además que ni la edad, ni el sexo o etnia del psicoterapeuta juegan un papel importante en los resultados de la psicoterapia.

Los factores asociados a la personalidad del psicoterapeuta han sido investigados por diversos autores. Traver (1992) cita diversos estudios al respecto, entre los cuales se encuentran los siguientes: Strupp habla de la importancia de la actitud del psicoterapeuta para ganarse el respeto del paciente y/o que sea percibido como leal y honesto. La escucha empática que es citada por numerosos autores parece fortalecer la hipótesis del interés humano, que Bion resumió en el paradigma “escuchar sin tiempo y sin deseo”. Por su parte Frank, cita la necesidad de encontrar una explicación o mito al malestar, siendo esta una manera de fortalecer la confianza. Mientras que González habla de la creatividad y Ellis de la tolerancia a la ambigüedad.

Guy (1995) refiere que la personalidad del psicoterapeuta constituye una herramienta primordial utilizada en la práctica de la psicoterapia. Independientemente de la orientación teórica y el nivel de experiencia, dicha personalidad es uno de los factores más importantes del tratamiento.

De igual manera, Luborsky (cit. en Kleinke, 1995), afirma que el principal agente de una psicoterapia eficaz es la personalidad del psicoterapeuta, especialmente su habilidad para establecer una relación cálida y de apoyo. Él identifica dos cualidades que debe tener un psicoterapeuta: 1) Interés por ayudar a los clientes y 2) Salud y competencia psicológica.

Traver (1992) sostiene que algunos psicoterapeutas son más eficaces que otros al momento de operar como modelos de identificación o de elaborar estrategias que refuercen los planes inconscientes del paciente para resolver sus problemas y que el diseño del encuadre psicoterapéutico contiene cierto número de variables críticas que por sí solas son terapéuticas independientemente del modelo teórico que lo sustente.

Algunos estudios muestran que los psicoterapeutas más efectivos desde las percepción de los clientes muestran conductas positivas como: calidez, comprensión, aserción, en contraposición con conductas como: culpar, ignorar, negar, atacar y rechazar (Hubble et al. 1999a; cit. en Mastache, 2000).

De acuerdo a diversos autores como Ramírez y Díaz (1985) y González y Revuelta (1994), el psicoterapeuta debe tener un plan que le ayude a delimitar cuales son las habilidades básicas que debe tener para desarrollarse como un buen psicoterapeuta. Necesita un marco práctico que le ayude de manera empírica a facilitar la comprensión y solución del problema. Además, es indispensable un marco teórico que le capacite para integrar ideas de diversos teóricos y enfoques, a fin de reunirlos en un sólo concepto que dé por resultado una ayuda efectiva. Para que el psicoterapeuta brinde ayuda efectiva no solamente es indispensable que conozca a nivel teórico varios enfoques

terapéuticos, sino que además como aspecto esencial, debe entrenarse para adquirir ciertas habilidades personales que le permitan crear un clima favorable para el óptimo desarrollo del proceso terapéutico. Así mismo, es indispensable que el psicoterapeuta sea consciente de estar llevando a cabo una intervención clínica que exige como tal, profesionalidad, corrección y responsabilidad.

Para ejercer como psicoterapeuta, éste no sólo requiere recibir una formación académica, sino que además debe poseer algunas características o habilidades personales que le permitan desarrollar esta actividad; dichas habilidades se describen a continuación:

INTERÉS POR LA AYUDA
Ellis (cit. en Kleinke, 1995) y Sandoval (2002) sostienen que un psicoterapeuta debe estar interesado en ayudar a los clientes y por consiguiente dispuesto a trabajar para satisfacer dicho interés. Debe existir un deseo de ayudar prácticamente a todos los pacientes, remitiendo libremente a otros psicoterapeutas aquellos clientes a los que piensan que no puede ayudar o a los que no está interesado en ayudar.

RECONOCIMIENTO DE HABILIDADES Y LIMITACIONES PERSONALES
Como psicoterapeutas se tiene que estar consciente de la falta de preparación en ciertas áreas. No obstante, un psicoterapeuta debe confiar en su propia habilidad terapéutica, sin ser rígido o grandilocuente (Ellis, 1985; cit. en Kleinke, 1995)

AUTENTICIDAD
De acuerdo a Ramírez y Díaz (1995) ser autentico significa ser genuino, espontáneo, asertivo, congruente, además de actuar y decir lo mismo que piensa y siente.

CONOCIMIENTO TEÓRICO
Poseer un amplio conocimiento sobre teorías y prácticas psicoterapéuticas, siendo flexibles y no dogmáticos o científicos, por consiguiente estar abiertos a adquirir nuevas competencias y a experimentar las mismas (Ellis en 1985; cit. en Kleinke, 1995).

Por su parte Feixas y Miró (1993) y Martínez (2003) afirman que se requiere de conocimientos específicos sobre procesos de aprendizaje y cognitivos, dinámica de la personalidad, técnicas de evaluación psicológica, psicopatología, principios de interacción social, procesos emocionales, desarrollo del ciclo vital, además de conocimientos teóricos de cada modelo.

ATENDER
Una de las principales habilidades que debe tener un psicoterapeuta es la capacidad de atender, (escuchar atentamente tanto los mensajes verbales como no verbales). La atención necesaria para establecer el contacto se debe dar en dos niveles:

Atención física: Se refleja con la actitud corporal que incluye postura, contacto visual, tensión muscular y distancia entre los interlocutores.

Atención psicológica: Se refiere a que el psicoterapeuta (desde el primer contacto) le haga sentir a la persona que es aceptada, que se le escucha realmente y que el psicoterapeuta tiene un interés genuino por el paciente y su problemática (Ramírez y Díaz 1985 y Rodríguez, 2000).

ESCUCHA ATENTA E IMPARCIAL
Se refiere a la disposición del psicoterapeuta de escuchar atentamente la información tal y como la presenta el paciente, intentando comprender sin juzgar, sin aconsejar y sin refutar lo que el paciente dice (Fromm, 1977 y Vidal, 2002).

EMPATÍA
Es la capacidad de entender a la otra persona desde su propio punto de vista, así como el de poder comunicar que se le comprende (Ramírez y Díaz, 1985 y Rodríguez, 2000).

RESPETO
De acuerdo a Ramírez y Díaz (1985) y Rodríguez (2000) la actitud de respeto se manifiesta a través de las siguientes conductas:

- *Atender*: Escuchar con interés.
- *No emitir juicios de valor*: El psicoterapeuta no juzga y acepta incondicionalmente las conductas y sentimientos del paciente, manifestando su comprensión hacia éste.
- *Comunicar empatía precisa*: Manifestar que se comprenden sentimientos, experiencias y conductas del paciente.
- *Ayudar al paciente a desarrollar sus propias potencialidades*: Es permitirle al paciente que tome sus propias decisiones y que actué por sí mismo.
- *Cordialidad*: La cordialidad no se debe exagerar y caer en una actitud falsa, extremadamente complaciente, que proyecte al paciente un marco de irrealidad en donde no hay límites claros y que por lo tanto, puede dañar más que beneficiar al paciente.
- *Refuerzo con respeto*: Un psicoterapeuta debe tener en cuenta que ejerce cierta influencia sobre el paciente, por lo que debe estar consciente y alerta de las responsabilidad que implica esta influencia, la cual no debe ser tomada para controlar o manipular al paciente, sino para reforzar aquellos aspectos que lo conduzcan a vivir más pleno y además, apoyarlo en aquellos aspectos negativos que el paciente aún no ha podido manejar.

COMUNICACIÓN COMPRENSIBLE
Las habilidades de comunicación son fundamentales para la interacción, e incluyen métodos de comunicación verbal, no verbal y escrito. Según Holte (cit. en Rodríguez, 2000), para los profesionales de la salud, la comunicación es uno de los métodos más importantes debido a que esta es la base de la entrevista. De acuerdo a Kaplan (cit. en Rodríguez 2000), existen evidencias de que una buena comunicación entre el paciente y el psicoterapeuta impacta directamente en los resultados de la salud.

Strupp (cit en Kleinke, 1995) afirma que el lenguaje del psicoterapeuta debe ser simple, directo y comprensible haciendo que el paciente sienta que el psicoterapeuta comprende sus sentimientos. Por su parte Wachtel (1996), refiere que la forma y tono en que el psicoterapeuta haga sus observaciones o intervenciones determinará la forma en que el paciente de significado, el cual muchas veces será determinado por la experiencia o vivencias del propio paciente.

SER CONCRETO
Es común que el paciente divague al hablar de sus sentimientos y experiencias, por lo cual el psicoterapeuta debe ayudarlo a concretizar cada vez más sus experiencias y sentimientos. Así mismo, el psicoterapeuta debe ayudar al paciente a integrar en forma coherente y lógica aquellas ideas aisladas y confusas que le impiden la comprensión integral de sí mismo (Ramírez y Díaz, 1985).

CONFRONTACIÓN
La confrontación es una técnica que permite enfrentar al paciente con su problemática real y objetiva, haciendo evidente las incongruencias Es una extensión de la empatía avanzada y que ayuda al paciente a explorar sentimientos, experiencias y conductas que éste ha rehusado explorar, ya que esto implica una responsabilidad no asumida o un dolor no asimilado. Ante la confrontación se debe tomar una postura delicada, no se debe castigar o sermonear, por el contrario, la actitud del psicoterapeuta debe propiciar un clima de seguridad y respeto que permita al paciente disminuir sus

defensas y asumir con responsabilidad los sentimientos que se desprendan de dicha confrontación (Ramírez y Díaz, 1985).

PROXIMIDAD
Es la capacidad de discutir de manera abierta y directa con la otra persona lo que está sucediendo aquí y ahora en la relación interpersonal, así mismo, significa comunicar de manera sincera y genuina los sentimientos que están teniendo lugar en ese preciso momento (Ramírez y Díaz, 1985).

AUTODESCUBRIMIENTO
Implica que el psicoterapeuta esté en la disposición de compartir con el paciente alguna experiencia personal, que pueda en un momento determinado, ayudar al paciente en su proceso psicoterapéutico (Ramírez y Díaz, 1985).

NEUTRALIDAD DEL TERAPEUTA
La neutralidad perfecta es un mito, imposible de llevar a cabo. La mayoría de los psicoterapeutas reconocen que es imposible ser completamente neutral hacia los clientes y sus problemas, ya que el sólo hecho de ser observador y participante invalida tal aspiración, pero se debe trabajar tendiendo a ella. Algunos autores como Braier (cit. en Vidal, 2002) sostienen que una de las formas para hacerlo, es mediante el "autoanálisis metódico de la transferencia", las supervisiones periódicas y el trabajo en equipo.

EVITAR OFRECER CONSEJOS
De acuerdo a Kleinke (1995) existen tres razones por las que los psicoterapeutas evitan dar consejos a sus clientes: Primero, está la cuestión de si es ***ético*** o no que los clínicos presuman saber qué es lo mejor para sus clientes. Una segunda razón es porque dichas situaciones animarían a los clientes a depender de la sabiduría de los psicoterapeutas en lugar de pensar por sí mismos. Y la tercera razón es porque habitualmente no funcionan.

A pesar de los peligros descritos al respecto de dar consejos, hay ocasiones en los que puede ser adecuado hacerlo. Estas ocasiones se dan cuando cliente y psicoterapeuta han acordado un curso de acción y el cliente está dispuesto a aceptar las sugerencias del psicoterapeuta. Otra ocasión en la que el psicoterapeuta puede dar consejos, es cuando el cliente está dispuesto a hacer alguna cosa que inevitablemente va a ser dañina. En tales situaciones, el psicoterapeuta puede ayudar a los clientes animándoles a anticipar las consecuencias de sus actos (cit. en Kleinke, 1995).

TOLERANCIA DISCRIMINADA
Las escuelas de la Comunicación plantean que cuando los individuos atraviesan importantes situaciones de crisis y están excitados, confundidos, angustiados o deprimidos, las posibilidades ilimitadas de elección se convierten en una carga ya que estos pacientes, por su estado mental, no pueden evaluar alternativas. En aquellos casos en el que se dificulta la toma de decisiones, es importante que la actitud del psicoterapeuta de un modo directo o indirecto, apoye al paciente a fin de que las elecciones posibles no sean tantas, ni tan diversas (Vidal, 2002 y Martínez, 2003).

AMPLIAR LA VISIÓN DEL CLIENTE
Cuando los clientes llegan a psicoterapia, habitualmente están “estancados”. No saben como solucionar sus problemas y las soluciones que están poniendo en práctica no les funcionan. Un proceso importante es ayudar a los clientes a contemplar sus problemas desde una nueva perspectiva y ser consientes de las respuestas de afrontamiento (Kleinke, 1995).

CAPACIDAD DE CONTROL DEL "FUROR CURANDIS": (H. H. STRUPP Y J. L. BINDER)
En algunos pacientes surgen o se incrementan los mecanismos de idealización, lo que a su vez estimula el narcisismo del psicoterapeuta, el cual, si no está alerta a estos dinamismos tenderá a sentirse poderoso, inteligente y omnipotente, corriendo el riesgo de actuar sin reflexión, embarcándose en situaciones complicadas, que posteriormente sean difíciles de solucionar (cit. en Vidal, 2002 y Martínez, 2003).

CULTURA Y CONOCIMIENTOS GENERALES
Otra de las habilidades necesarias en un psicoterapeuta mencionadas por Becerra (2002) es la cuestión relacionada con la cultura y conocimientos generales. Un psicoterapeuta debe saber identificar las características personales y culturales de sus pacientes y establecer ciertas adaptaciones a fin de lograr un mejor entendimiento, para ello es necesario que el psicoterapeuta cuente con una amplia cultura general.

Siguiendo con las habilidades del psicoterapeuta, de acuerdo a Johnson (1990), un buen psicoterapeuta interrogará a sus pacientes acerca de cualquier sentimiento adverso que puedan tener hacia él.

ASPECTOS QUE DEBE EVITAR UN PSICOTERAPEUTA

Así como existen habilidades necesarias que deben adoptar los psicoterapeutas a fin de lograr buenos resultados psicoterapéuticos, también existen ciertas conductas que debe evitar un psicoterapeuta dentro del proceso psicoterapéutico. Al respecto, Becerra (2002) destaca los siguientes aspectos:

- Restar importancia al problema del paciente.
- Improvisar o bien aferrase a llevar a cabo la sesión o el tratamiento bajo un orden preestablecido.
- Creer que sólo muchos años de psicoterapia lograrán cambios en el paciente.
- Concentrarse solamente en el pasado del paciente.
- Negarse a definir el objetivo de la psicoterapia.
- Ser pasivo, inactivo, reflexivo, silencioso y precavido.
- Subestimar al paciente.
- Realizar exclamaciones de excesiva sorpresa o preocupación.
- Realizar juicios moralistas o críticas.
- Hacer promesas falsas.
- Realizar manifestaciones de impaciencia.
- Hacer comentarios innecesarios e interrupciones inadecuadas, así como discusiones.
- Antipatía o distracción.

Lo anterior se basa en que existen diversos estudios sobre resultados dañinos en el paciente como consecuencia de un mal manejo psicoterapéutico. Uno de estos estudios fue realizado por Grunebaum en 1986 (cit. en Becerra, 2002), quien entrevistó a 47 personas (psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales) que habían recibido asistencia psicoterapéutica y que habían percibido un “daño” de ella; concluyendo que los psicoterapeutas descritos como rígidos o distantes atribuyen sentimientos de culpa a sus pacientes generándoles serios daños, mientras que los que se involucran emocional o sexualmente con sus pacientes de igual manera generan daños severos.

Por su parte, Bergin (cit. en Groos, 1978) intentó calcular las probabilidades estadísticas en que un paciente pueda ser perjudicado por la psicoterapia, encontrando que dichas probabilidades iban desde 1% en algunos estudios hasta un 36% en otros. Mientras que Strupp (cit. en Groos, 1978) calculó que uno de cada diez pacientes es víctima de psicoterapia psiconociva (causado por psicoterapeutas incompetentes, aunque bien intencionados).

Otro de los estudios realizados por el psiquiatra noruego Astrup (cit. en Groos, 1978), informa que a través de los 2500 casos tratados en el hospital Gaustad encontraron una cantidad considerable de psicosis funcionales en las que el trastorno psicótico parecía haber sido precipitado por psicoterapia intensiva de orientación analítica.

En 1976, Strupp y Hadley (cit. en Groos, 1978), interrogaron a 150 psicoterapeutas sobre los efectos negativos de la psicoterapia. Las respuestas variaron desde un ocasional desacuerdo, hasta el comentario del doctor Spitzer afirmando que los efectos negativos de la psicoterapia prolongada en los pacientes son extremadamente comunes. Algunos de los interrogados hablaron de los efectos negativos en la psicoterapia profunda, como el debilitamiento de la voluntad del paciente. Así mismo, los autores del estudio señalaron el peligro potencial de las interpretaciones psicológicas profundas.

Por otra parte, en un estudio llevado a cabo con psicoterapeutas se mostró que los “impasses terapéuticos” (callejones sin salida) tiene un efecto negativo en la relación terapéutica. Según reportes hechos por psicoterapeutas los “impasses” presentados en la psicoterapia tiene que ver con desacuerdos con el cliente, falta de satisfacción en el cliente con respecto a como es conducida la psicoterapia y luchas de poder sobre las metas y tareas terapéuticas. Además de lo anterior, los psicoterapeutas suelen percibir que sus errores de técnica, la presencia de personas ajenas al tratamiento, la transferencia del cliente y dificultades personales del psicoterapeuta son elementos relacionados con los “impasses” terapéuticos (cit. en Mastache, 2000).

Sobre esta línea, se habla de ciertos incidentes críticos (evento infrecuente que crea problemas en el psicoterapeuta). Se piensa que la respuesta del psicoterapeuta para esos incidentes tiene un efecto importante para el curso subsecuente de la psicoterapia que puede mejorar o empeorar este proceso. El modo en que el psicoterapeuta resuelve la situación crítica influye en el éxito de la psicoterapia. Entre los incidentes críticos más frecuentes se encuentran los siguientes: amenaza de daño hacia el pscoterapeuta, crítica al psicoterapeuta o a la psicoterapia, presencia de una crisis vital importante e intentos del paciente de buscar amistad o seducción hacia el psicoterapeuta (Ponce, 2001).

Por su parte, Gabbard (cit. en Gorjón, 2002) refiere que varias figuras en la historia del psicoanálisis se involucraron sexualmente con sus pacientes, entre las cuales se destaca a Carl Jung quien mantuvo una larga relación con su paciente Sabina Spielrein, mientras que Otto Rank y Anaîs Nin se hicieron amantes después de haber iniciado su relación como paciente y analista. Refiere además que August Aichom se involucró sexualmente con Margaret Mahler y que cuando Karen Horney era una mujer madura inicio una aventura amorosa con un candidato a psicoanalista mucho más joven que ella mientras lo analizaba. Así mismo, sostiene que Frieda Fromm Reichman reconoció abiertamente haber interrumpido el análisis de Erick Fromm para casarse con él.

De igual manera, Gorjón (2002) refiere que el Dr. José Luís González quien ha sido analista de varios analistas mexicanos afirmó que un buen número de transgresiones contratransferenciales al encuadre terapéutico con sexualización del mismo suele ocurrir cuando un terapeuta no ha resuelto sus conflictos con su feminidad. Al respecto Gorjón (2002) sostiene que la patología no resuelta del analista es quizá la causa más frecuente de tales situaciones.

A continuación se abre el último apartado de este capítulo, el cual está referido justamente a las cuestiones éticas dentro del trabajo psicoterapéutico.

ÉTICA EN PSICOTERAPIA

En toda profesión existe un código ético con el cual deben regirse los profesionales, los psicólogos no son la excepción y dado que el ejercicio de la psicoterapia está en busca del bienestar del paciente o cliente, es atinado abrir este apartado a fin de generar mayor conciencia sobre las responsabilidades éticas a las que se deben ajustar los psicoterapeutas y aquellos que aspiraran al ejercicio de la psicoterapia.

El “Ethos” de una profesión es el conjunto de actitudes, normas y maneras de juzgar las conductas morales de quienes la ejercen. El código ético es una organización sistemática del “ethos” profesional o sea de las responsabilidades morales del rol social del psicólogo y de las expectativas, derechos y obligaciones de las personas en relación con el profesional. Dicho código es un medio para promover la confianza entre el profesional de la salud y la persona que requiere de sus servicios (Kleinke, 1995; cit. en Becerra, 2002).

De acuerdo a la Sociedad Mexicana de Psicología (1997), los psicólogos deben pugnar por mantener normas altas de competencia en su trabajo. Deben reconocer los límites de su capacidad particular y las limitaciones de sus habilidades. Por ende, deben proporcionar sólo aquellos servicios y técnicas para los cuales han sido calificados de acuerdo a su educación, formación o experiencia.

En todo momento los psicoterapeutas deben tratar de proteger el derecho a la intimidad, privacidad, confidencialidad, autodeterminación y autonomía de sus clientes (Sociedad Mexicana de Psicología, 1997).

Cuando los psicólogos se percatan de problemas personales que puedan interferir con el desempeño adecuado de los deberes relativos a su trabajo, deben tomar las medidas apropiadas a fin de evitar dañar a sus pacientes o clientes, tales como obtener asesoría o ayuda profesional y determinar si deben limitar, suspender o terminar dichos deberes o ejercicios (*op. cit.*).

Dentro de las normas éticas, las relaciones sexuales con los pacientes son juzgadas como prácticas indebidas. Lo anterior, se basada en una norma ética y se avala con el argumento de que las relaciones sexuales con un cliente puede producir diversos efectos perjudiciales en él, debido a que la capacidad del psicoterapeuta para ser objetivo queda reducida por dicha relación personal (Becerra, 2002).

También es indispensable que el clínico acepte que no tiene la respuesta final a todos los problemas y que siempre habrá problemas éticos, como resolver conflictos entre lo que es bueno para el individuo que no lo es para el grupo y viceversa (Becerra, 2002).

Así mismo, es inevitable que los psicoterapeutas tengan creencias, valores y formas de comprender el mundo que influyan sobre su forma de trabajar con las personas; por lo cual ser consciente de los propios valores y creencias al igual que de las necesidades personales, es una responsabilidad ética del psicoterapeuta.

De igual forma, hay conocimiento de que el impacto del trabajo del psicoterapeuta tiene un impacto en su vida personal; pues es difícil que un psicoterapeuta esté participando en las vidas de sus clientes sin experimentar cambios y desafíos en su vida personal. Por lo cual, es de vital importancia comprender las dificultades y los riesgos en la profesión. Aún más importante es que se comprenda que los psicoterapeutas son seres humanos con sus propias necesidades psicológicas. Es por ello que se recomienda que los psicoterapeutas en formación deban considerar como una prioridad su auto-cuidado o tratamiento psicoterapéutico personal (Mahoney, 1996).

A este respecto, Sigmud Freud aconsejaba que las personas que ejercieran psicoanálisis estuvieran obligadas a un autoanálisis riguroso, pues sostenía que los psicoanalistas sólo llegaban hasta donde se lo permitían sus propios complejos y resistencias, cabe aclarar que posteriormente cambio este concepto, refiriendo que los psicoterapeutas necesitaban un análisis didáctico conducido por otra persona (Sandoval, 2002).

A lo largo de este capítulo, es evidente que la pscoterapia al igual que la depresión es un tema que aún tiene muchas disimilitudes. Pese a que la historia refiere que el ejercicio psicoterapéutico de una u otra manera ha prevalecido desde los primeros tiempos, se puede observar que el trabajo psicoterapéutico es sumamente complejo debido a todos los factores involucrados en éste, es decir, cuestiones referentes al paciente, a la problemática, al psicoterapeuta, al enfoque teórico bajo el cual se conduce el especialista, a las técnicas utilizadas, etc., son factores que de una u otra forma influyen en el ejercicio psicoterapéutico. Sin duda uno de los factores que más influencia tiene sobre el resultado del trabajo psicoterapeutico es la relación o vinculo que se establece entre el paciente y el psicoterapeuta.

En el siguiente capítulo además de abordar dicho vínculo, la información se dirige a las situaciones que ocurren en las últimas fases del proceso psicoterapeutico y muy especialmente a las cuestiones de dependencia que suelen presentarse dentro del proceso psicoterapéutico que de alguna manera se interrelacionan con el vinculo establecido entre el paciente y su psicoterapeuta a lo largo del proceso.

CAPÍTULO 3

CIERRE DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO Y DEPENDENCIA PSICOTERAPÉUTICA

Psicoterapia es la aplicación de procedimientos científicamente evaluados que capacitan a las personas para cambiar sus comportamientos, emociones o conductas desadaptativas (Mahoney, 1995; cit. en Fernández y Rodríguez, 2002).

Para algunos autores como Scheneider (cit. en Fernández y Rodríguez, 2002), el fin de la psicoterapia es permitir al paciente resolver por si mismo sus conflictos intrapsiquicos teniendo en cuenta la ideología del paciente y en ningún modo la del psicoterapeuta.

El paciente con frecuencia llega a psicoterapia bajo la ilusión de que el psicoterapeuta va a librarlo del sufrimiento sólo pronunciando unas cuantas palabras mágicas. Se decepciona cuando se percata de que la psicoterapia es un proceso arduo y difícil, que implica compartir, comunicar, cambiar comportamientos, reconocer errores, pero sobre todo transformarse. Esta decepción hace que abandone el tratamiento o bien acuda a otro (Ramírez, 1988).

Desde tiempo atrás, a la terminación temprana (prematura) de la psicoterapia se le ha reconocido como un problema extendido y duradero dentro de la salud mental, pues se reporta que un alto porcentaje de pacientes abandonan el tratamiento psicoterapéutico (cit. en Pekarik y Wierzbicki, 1986).

A este respecto, Biagini et al. (2005) reportan que uno de los principales obstáculos a los que se enfrenta cualquier tipo de psicoterapia es la deserción pues en diversos estudios de psicoterapia individual se ha observado que los índices de deserción se ubican entre 30 y 45%; las causas que se han atribuido a este tipo de situaciones se refieren al tipo de paciente, el grupo familiar, las condiciones culturales y socioeconómicas, las características de la institución y del psicoterapeuta, la calidad del vinculo emocional, las técnicas de intervención, la duración del tratamiento, la frecuencia de las sesiones y las metas terapeutas establecidas.

A la terminación prematura de la psicoterapia (abandono, separación o distanciamiento) por parte del paciente, al igual que la implementación incompleta o parcial de instrucciones terapéuticas es a lo que Domínguez (cit. en Ramírez, 1996) denominó falta de adherencia terapéutica.

Por su parte Puente-Silva (1985) sostiene que la adherencia terapéutica es el proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta. Por el contrario, la falta de adherencia terapéutica describe aquella situación en la que el paciente por alguna razón, no sigue el programa terapéutico establecido por un médico o terapeuta para el manejo de una enfermedad o padecimiento.

Uno de los factores importantes para establecer una buena adherencia terapéutica concierne a la relación terapeuta-paciente, pues existen reportes donde se confirma que a mayor satisfacción del paciente en la relación con su terapeuta, habrá un mayor y mejor cumplimiento de los programas de tratamiento y por ende menor probabilidad de deserción. Así mismo, se ha encontrado que la actitud del terapeuta hacia el tipo de tratamiento y hacia el paciente constituye una importante variable en el cumplimiento terapéutico. Para algunos especialistas la relación terapeuta-paciente es de tal

importancia que la consideran causa principal del incumplimiento o cumplimiento del tratamiento terapéutico (Puente-Silva, 1985).

Por su parte, Domínguez (1985) sostiene que la actitud y la conducta del terapeuta dentro de la relación terapeuta-paciente puede contribuir a una mayor o menor adherencia. Sobre esta línea, algunas investigaciones han encontrado que se desarrolla una mejor adherencia cuando los clínicos se muestran cálidos y empáticos.

Como se pudo observar en los párrafos anteriores, la relación terapeuta-paciente es de suma importancia para establecer una adherencia terapéutica adecuada. Son múltiples los factores implicados en el establecimiento de una buena relación terapeuta-paciente. Uno de ellos son los relacionados al terapeuta, el cual debe hacer un buen uso de sus habilidades y destrezas a fin de lograr una buena relación. Pero, ¿Qué pasa cuándo dichas habilidades caen en un exceso?, ¿será posible que esto suceda? o, ¿qué es lo que origina que se presente el fenómeno contrario a la adherencia terapéutica, es decir, cuando el paciente se adhiere en exceso al tratamiento o a su psicoterapeuta de tal forma que al termino de la psicoterapia es dificultoso concluir el proceso psicoterapéutico?, ¿este problema tendrá que ver con factores relacionados con el psicoterapeuta, con el paciente, con su problemática, con la relación psicoterapéutica o con el proceso en sí…?

Con la intención de dar respuesta a las preguntas anteriores se inicio la presente investigación, para lo cual se abre este capítulo, en el cual se hace un intento por recabar la principal información relacionada con dicho tema.

EL VÍNCULO A TRAVÉS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

El vínculo o alianza psicoterapéutica, se entiende como los acuerdos entablados en torno a los procederes del espacio psicoterapéutico, así como a las manifestaciones de empatía que pueden existir entre ambos participantes (paciente y psicoterapeuta) (cit. en Becerra, 2002).

De acuerdo a Johnson (1990), el iniciar una psicoterapia puede suscitar una poderosa experiencia relacional: *enamorarse*; esto debido a la intimidad que se establece con rapidez, pues a pocos instantes de que el paciente conoce a su psicoterapeuta ya está revelándole aspectos íntimos que incluso muchas personas cercanas a él no conocen.

Conforme evoluciona la psicoterapia y el vínculo se hace más estrecho, es posible que el paciente muestre hacia el psicoterapeuta ciertas posturas y actitudes (que algunos teóricos califican de irracionales). A estas posturas y actitudes Freud las denominó *transferencia*, entre las cuales se encuentran: la dependencia, el enamoramiento, la hostilidad, la rebeldía, la rivalidad, etc. Su contraparte, la *contratransferencia*, también se expresa por actitudes y sentimientos irracionales por parte del psicoterapeuta hacia el paciente (cit. en Becerra, 2002; Johnson, 1990 y Ponce, 2001).

Johnson (1990) afirma que por las características de la relación que se establece entre el paciente y el psicoterapeuta donde existe confianza, constancia e intimidad, la alianza suele ser tan poderosa que puede permanecer durante varios meses de sesiones, siendo difícil de romper. Así mismo, sostiene que tal relación suele ser mucho más intensa que la mayoría de las relaciones de amistad. Es tal la intensidad de la relación, que esta autora refiere que casi todos los pacientes reportan haber tenido algún sueño erótico ocasional acerca de sus psicoterapeutas sin que estos hayan hecho algo antiprofesional para estimular dichas imágenes.

No obstante tiene que llegar un momento en el cual tales reacciones vayan cambiando o desapareciendo. Johnson (1990) refiere que el tiempo es un elemento clave, pues si durante varios años el paciente está enamorado de su psicoterapeuta, entonces se hablaría de que esa ya no es una terapia *adecuada*, pero si han pasado solo algunos meses, puede ser que el paciente sea presa de una intensa y productiva transferencia.

ETAPAS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

En Irving (2001) se refiere que dentro del proceso psicoterapéutico existen tres etapas; la etapa inicial, la etapa intermedia y la etapa final. Siendo la etapa final la más complicada de todas debido a las cuestiones de separación que se involucran.

Así mismo, Johnson (1990) afirma que una buena psicoterapia tiene una parte inicial, una parte intermedia y un final, sostiene además, que una psicoterapia interminable en la cual el paciente pasa varios años analizando las mismas anécdotas es el tipo de psicoterapia que no genera avances, por lo cual es prudente concluir.

Para Johnson (1990), la parte intermedia de la psicoterapia es habitualmente, un periodo de intenso apego hacia el psicoterapeuta. Esta autora refiere que el paciente pasa a la etapa final de la psicoterapia cuando empieza a *desligarse*… o a ser capaz de *desligarse,* es decir, de soltarse de su psicoterapeuta. Así mismo, comenta que normalmente la alianza psicoterapéutica se vuelve mucho más fuerte y más productiva durante el período formal de terminación.

Etapa final del proceso psicoterapéutico

Irving (2001) afirma que la transición de la etapa intermedia a la etapa final es de forma gradual y sutil de tal modo que resulta difícil discernirla, por lo cual suele ser útil que el psicoterapeuta le señale y enuncie a su paciente esa transición aún después de haberse producido.

Siguiendo con la transición de la etapa intermedia a la final, Irving (2001) sostiene que en ocasiones lo que distingue dicha transición es un pronunciado impasse (callejón sin salida), con la sensación de que está por producirse un cambio inminente en el proceso. Otra característica de tal transición es cuando el proceso parece haber llegado a un punto muerto y el paciente se muestra confuso. Comenta además, que en ocasiones la transición puede distinguirse por la intensidad que adquiere el trabajo psicoterapéutico (todo lo contrario al impasse), o bien dicha etapa final puede ser pronunciada por la aparición de un nuevo tema, una situación que el paciente nunca había mencionado durante el proceso o sólo brevemente durante el comienzo. En muchas ocasiones estas situaciones ocurren como consecuencia de la necesidad de postergar dicho final o como una forma (por parte del paciente) de no querer enfrentar la terminación de la psicoterapia.

REACCIONES EN TORNO A LA FINALIZACIÓN DE LA PSICOTERAPIA

Johnson (1990), sostiene que si la psicoterapia fuera exactamente a la teoría, entonces dejarla no sería tan arduo. Refiere, que desde una postura psicodinamica el paciente simplemente iniciaría la psicoterapia, desarrollaría la neurosis de transferencia (junto con la alianza terapéutica), elaboraría la neurosis de transferencia y después se marcharía cargando con la tristeza de despedirse de su psicoterapeuta. Pero en la práctica, elaborar la transferencia no es un proceso claramente delineado ya que en la psicoterapia puede ser difícil distinguir lo que es *transferencia* de lo que es *real.* Agrega que tal confusión puede obstruir la terminación de la psicoterapia.

Diversos autores, entre los cuales se puede destacar a Becerra (2002) y Johnson (1990) sostienen que la separación o terminación suele ser difícil, en cierta parte debido al vínculo singular que surge entre el psicoterapeuta y el paciente. Por su parte, Johnson (1990) agrega que la terminación de la psicoterapia, en el paciente suelen asociarse imágenes de otras despedidas, esta autora afirma: "cuando un paciente pone fin a la psicoterapia vuelve a dejar su casa, su amante o su escuela, situación que puede ser dolorosa" (p.10).

Johnson (1990) comenta que más allá de la transferencia está el simple hecho de la pérdida, afirma que el paciente desarrolla un apego singular hacia su psicoterapeuta, llegándolo a estimar como una persona real no solo como figura de transferencia, situación a la Freud denominó *alianza terapéutica*.

Con respecto a las modalidades psicoterapéuticas y a los distintos encuadres psicoterapéuticos que ofrecen dichas modalidades y prácticas psicoterapéuticas, Pérez (1996) refiere que las ansiedades y reacciones surgidas pueden diferir. Así por ejemplo, se habla de que las ansiedades de separación estarán más presentes en las psicoterapias individuales o duales, mientras que las ansiedades catastróficas y confusionales prevalecerán entre las modalidades colectivas (grupal y familiar).

Reacciones del paciente

Irving (2001) sostiene que la finalización de la psicoterapia puede provocar en el paciente y en el psicoterapeuta emociones profundas y conflictivas, agrega que ante la terminación de la psicoterapia se presentan emociones universales como angustia y ansiedad, además de entusiasmo.

En torno a la terminación del proceso psicoterapéutico se han encontrado diversas reacciones tales como: coraje, ira, angustia, reaparición de síntomas, entre otras. Todo ello, como una forma de querer continuar con el proceso psicoterapéutico, reapareciendo así la dependencia por parte del paciente hacia su psicoterapeuta (cit. en Jonson, 1990; Lopátegui, 1986 y Small, 1986).

Irving (2001) comenta que en ocasiones los pacientes pueden tener la impresión de que el proceso ha sido concluido por decisión propia del psicoterapeuta, haciendo afirmaciones como "usted desea librarse de mi", "usted está cansado de mi", "usted me está abandonando", entre otras (p. 299).

De acuerdo a Johnson (1990), otra respuesta habitual a la terminación es devaluar la experiencia psicoterapéutica, esto como una forma de disminuir el dolor de la separación. Ella refiere que a medida que se acerca la última sesión es posible que el paciente se encuentre a disgusto, sintiendo que no ha válido el tiempo ni el dinero invertidos, así mismo, menciona que estas sensaciones pueden ser válidas en algunos casos, no obstante son sospechosas cuando surgen durante la terminación. Por su parte, Shekel (cit. en Small, 1986) ahondó en la aparición de un cierto resentimiento al terminó de la psicoterapia.

Algunos autores como Malan (cit. en Small, 1986) y Johnson (1990) sostienen que al termino del tratamiento, surgen retrocesos o reaparecen síntomas iniciales, ante los cuales mediante la interpretación se pueden contrarrestar y finalizar adecuadamente el tratamiento.

Irving (2001) refiere que en ocasiones el paciente suele decir que no está preparado para dar tal final (el cual no debe ser prematuro y acelerado) ante lo cual este autor recomienda hacer una pregunta clave para tal situación, *¿No está preparado para qué?* Para algunos pacientes se tratará de su proceso de maduración, para otros puede implicar su independencia y para otros enfrentar el problema de la muerte.

Por su parte, Johnson (1990) refiere que en ocasiones los pacientes desean terminar anticipadamente, es decir, sin esperar hasta la fecha oficial de la terminación, ya que de esta forma no tendrán que hablar del *irse* durante el tiempo subsecuente, por ende no tendrán que estar experimentando todas la emociones dolorosas que surgen al hablar del *irse*. Johnson agrega que con esto, el paciente evita el dolor adicional de experimentar una pérdida pasivamente.

Siguiendo sobre la misma línea, Johnson (1990) reportan que frecuentemente los pacientes dejan "temprano" la psicoterapia porque necesitan sentirse sanos (con lo cual se genera una forma de autoconfianza). Agrega que puede ser *difícil* sentirse *sano* permaneciendo como paciente en psicoanálisis o en psicoterapia. Por lo cual, concluye que el dejar la psicoterapia demasiado pronto pocas veces suele ser perjudicial, mientras que dejar la terapia demasiado tarde si puede serlo.

Finalmente Johnson (1990), agrega que muchos pacientes desean dejar a su psicoterapeuta con algún símbolo de gratitud o un regalo. A este respecto Johnson, refiere que la interpretación analítica habitual es que este gesto es un medio del paciente de dejar algo de si a su psicoterapeuta.

Reacciones del psicoterapeuta

De acuerdo a Becerra (2002), Irving (2001) y Johnson (1990) la separación para el psicoterapeuta también puede ser difícil, debido a que se involucran diversos factores personales, es decir, situaciones basadas en la contratransferencia; factores económicos, pues implica disminución en los ingresos del profesional y factores del proceso de separación en si, pues suelen surgir ciertos sentimientos.

Irving (2001) y Lopátegui (1986) sostienen que a causa de las emociones surgidas en torno a la finalización, en ocasiones el psicoterapeuta puede actuar como cómplice procurando entre ambos (paciente y psicoterapeuta) evitar la experiencia drástica de la terminación del tratamiento.

Según, Firestein autor de *Termination in Psychoanalysis* (cit en Johnson, 1990) dar consejos es una reacción habitual a la terminación entre los psicoterapeutas.

Por otra parte, Johnson (1990) refiere que menudo los psicoterapeutas dicen que les gustaría tener noticias de sus pacientes de vez en cuando; otros más sugieren una verificación más formal, por ejemplo, seis meses después de la terminación.

Irving (2001) por su parte, comenta que los psicoterapeutas pueden experimentar diversos sentimientos acerca del final de la psicoterapia; comenta que estos pueden ser como una forma de resistencia o bien como una forma de presión que impulse al psicoterapeuta a dar por terminado el proceso terapéutico. Sobre esta situación, Irving considera que las presiones dirigidas a acelerar el proceso de la terminación pueden ser más difíciles de enfrentar y sus efectos más dañinos, en comparación con las presiones dirigidas a postergar dicho momento. A este respecto se abre el siguiente apartado.

CUANDO EL PSICOTERAPEUTA ALIENTA LA SEPARACIÓN

Si bien toda terminación plantea disyuntivas de separación y pérdida, una terminación iniciada por el psicoterapeuta tiende a remover sentimientos de rechazo y abandono. Johnson (1990) refiere que el resultado puede ser devastador, sobre todo cuando tal situación fue alentada por cuestiones personales del psicoterapeuta; pero así mismo, sostiene que una terminación promovida por el psicoterapeuta puede dar al paciente el *empujón* adicional que necesita para su marcha.

Mientras que puede ser difícil para el paciente el perder a su psicoterapeuta debido a diversas circunstancias, tales como cambio de carrera, un traslado, una enfermedad, etc., las situaciones más complejas, según Johnson (1990) surge cuando el psicoterapeuta alienta al paciente dejar la psicoterapia simplemente porque es tiempo de la partida. Esta autora refiere que existen investigaciones donde se ha encontrado que los pacientes que habían recibido tal sugerencia de parte de su psicoterapeuta tomaron *"bien"* la sugerencia, sin embargo, habían reiniciado su proceso terapéutico con otro especialista. No obstante, otros psicoterapeutas reportan casos específicos de pacientes que se beneficiaron considerablemente del *empujón* hacia la terminación por parte de su psicoterapeuta.

Sobre lo anterior, en un estudio realizado con 42 pacientes de psicoterapia y psicoanálisis hecho por la fundación Menninger durante veinte años, se comprobó que de los 25 pacientes que habían dejado la psicoterapia prematuramente (en opinión de sus psicoterapeutas y en algunos casos de los propios pacientes) y que lograron mejorías "muy buenas" y "mejorías moderadas" por medio de la psicoterapia, solamente 2 reincidieron después de dejarla, con lo cual se confirma que dejar la psicoterapia demasiado pronto no es tan arriesgado como puede parecer. En tal estudio se agrega que algunos de los pacientes que dejaron la psicoterapia prematuramente lograron cambios significativos en su vida aún fuera de su proceso psicoterapéutico. Con respecto a las dos personas que decidieron regresar, se reporta que no sufrieron un daño real, pues cada uno comprendió que necesitaba más tratamiento volviendo a la psicoterapia sin tropiezos, logrando más tarde progresos reales y duraderos. Cabe mencionar que los pacientes de este estudio habían permanecido demasiado tiempo en psicoterapia (cit. en Johnson, 1990).

Basada en sus propias investigaciones, Johnson (1990) refiere que ningún paciente *empeora* después de haber puesto fin a la psicoterapia, aún los pacientes que no han logrado avances.

A este respecto, Aldrich (cit. en Small, 1986) comenta que es más conveniente equivocarse por realizar una terminación prematura del tratamiento psicoterapéutico que por continuarlo sin justificación, pues cuando la terminación es manejada de forma adecuada, posteriormente (si es necesario) se puede reanudar el tratamiento sin deteriorar la autoestima del paciente. Este autor agrega que prefiere tener pocos pacientes de vuelta tras una terminación prematura y no seguir tratando a muchos otros cuando ya son capaces de desempeñarse de manera independiente.

CUANDO LA PSICOTERAPIA HA PERMANECIDO DURANTE MUCHO TIEMPO

Es sabido que los tratamientos psicoanalíticos son largos. El problema que representa el tiempo de duración del análisis y su terminación fueron abordados por Freud en *"Análisis Terminable e Interminable"*. En dicho trabajo, Freud describe algunos de los factores que contribuyen a facilitar la cura, así como aquellos que pueden retardarla o no producirla (cit. en Salles, 1990).

Johnson (1990) comenta que no hace falta pasar diez años en terapia para quedar "atascado" (no encontrar avances) es decir, cuando el paciente dice sesión tras sesión las mismas cosas de la misma manera, no hay nuevas tomas de conciencia, no hay nuevas actitudes y por ende no hay avances. Comenta que en ocasiones esta sensación de que la psicoterapia se ha "estancado" es simplemente una confirmación de que el paciente ya ha terminado.

Esta autora sostiene que si un paciente ha visto a su psicoterapeuta durante varios meses o años quizá no esté convencido de que la vida por su propia cuenta encierra gran atractivo, pues cuando al parecer todo marcha bien el paciente lo puede atribuir solamente a la psicoterapia y tener la convicción de que si se retira dicho apoyo entonces, aparecerá como inminente el derrumbe. No obstante, se ha observado que después de la psicoterapia la vida de la mayoría de las personas se mantiene firme.

Por su parte, Irving (2001) afirma que si la psicoterapia se alarga durante varios años, se puede modificar su función característica y central, "convirtiéndose en una forma de vida para el paciente, o incluso en una suerte de muleta sin la cual no puede caminar" (p. 293).

EL MOMENTO ADECUADO PARA DAR EL CIERRE

Como se ha observado a lo largo de este documento, existen diversos desacuerdos en torno al proceso psicoterapéutico (metas, factores de cambios, etc.). Dichos desacuerdos también se presentan con respecto a la terminación del proceso psicoterapéutico; a este respecto, algunos autores refieren que la psicoterapia admite una conclusión natural mientras que otros se oponen. Estas diferencias también se presentan entre los pacientes y sus psicoterapeutas, un ejemplo de ello, es cuando el paciente considera que su tratamiento se encuentra en la etapa final mientras que su psicoterapeuta considera que todavía se encuentra en la etapa intermedia, o viserversa, el paciente se resiste a admitir que el final se acerca cuando el psicoterapeuta considera que ya debe producirse (Irving, 2001).

Según Johnson (1990), de todas las disyuntivas que se presentan en la psicoterapia, la decisión de terminarla suele ser la más desconcertante y en gran medida muchos psicoterapeutas prefieren que los pacientes tomen esta decisión.

De acuerdo a algunos autores queda difusa la línea de marca para el momento "ideal" para dar por terminada la intervención del psicoterapeuta (cit. en Becerra, 2002).

Shaw (1969) sostiene que es raro el psicoterapeuta que sabe cuando ha de terminar el tratamiento, pese a que la indicación para ello es muy clara. De acuerdo a este autor, tal terminación debe llevarse a cabo cuando el paciente ha mejorado considerablemente o en su defecto no han existido avances psicoterapéuticos, no obstante, refiere que tales situaciones son difíciles de discernir. Sostiene además, que el psicoterapeuta "enfrascado" en lo confuso y complicado de la vida del paciente, con frecuencia no se encuentra en condiciones para juzgar si el paciente debe terminar el

tratamiento. De acuerdo a tal situación, la tendencia a errar por el lado del exceso de tratamiento es mayor que errar por el lado de un tratamiento demasiado corto.

Por su parte, Romero (1991) sostiene que cuando se han podido reconstituir los momentos traumatizantes de la vida del paciente es un momento adecuado para dar por terminada la psicoterapia. Así mismo, refiere que un signo inequívoco, son las ganas del paciente de separarse progresivamente del psicoterapeuta, sin embargo, existe en el paciente una gran ambivalencia sobre tal situación. De acuerdo a este autor, otro indicio para concluir el proceso psicoterapéutico "está determinado cuando las cargas afectivas comienzan a ser retiradas del psicoterapeuta y se empiezan a invertir en el mundo exterior" (p. 72).

Becerra (2002), Lopátegui (1986) y Solis (2002) sostienen que la terminación del proceso psicoterapéutico puede llevarse a cabo cuando se cumplen las siguientes condiciones: que el paciente ya no padezca a causa de sus síntomas y haya superado sus angustias, así como sus inhibiciones y que el analista juzgue haber hecho conciente lo inconciente, esclareciendo lo incomprensible y alcanzando las demandas, de tal forma que no se sospeche de una recurrencia al tratamiento.

De acuerdo a Johnson (1990) el único criterio sólido para decidir terminar el proceso psicoterapéutico es mediante el avance. Por su parte, Irving (2001) refiere que los criterios básicos para fijar el momento de la terminación (en los casos en los que interfieren factores extraños), desde el punto de vista del paciente por lo general se basan en las razones que lo impulsaron a iniciar la psicoterapia y en sus expectativas sobre los resultados que podría obtener.

Sifneos (cit. en Vidal, 2002) aconseja terminar el tratamiento cuando el paciente expresa satisfacción, o cuando insinúa que desea continuar con el mismo. Por su parte, Millar (cit. en Vidal, 2002) sostiene que se debe terminar el tratamiento apenas se haya logrado la debida adaptación del paciente al momento actual en que vive.

Wolberg (cit. Small, 1986) enfatiza sobre el hecho de que el paciente aplique por sí mismo las lecciones que asimiló durante la psicoterapia. En su opinión el psicoterapeuta y el paciente deben considerar la terminación del tratamiento desde puntos de vista distintos. La decisión del primero dependerá de que se hayan alcanzado sus metas. La del segundo de haber logrado lo siguiente: el alivio o la eliminación de la ansiedad; la mejoría de otros síntomas perturbadores; cierto grado de insight acerca de las fuentes de sus dificultades y mecanismos de solución inadecuados; comprensión de lo que necesita hacer para conseguir una mejor adaptación y disposición para actuar en ese sentido; mayor tolerancia a la frustración y a la privación; mayor dominio de los aspectos problemáticos de su medio y disposición para aceptar las exigencias esenciales que se le plantean; cambio de su visión de vida; cierta capacidad de auto-observación y de auto-relajamiento y que se encuentre preparado para dar por terminado el tratamiento.

Muchos autores como Johnson (1990) coinciden en que la decisión de terminar con el proceso psicoterapéutico se tiene que remitir al alcance de los objetivos planteados, los cuales deben ser "objetivos y tangibles". A este respecto Fernández y Rodríguez (2002) reportan que frecuentemente los objetivos planteados no se han cubierto en su totalidad, o al menos no se han cubierto de la mejor forma posible, lo cual no implica que la terapia no pueda ser terminada. Agregan que en tales situaciones debe explorarse hasta que punto los objetivos aún pendientes pueden ser logrados por el paciente sin la ayuda del psicoterapeuta, agregan que es de suma importancia cerciorarse que el paciente termina con la seguridad de poder completar el trabajo por su propia cuenta.

El final del Proceso Psicoterapéutico

De acuerdo a Solis (2002) el fin del proceso psicoterapéutico empíricamente se podría enunciar cuando el paciente y el psicoterapeuta ya no se encuentran más en las sesiones de trabajo.

Por su parte, Lopátegui (1986) considera que la terminación implica una separación, que resignifica en cada paciente separaciones, abandono o pérdidas tempranas. Así mismo, refiere que las vicisitudes de la terminación del proceso psicoterapéutico están indudablemente ligadas al concepto de cura.

De acuerdo a Johnson (1990), una terminación formal es parte de la psicoterapia, de modo que si el paciente la pospone indefinitivamente, se priva de la última fase del proceso terapéutico. Esta autora sostiene que la última sesión es el puente entre ser un paciente y no ser un paciente. Una buena terminación es una transición y la última sesión debe confirmarle al paciente dicha transición.

No se debe olvidar que la psicoterapia debe terminar con un psicoterapeuta devuelto a la normalidad, de modo que no sea un héroe, ni un villano (Johnson, 1990).

Johnson (1990) refiere que el final *adecuado* de una psicoterapia es cuando el paciente tiene la seguridad de seguir adelante para actuar, para tomar decisiones, para actuar según esas decisiones y para aceptar las consecuencias de tales decisiones. Agrega que la terminación psicoterapéutica es responsabilidad de ambas partes (paciente y psicoterapeuta) y en gran medida depende del apoyo del psicoterapeuta para que tal terminación sea satisfactoria.

Para otros autores como Ethan, Firestain, Wolberg y Novick (cit. en Lopátegui, 1986) la terminación exitosa del tratamiento consiste en la resolución de la neurosis de transferencia, el logro de objetivos psicoterapéuticos, reducción de sintomatología y cambios estructurales.

Fernández y Rodríguez (2002), sostienen que el final de la intervención psicoterapéutica no implica necesariamente el fin de la relación entre el psicoterapeuta y el paciente, pues se puede dar lugar al establecimiento de algunas *sesiones de seguimiento,* o en el caso de los trastorno crónicos o recidivantes, o bien ante la existencia de estresores o de factores de personalidad que predisponen a recaídas, puede dar paso a una *terapia de mantenimiento* (con un contrato, objetivos y una forma de trabajo diferentes).

Por su parte, Johnson (1990) afirma que dicha terminación no debe acabar en un pérdida absoluta, pues debe permitirse al paciente *(o expaciente)* volver cuando sea necesario una o más sesiones, para tratar específicamente alguna nueva dificultad que haya surgido en la vida del paciente.

DESPUÉS DE LA PSICOTERAPIA

La psicoterapia no termina con el adiós, ya que después la última sesión el paciente se queda con una confusión de sentimientos, interrogantes y preocupaciones tanto positivas como negativas Johnson (1990).

De acuerdo a Johnson (1990), entre las reacciones más positivas está un sentido de regocijo, una sensación de que la vida vuelve a empezar, etc.

Palacios (cit. en Lopátegui, 1986) quien ahondó sobre el duelo y Johnson (1990), refieren que los pacientes experimentan antes y después de la terminación un proceso de duelo debido a la relación establecida.

Algunos autores como Irving (2001) y Johnson (1990) sostienen que los *expacientes* desarrollan diversas maneras de abordar el duelo surgido; estos autores refieren que algunos pacientes sostienen conversaciones mentales con sus terapeutas durante semanas o meses después de terminar la psicoterapia; otros tiene fantasías de reencuentro, imaginando que se tropiezan con sus psicoterapeutas en la calle, en una fiesta, etc.; mientras que otros mantienen alguna forma de contacto con sus terapeutas, enviando cartas, dibujos, poemas, etc., y otros más, desean constituir una amistad con su psicoterapeuta. A menudo se tiene la fantasía por parte del paciente de convertirse en analista, la cual es interpretada como una manera de aferrarse al psicoterapeuta.

De acuerdo a Johnson (1990), otra manera de que el paciente mantenga el vínculo con su psicoterapeuta es eludir el pago de la cuenta final, agrega, que algunos pacientes han tardado hasta dos años en finiquitar el último pago.

DIFICULTADES PARA DAR EL CIERRE DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

Johnson (1990) afirma que debido a distintos factores la terminación de la psicoterapia puede dificultarse. Esta autora reporta un caso de una paciente quien dijo: "…*hace falta terapia para ayudarte a reponerte de dejar la terapia*" (p. 9).

Johnson (1990) refiere que en una terminación insatisfactoria, la transferencia puede quedar sin resolverse aunque la psicoterapia haya terminado.

De acuerdo a Fernández y Rodríguez (2002) existen una serie de dificultades para dar por terminado el proceso psicoterapéutico, las cuales se traducen en las siguientes características:

- El paciente plantea nuevos objetivos diferentes de los acordados en el contrato.
- El paciente no se considera capaz de mantener o consolidar los logros de la psicoterapia sin ayuda.

Por otra parte, es posible que el paciente se encuentre muy bien dentro de la psicoterapia, pero incapaz de funcionar tan bien fuera de ella, es decir, en su casa o en su trabajo (Johnson, 1990).

De acuerdo a Johnson (1990), uno de los factores que interviene en la dificultad de terminar el proceso psicoterapéutico es la cuestión del dinero, comenta que un psicoterapeuta de práctica privada que no tiene otra fuente de ingresos más que los honorarios que le pagan sus pacientes *debe* mantener su práctica en determinado nivel para pagar sus propias cuentas, de ahí que la cuestión financiera sea un factor importante para el cese de la psicoterapia.

ESTRATEGIAS PARA LA FASE DE TERMINACIÓN

Fernández y Rodríguez (2002) refieren que así como existe una serie de dificultades para dar por terminado el proceso psicoterapéutico, también existe una serie de estrategias para afrontar dichas dificultades, entre las cuales destacan las siguientes:

Específicamente cuando e*l paciente plantea nuevos objetivos diferentes de los acordados en el contrato,* es necesario referirse a los acuerdos establecidos en el contrato, pero lo principal es trabajar el miedo a la separación e independencia.

Fernández y Rodríguez (2002) recalcan que puede suceder que se planteen objetivos que realmente requieran atención y que pasaron desapercibidos durante la evaluación o que han sobrevenido durante la psicoterapia. En este caso, es preferible explicar que se termina la psicoterapia que inicialmente se contrató y que se procede a elaborar el contrato de un nuevo proceso psicoterapéutico que incluya los nuevos objetivos.

Cuando el paciente no se considera capaz de mantener o consolidar los logros de la psicoterapia sin ayuda del psicoterapeuta, Fernández y Rodríguez (2002) afirman que suele ser útil hacerle ver al paciente (durante el curso de la psicoterapia) que los logros obtenidos cada vez son más debido al esfuerzo del propio paciente. Así mismo, estos autores sugieren que el psicoterapeuta puede proponer al paciente un período de prueba, estableciendo un lapso de tiempo en el que el paciente intente valerse por sí mismo, tras el cual, si el paciente sigue considerando que necesita de la ayuda del psicoterapeuta, entonces, se puede establecer un nuevo contrato con objetivos adecuados a esta situación.

Fernández y Rodríguez (2002) sugieren que la fase de terminación del proceso psicoterapéutico se debe guiar por la secuencia de una serie de objetivos como son:

1. Evaluar conjuntamente el resultado de la psicoterapia y a acordar la conveniencia de terminarla.
2. Evaluar y potenciar la generalización de los efectos beneficos de la psicoterapia y la capacidad de funcionamiento independiente del paciente.
3. Prever los efectos del final de la psicoterapia, la separación del psicoterapeuta y el afrontamiento de problemas previsibles sin el apoyo profesional.
4. Prever recaídas y circunstancias que justificarían una nueva consulta.

Para lograr estos objetivos Fernández y Rodríguez (2002) sugieren las siguientes estrategias:

1. Revisar el curso de la psicoterapia, los logros conseguidos y la capacidad del paciente para afrontar los pendientes. Para que ésta tarea pueda ser abordada es conveniente que la situación de la terminación haya sido objeto de discusión y trabajo durante las sesiones psicoterapéuticas.

Fernández y Rodríguez (2002) sugieren indagar con el paciente lo que le ha significado la experiencia de la psicoterapia (lo que le ha sido útil y el grado de utilidad) así como pedirle que haga una valoración de los objetivos que se proponía alcanzar cuando la inició y lo que cree haber conseguido al final. Estos mismos autores al igual que Johnson (1990) sostienen que esta tarea se facilita si en las sesiones iniciales se establecieron claramente los objetivos.

2. Revisar la evidencia de capacidad de funcionamiento independiente del paciente. Generalmente en el momento de terminar la psicoterapia, los psicoterapeutas conocen una gran cantidad de situaciones en las que el paciente es capaz de desenvolverse adecuadamente. En la fase de terminación conviene revisar estas experiencias, preguntar por cuales eran los temores y otras emociones que las precedieron y las acompañaron, compararlas con las que producen al termino de

la psicoterapia y revisar cuales son las expectativas sobre las reacciones del paciente ante dificultades previsibles. Se sugiere también revisar qué otras fuentes de apoyo diferentes del psicoterapeuta existen y la capacidad del paciente de solicitar dicho apoyo si fuese necesario.

3. Modular el proceso de retirada de apoyo según los requerimientos de cada paciente. Es conveniente programar una disminución paulatina del apoyo que el paciente está recibiendo dentro de la psicoterapia, esto puede lograrse disminuyendo la frecuencia de las sesiones psicoterapéuticas y alargando el intervalo entre las mismas, con lo cual se obtiene material extrasesión útil para trabajar durante la fase de terminación (comprobar la competencia de funcionamiento independiente, experimentar reacciones emocionales a la terminación…).

El mismo objetivo puede lograrse diminuyendo la duración de las sesiones hasta dejarlas prácticamente reducidas a una cita en la que el paciente da cuenta de que su funcionamiento se ha ajustado a lo previsto.

Otra posibilidad que recomiendan Fernández y Rodríguez (2002) es la del cambio paulatino de la actividad del psicoterapeuta que puede cumplir un papel de apoyo cada vez menor, puede intervenir cada vez menos o puede mostrarse cada vez más como una persona real que ha cumplido el papel de psicoterapeuta durante la psicoterapia (con lo que se está retirando o disolviendo la relación explícita y activamente terapéutica).

4. Abordar los aspectos de dependencia o beneficios secundarios (rol de enfermo…). Según Fernández y Rodríguez (2002), es probable que surjan otros intereses por parte del paciente que pueden interferir con el avance y terminación del tratamiento. Así mismo, refieren que hay situaciones en las que aparecen ciertos beneficios *secundarios*. Por ejemplo: adoptar el rol de enfermo puede ser el único modo de conseguir determinados cuidados, así como muestra de afecto o extensiones de obligaciones en algunas familias. Estos autores describen el siguiente ejemplo:

Rosa, una mujer de 81 años de edad que acudió a consulta con un cuadro depresivo mayor, temía que se diera por terminado el tratamiento, ya que la única hija que le quedaba soltera quien se había trasladado a vivir con la paciente durante su enfermedad, volvería a su casa y la dejaría de nuevo, viviendo sola (p. 288).

En ocasiones la relación con el psicoterapeuta puede jugar un papel de sustituto de otras posibles relaciones que podrían ser fuente de satisfacción, por lo cual el paciente trata de mantenerla. Fernández y Rodríguez (2002), sugieren que en estas situaciones el psicoterapeuta puede hacerle ver al paciente que ese tipo de relación impide que el psicoterapeuta pueda serle útil como tal, y que su papel consiste en ayudarle a ponerse en condiciones de establecer otras relaciones.

5. Afrontar los posibles aspectos de duelo ligados al fin de la psicoterapia. Tras revisar la evidencia acerca de la capacidad del paciente para afrontar sus problemas sin ayuda, es conveniente revisar qué problemas pueden surgir al término de la psicoterapia e indagar cómo el paciente puede afrontarlos.

6. Definir las condiciones para una nueva consulta. En la fase de terminación deben establecerse cuáles son las condiciones en las que el sujeto debe buscar ayuda y cual es el procedimiento para llevarlo a cabo (llamar al centro, consultar con su médico de atención primaria, etc.), se deben establecer las diferencias entre estas situaciones y otras (incluida la que puede desencadenar el duelo por el fin de la psicoterapia) para las que se pueden encontrar otras explicaciones o en las que puede buscar otro tipo de ayuda o apoyo.

Siguiendo con las estrategias para la fase de terminación, Wolberg (cit. en Small, 1986) aborda con el paciente la eventualidad de recaídas, dándole la responsabilidad de informar periódicamente acerca de su estado ulterior.

Por su parte, Irving (2001) sugiere indagar de qué manera el paciente percibe la etapa final, pues es útil aclarar en qué consiste tal etapa, la cual no debe entenderse como un largo adiós o una breve despedida, sino por el contrario como una fase de proporciones equivalentes a los demás etapas y que puede durar tanto como las demás. Tal autor comenta que el propio psicoterapeuta debe estar convencido de que la etapa final es parte integral del tratamiento y que ninguna psicoterapia debe considerarse como completa sino se han encarado en forma cabal los conflictos y fantasías al respeto de la separación.

Johnson (1990) comenta que generalmente incluso una terminación adecuada suele ser dolorosa ya que la separación es una preocupación universal. Por consiguiente, una buena terminación debe manejarse con delicadeza, en la que se le permita al paciente regresar (si fuese necesario). Agrega que la mayoría de los psicoterapeutas se esmeran por acompañar a sus pacientes hasta la terminación. No obstante, existen algunos psicoterapeutas que no quieren soltar a sus pacientes, por lo cual se abre el siguiente apartado.

CUANDO EL PSICOTERAPEUTA INTENTA RETENER AL PACIENTE

De acuerdo al psicoanalista Rangell (cit. en Johnson, 1990) quien ha escrito mucho sobre terminación, afirma que las terminaciones deficientes suelen ser el resultado de la negativa del psicoterapeuta a deshacer la "situación psicoanálitica". Para el paciente, la situación psicoanalítica es la posición de ser el paciente.

Johnson (1990) afirma que en ocasiones los psicoterapeutas que no quieren soltar a sus pacientes utilizan tácticas sutiles de persuasión (abusando de su poder relacional) como cuestionar al paciente sobre nuevos objetivos terapéuticos cuando los iniciales se han cumplido y aparentemente ya no hay motivos para seguir en psicoterapia. Ante tal situación, puede ser que el paciente entable nuevos objetivos con lo cual se aleja la posibilidad de terminar el proceso psicoterapéutico. Esta autora describe un caso en donde se puede ilustrar adecuadamente esta situación:

Laurie (paciente) se sentía presionada, porque su psicoterapeuta le hacia sentir que de algún modo ella tenía que presentar otros objetivos ante la pregunta *¿Y ahora cuáles son sus objetivos?*, la paciente narra "Creo que tuve la sensación de que él sabía algo que yo ignoraba, como si al preguntarme cuales eran mis objetivos, él sugiriera que había algo en lo cual yo necesitaba trabajar", después de más de un año que la paciente deseaba terminar la terapia comenta, "pero mi terapeuta fue tan poco alentador respecto a esa posibilidad que simplemente no pude confiar en mi misma" (p.214).

Otra forma sutil de persuasión es cuando el psicoterapeuta opta por una actitud de *"vaguedad"*, es decir, cuando el paciente plantea la posibilidad de terminación, el psicoterapeuta parece no aprobar la idea pero se niega a explicar el por qué, en lugar de ello, tal vez diga que el paciente no está "preparado". Otra táctica habitual que usan los psicoterapeutas, es mediante la evasión, es decir, cuando el paciente plantea la posibilidad de la terminación, el psicoterapeuta responde evasivamente y pasa a otros asuntos (*op. cit.*).

Johnson (1990) refiere que en ocasiones los pacientes temen que no podrán salir adelante sin la ayuda de sus psicoterapeutas y que más de un psicoterapeuta ha reforzado este temor a fin de retener a sus pacientes dentro de la psicoterapia.

Por otra parte, Johnson (1990) comenta que cuando el paciente tiene la intención de terminar su proceso psicoterapéutico (como frecuentemente suele suceder) algunos psicoterapeutas adoptan diversas actitudes que bloquean esta decisión, por ejemplo: haciendo afirmaciones al paciente de que

todavía no está “listo”, implicando que el deseo por parte del paciente de terminar la psicoterapia puede revelar un deseo de escapar de sus problemas o bien como un signo de que el paciente no puede “entregarse” a la relación. A este respecto, la autora describe la situación de una paciente, quien permaneció durante varios años en psicoterapia y estuvo dentro de una prolongada lucha con su psicoterapeuta a fin de poder dar por terminado su proceso, la paciente refiere: “*cada vez que intento dejar la terapia, termino yendo dos veces por semana*” (p. 212).

Otro signo de lucha de poder es la tendencia del psicoterapeuta a analizar en exceso la vida del paciente. Lo anterior Johnson (1990) lo ejemplifica con el siguiente caso: Un terapeuta trato de retener dentro de la psicoterapia a su paciente que le regalaba una caricatura, negándose a aceptar dicho regalo de despedida hasta que el paciente hubiera analizado el porque de la situación, es decir, el psicoterapeuta transformó una acción en un síntoma. Johnson, refiere que el momento principal para preocuparse por la posibilidad de análisis excesivo es cuando el psicoterapeuta analiza no sola la vida del paciente en general, sino que además analiza el deseo de dejar la psicoterapia, con lo cual le está diciendo a su paciente “usted todavía es mi paciente yo todavía soy su psicoterapeuta, no se preocupe” (p. 215).

Johnson (1990) comenta que cuando el paciente confía enteramente en su psicoterapeuta puede ser profundamente afectado por tales análisis (sean o no sean verdaderos). Pues si el paciente creía estar mejor y escucha súbitamente decir a su psicoterapeuta que no lo está… peor aún si oye decir que su deseo de dejar la psicoterapia es un signo de que *necesita* más psicoterapia, entonces, su recién hallada confianza en si mismo se transformará simplemente en otro síntoma.

Así mismo, Johnson (1990) refiere que cuando el psicoterapeuta cuestiona o discute sin tregua la partida de su paciente, entonces este último puede tomar una actitud desafiante, es decir, tendrá que revelarse para poder irse. Agrega que una buena terminación es como una buena graduación, es un logro, una culminación, etc. y cuando el psicoterapeuta se resiste, entonces priva al paciente de ese sentimiento de orgullo que ha logrado.

Con todo lo anterior, el psicoterapeuta trata de retener a su paciente en un papel dependiente y no se debe olvidar que la meta de toda psicoterapia es ayudar al paciente a lograr independencia (Johnson, 1990 y Solares, 2000).

Las siguientes páginas de este capítulo trataran de dar cuenta sobre los diversos aspectos en torno a la dependencia, específicamente a la dependencia que suelen presentar algunos pacientes dentro de su proceso psicoterapéutico.

¿DEPENDENCIA PSICOTERAPÉUTICA?

Antes de adentrarnos en la dependencia que se presenta dentro del proceso psicoterapéutico, es conveniente abundar sobre los aspectos relacionados con la dependencia emocional en general y otros conceptos afines, por cual se abren los siguientes apartados.

¿QUÉ ES LA DEPENDENCIA?

Dowling (1987) sostiene que al principio es el modo normal en que se relacionan los niños con las personas mayores. Más tarde tanto en los niños como en los adultos, suele ser una manera de enfrentarse a la tensión, una reacción contra la frustración o una protección contra la futura frustración. Dicha dependencia puede ser *afectiva* (aferrase a la conducta afectuosa protectora de otra persona, especialmente de un adulto). Así mismo, el comportamiento dependiente puede ser una conducta de autoprotección (una persona obtiene ayuda para resolver un problema que no puede solucionar por si misma). También puede ser *agresiva* (cuando alguien arrebata para sí la atención o el afecto de alguien evitando que lo reciba otra persona). Esta autora agrega que es dependiente quien se apoya en alguien que pueda sostenerlo, quien tiene la necesidad de que se le oriente, de que se le cuide y de que se le mantenga apartado (a) de todo daño.

De acuerdo a Dowling (1987) la necesidad de dependencia es completamente normal, tanto para los hombres como para las mujeres. Sin embargo, a las mujeres se les ha inclinado hacia una dependencia hasta un grado desfavorable, de tal forma que se fomenta una gran inseguridad en ellas. De igual manera González (2000) concuerda con esta hipótesis, afirmando que la mujer desde pequeña es impulsada a diferencia del hombre a temer y a depender, por lo tanto la dependencia es un rasgo que se fomenta y se asume como parte de la personalidad de cualquier mujer.

Por su parte Flores (1996) sostiene que la *dependencia* se considera como parte de la naturaleza de lo “femenino”, sin embargo, refiere que no es de orden natural, sino cultural; dicha dependencia es parte del desarrollo personal en determinada época de la vida (por lo cual es necesaria), pero cuando va más allá de las etapas pertinentes entonces, es una alteración del desarrollo y una limitación para el crecimiento.

Coria (cit. en Flores, 1996) sostiene que la dependencia tiene un beneficio primario y un beneficio secundario, mismos que explica siguiendo la teoría psicoanalítica. El beneficio más sobresaliente que aparece en las situaciones de dependencia, es la protección masculina, además de otras supuestas ventajas de la dependencia económica, entre las que se mencionan comodidad y disponibilidad de tiempo.

En un estudio realizado con mujeres que presentaban síntomas de depresión y dependencia emocional, González (2000) subrayó que la conducta dependiente se refiere a tener miedo a enfrentarse con su realidad y con su individualidad, a responsabilizarse de sí misma, a tomar decisiones y a poner en práctica las propias capacidades. Así mismo, sostuvo que parte del problema que presentan las mujeres en esta condición es debido al “descuido” de sí mismas y de su desarrollo; y la otra parte, es debido a las creencias irracionales que les han sido inculcadas y que siguen practicando y reafirmando en su vida diaria.

Coen (1991) por su parte, sostiene que todos los seres humanos a lo largo del curso de la vida permanecemos dependientes en algún grado, ya que en ocasiones algunas personas se vuelven a otras o se apoyan en otras, en aquellas situaciones donde se sienten inseguras o incapaces. No obstante, como ya se mencionó existe un grado para ello. Este autor habla de una dependencia patológica para referirse a la incapacidad para manejarse y estar solo, encontrándose una

considerable falta de autoconfianza y voluntad para manejar su propia vida emocional, por lo cual la persona patológicamente dependiente tiene que involucrarse en sumo grado con otras personas.

Coen (1991) refiere que dicha dependencia patológica es producto de diversos factores interrelacionados: una incompleta separación-individuación durante su desarrollo psíquico; un narcisismo patológico y alta necesidad de objeto.

DEPENDENCIA EMOCIONAL

De acuerdo a Castelló (2003) la *dependencia emocional* es un concepto utilizado con cierta frecuencia, pero que no ha sido claramente delimitado ni estudiado. Este autor afirma que es un constructo, que se define como un patrón persistente de necesidades emocionales insatisfechas que se intentan cubrir desadaptativamente con otras personas incluso con el mismo psicoterapeuta.

Castelló (2003) afirma que la dependencia emocional afecta la cognición, la afectividad, la actividad interpersonal y el control de los impulsos; es persistente, inflexible y abarca numerosas situaciones personales y sociales; es de larga duración y de inicio temprano; y no se debe a otro trastorno mental, a los efectos de sustancias o a enfermedades médicas. Refiere además, que la dependencia emocional se sitúa en el extremo de un continuo basado en un rasgo adaptativo, el cual es la vinculación interpersonal. Así, tener cierta dependencia emocional es frecuente e incluso deseable.

De acuerdo a Castelló (2003) las personas con *dependencia emocional* presentan las siguientes características:

- *Necesitan excesivamente la aprobación de los demás.* A medida que el vínculo es más significativo la necesidad es mayor. También hay cierta preocupación por "caer bien" incluso a desconocidos.

- *Gustan de relaciones exclusivas y "parasitarias".* El dependiente emocional quiere disponer continuamente de la presencia de la otra persona. El motivo profundo subyacente no es la posesión o el dominio, sino la gran necesidad afectiva de estos individuos, lo que genera que la otra persona se sienta con frecuencia invadido o absorbido.

- *Generalmente adoptan posiciones subordinadas en sus relaciones interpersonales*. Su baja autoestima y la elección frecuente de parejas explotadoras conducen al dependiente emocional a una continua y progresiva degradación. El dependiente emocional se preocupa por complacer el narcisismo de sus parejas con la intención de preservar la relación.

- *Sus relaciones no llenan el vacío emocional que padecen, pero sí lo atenúan.* Las relaciones interpersonales que forman suelen ser insatisfactorias porque no se produce intercambio recíproco de afecto. No obstante, la ruptura les genera serios problemas (llevándolas a episodios de depresión u otros trastornos).

- *Presentan cierto déficit de habilidades sociales.* Su baja autoestima y constante necesidad de agradar impide que desarrollen una adecuada asertividad.

- *Baja Autoestima.* Poseen una autoestima muy pobre y un autoconcepto negativo no ajustado a la realidad.

- *Estado de ánimo disfórico y comorbilidad.* Su estado de ánimo es disfórico, con tendencias a sufrir preocupaciones, las cuales suelen girar en torno a una separación temida o bien a sentimientos de desvalimiento emocional y vacío. Dichos estados anímicos están generados por la baja autoestima y las necesidades emocionales crónicamente insatisfechas. Las comorbilidades más frecuentes se

producen con trastornos depresivos y por ansiedad, y en menor medida con trastornos de la personalidad o relacionados con el consumo de sustancias.

Entre los *factores causales* se encuentran los siguientes:

1. Carencias afectivas tempranas. De acuerdo con Millon y Davis (cit. en Castelló, 2003) las experiencias tempranas juegan un papel trascendental en la constitución psicobiológica del individuo. Castelló (2003) sostiene que las relaciones tempranas han sido frustrantes, insatisfactorias, frías, menospreciadoras, etc.

2. Mantenimiento de la vinculación. Los dependientes emocionales mantienen su capacidad para vincularse y desvincularse con los demás en mayor o menor grado. Dicha capacidad se debe a que parece que la gravedad de las carencias afectivas no ha sido tan pronunciada (*op. cit.*).

CONCEPTOS AFINES

Apego ansioso

Una teoría que ha tenido gran impacto para explicar el proceso del duelo, es la teoría del apego desarrollada por John Bowby. Desde esta perspectiva, los apegos provienen de la necesidad de protección y seguridad, desarrollándose a una edad temprana y orientándose hacia pocas personas (cit. en Ramón, 2003).

La teoría del apego indica que si durante la infancia los estilos parentales se caracterizaron por ambivalencia, separaciones y rechazo, entonces, en la etapa adulta la persona podría mostrar ansiedad en sus relaciones y dificultad para establecer intimidad o adaptarse a la separación o pérdida (cit. en Castelló, 2003 y Ramón, 2003).

El apego ansioso o ansiedad de separación se ha relacionado con trastornos en la edad adulta como la depresión y la agorafobia e indirectamente con el comportamiento violento o antisocial (Castelló, 2003).

Castelló (2003) afirma que las similitudes de este concepto con la dependencia emocional son evidentes, pues en ésta se presentan componentes fundamentales del apego ansioso: temor a la pérdida de la figura vinculada, búsqueda de proximidad, y protesta por la separación.

Sociotropía

Se ha observado que existen dos grandes tipos de estilos cognitivos en los pacientes deprimidos: uno de ellos centrado en la dependencia interpersonal y en la sobrevaloración del rechazo; el otro se refiere a las rumiaciones sobre el fracaso o la incompetencia. Al primero de los estilos cognitivos se le denominó "sociotropía" y al segundo "autonomía", mismos que se han considerado como rasgos de personalidad predisponentes a la depresión (cit. en Castelló, 2003).

P*ersonalidad autodestructiva*

A este concepto se le considera como un trastorno de la personalidad, caracterizado por mantenimiento de relaciones interpersonales de subordinación (asumiendo un papel de víctima); rechazo de ayuda o elogios; estado de ánimo disfórico y/o ansioso; minusvaloración de los logros; tendencia a entablar relaciones interpersonales con personas explotadoras; escasa evitación del dolor, escasas habilidades sociales, tienden a padecer trastornos depresivos, autoestima baja y pocas veces experimentan placer en sus vidas (cit. en Castelló, 2003).

Este tipo de personalidad se asemeja con la dependencia emocional en las siguientes características: dentro de sus relaciones interpersonales asumen una posición de sumisión, existe gran anhelo por

preservar dichas relaciones, suelen entablar relaciones con personas narcisistas y explotadoras, así como el estado de ánimo disfórico y la pobre autoestima (Castelló, 2003).

De a cuerdo a (Castelló, 2003), los dependientes emocionales a diferencia de las personas con personalidad autodestructiva no tienen como fin autodestruirse, ni gozan del dolor, simplemente tienen una autoestima deficiente, un sentimiento continuo de soledad y una insaciable necesidad de afecto.

Codependencia

Este concepto, se creó para dar cuenta de las diversas perturbaciones emocionales que ocurrían en las parejas de personas con trastornos relacionados con sustancias. Aunque no se puede definir claramente un patrón de personalidad codependiente, sí existen ciertas características que identifican a estas personas. Dichas personas se obsesionan y preocupan más del trastorno relacionado con el consumo de sustancias que la propia persona que lo padece, por lo cual se descuidan o autoanulan; presentan baja autoconfianza y autoestima (Castelló, 2003).

Las similitudes con la dependencia emocional son la baja autoestima, subordinación, desarrollo de relaciones interpersonales destructivas y temor al abandono. En cuanto a las discrepancias, se encuentra que los dependientes emocionales no están vinculados necesariamente con personas con problemas de adicción, incluso pueden estar solos. Otra diferencia es que los dependientes emocionales se autoanulan pero no para entregarse y cuidar a la persona con adicciones (*op. cit.*).

Adicción al amor

Se trata de una "adicción sin sustancias"; algunos trabajos han estudiado este fenómeno comparándolo con el modelo tradicional de los trastornos relacionados con sustancias, encontrando numerosas coincidencias que han justificado su denominación de "adicción": necesidad irresistible ("craving") de tener pareja y de estar con ella; prefieren estar con la persona objeto de la adicción a cualquier otra actividad; preocupación constante por acceder a ella cuando no se encuentra presente ("dependencia"); en caso de ruptura surge un gran sufrimiento ("abstinencia") que incluso le puede llevar a episodios depresivos o ansiosos, pérdida de autoestima, hostilidad, sensación de fracaso, etc. Cabe mencionar que el dependiente emocional no necesariamente tiene que estar involucrado en una relación de pareja (Castelló, 2003).

El concepto de dependencia emocional y el de adicción al amor se solapan en gran medida pero de ninguna manera se puede afirmar que sean sinónimos o totalmente equivalentes. Entre las similitudes se encuentran la baja autoestima y baja autoconfianza (*op. cit.*).

Castelló (2003) refiere que la dependencia emocional debe distinguirse de otros trastornos de la personalidad, entre los cuales se encuentra el trastorno de la personalidad por dependencia, por lo cual se abre el siguiente apartado.

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA

Se dice que los sentimientos de dependencia y apego son conductas universales y quizá definitorias de los mamíferos. Si bien apoyarse en alguna medida en los demás suele ser adaptativo para los individuos, una dependencia excesiva resulta muy problemática, por lo cual en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las enfermedades Mentales tercera edición (DSM III) el grado extremo de dependencia ha sido definida como trastorno de personalidad por dependencia (TPD) (Beck y Feeman, 1995).

De acuerdo a Castelló (2003) existen grades similitudes entre la dependencia emocional y el trastorno de la personalidad por dependencia (TPD), destacando las siguientes: excesivo aferramiento

interpersonal, sumisión, ansiedad de separación, descompensaciones en caso de rupturas, etc. No obstante, una diferencia fundamental entre ambos cuadros, reside en la naturaleza de la dependencia. Como se ha señalado en la dependencia emocional la necesidad es emocional, por lo cual está basada en un anhelo irresistible de ser querido, escuchado o atendido y de tener alguien a quien adorar y que a su vez satisfaga la necesidad afectiva. En el TPD, la naturaleza de esta dependencia reside en el cuidado y protección. Este sujeto necesita a los demás para que tomen las decisiones por él, para que le aconsejen ante cualquier dificultad, para que asuman responsabilidades que a él le corresponden, etc.

Reseña Histórica

Las primeras descripciones de los individuos dependientes fueron a menudo peyorativas. En los escritos de los psiquiatras del siglo XIX, la pasividad, la ineficacia y la docilidad excesiva, características de estos pacientes se consideraban como un déficit del desarrollo moral; en la descripción del dependiente se empleaban expresiones tales como “inútil”, “de voluntad débil” y “degenerado” (Beck y Feeman, 1995).

La conceptualización psicodinámica contemporánea del TPD sostiene que la excesiva indulgencia o la privación pueden conducir a una dependencia excesiva e inadaptada resultante de la fijación en la etapa oral-lactante del desarrollo (*op. cit.*).

Para West y Sheldon (Beck y Feeman, 1995), el TPD es un claro ejemplo del trastorno de apego ansioso, examinado sobre todo por Bowlby. Los pacientes con TPD han sido considerados como extremadamente “subasertivos”. Turkat y Carlsonen en 1984 (*op. cit.*) asumieron una postura diferente y formularon el problema en términos de ansiedad respecto de la toma independiente de decisiones.

Conceptualización

El TPD puede considerarse como derivado de dos supuestos clave:
Primero, estos individuos se ven a sí mismos como intrínsecamente inadecuados y desvalidos y por lo tanto, incapaces de enfrentarse al mundo por sí solos. Llegan a la conclusión de que la solución a su problema (sobre la percepción del mundo) consiste en hallar a alguien que les proteja y les cuide. Decidiendo renunciar a la responsabilidad y subordinar sus propias necesidades y deseos, a cambio de que alguien se haga cargo de ellos. Lo cual trae serias consecuencias en el sujeto dependiente entre ellas, la falta o pocas oportunidades de aprender las habilidades necesarias para la autonomía (como la asertividad, resolución de problemas y la toma de decisiones). Además, la idea de volverse más competente puede ser aterradora, pues consideran que si dejan de estar necesitados los abandonarán y ellos no están en condiciones de enfrentarse solos ante el mundo (Beck y Feeman, 1995).

El individuo con TPD tiende a tener creencias básicas como “no puedo sobrevivir sin que alguien se haga cargo de mí”, “soy inadecuado para manejarme en la vida por mí mismo”, “si fuera más independiente, estaría aislado y sólo”, etc. La principal distorsión cognitiva del TPD es el pensamiento dicotómico con respecto a la independencia. También tiende a presentar distorsión cognitiva de “catastrofismo” sobre todo cuando se trata de la pérdida de una relación (Beck y Feeman, 1995).

Características

Según el DSM-III-R el rasgo esencial del TPD es una pauta generalizada de conducta dependiente y sumisa, que se hace patente desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos. Estas personas son incapaces de tomar las decisiones cotidianas, o no están dispuestas a hacerlo a menos que cuenten con el consejo y el apoyo de otras personas y que puedan estar de acuerdo con lo que otras personas sugieren (*op. cit.*).

Se les dificulta iniciar proyectos o hacer actividades por sí mismos; cuando están solos sienten tanto malestar que hacen grandes concesiones para estar con otras personas. Cuando terminan una relación estrecha se sienten destrozados y desamparados. Se siente fácilmente heridos por la crítica o la desaprobación; tienden a someterse a otros y se esfuerzan mucho por agradar. Es tal su temor al rechazo o al abandono que se manifiestan de acuerdo con los demás, incluso cuando creen que están equivocados. En estos individuos su autoconfianza es muy pobre. Cuando prevén y temen nuevas responsabilidades que no creen capaces de asumir, pueden surgir crisis de angustia (*op. cit.*).

Otros problemas que presentan comúnmente los individuos con TPD son las quejas somáticas, así como el alcoholismo y otras adicciones (*op. cit.*).

La depresión es uno de los problemas más comunes que se presentan en el TPD. Overholser, Kabakoff y Norman (cit. en Beck y Feeman, 1995) señalan que los criterios para este trastorno incluyen varios rasgos que también aparecen en la depresión, entre ellos la falta de iniciativa, sentimientos de desvalimiento y dificultad para tomar decisiones.

Tratamiento Psicoterapéutico

Al principio de la psicoterapia, estos pacientes parecen fáciles de tratar, debido a que prestan gran atención al psicoterapeuta, así mismo, llegan a apreciarlo en sumo grado. Suele ser fácil comprometerlos con el tratamiento, de tal forma que se crea la expectativa de que habrá un progreso psicoterapéutico muy rápido. Sin embargo, en las etapas ulteriores del proceso, estos pacientes se aferran tanto al tratamiento que se resisten a los esfuerzos del psicoterapeuta tendientes a que asuman mayor autonomía (Beck y Feeman, 1995).

Se han realizado investigaciones en torno a la dependencia durante el proceso psicoterapéutico. A este respecto Nacev (cit. en Bornstein y Bowen, 1995) encontró una correlación negativa entre la dependencia del paciente y el número de sesiones ausentadas, es decir, que los pacientes dependientes se ausentan a menos sesiones de la psicoterapia que los pacientes no dependientes.

Así mismo, se ha encontrado que los pacientes con trastorno de personalidad dependiente mostraron las proporciones más altas de complacencia dentro del tratamiento psicoterapéutico en comparación con otro tipo de pacientes (Bornstein y Bowen 1995).

Estos pacientes probablemente consideran al psicoterapeuta como “el experto” y quizá estén pendientes de cada una de sus palabras, por lo cual no se recomienda seguir una postura autoritaria. Sin embargo, al principio del tratamiento, dichos pacientes necesitan alguna guía activa y sugerencias prácticas para comprometerse con el tratamiento. Un enfoque totalmente no directivo podría generar demasiada ansiedad. No obstante, cuando el paciente le pide al psicoterapeuta que le diga lo que tiene que hacer, éste debe usar los cuestiomamientos socráticos y el descubrimiento guiado, ayudándole así a llegar a sus propias soluciones (Beck y Feeman, 1995).

Debido a que los individuos con TPD buscan desesperadamente a alguien que les solucione sus problemas, Beck y Feeman (1995) recomiendan que para comprometerlos con la psicoterapia al principio puede ser necesario permitirles cierto grado de dependencia, sin embargo, esa pauta debe cambiar en el curso del tratamiento, de tal forma que la dependencia vaya disminuyendo.

Así mismo, Beck y Feeman (1995) le sugieren al psicoterapeuta que enseñe a su paciente a separase gradualmente de los demás (incluso del psicoterapeuta), a aumentar su autoconfianza y su autoeficacia.

Para usar con mayor eficacia la relación paciente-psicoterapeuta es necesario alentar al paciente a explorar sus sentimientos y pensamientos hacia el psicoterapeuta y hacia otras relaciones. Así mismo, es importante que el psicoterapeuta observe sus propios pensamientos y sentimientos respecto del paciente, pues la tentación de rescatar a este tipo de pacientes suele ser fuerte (*op. cit.*).

Como los pacientes con TPD son proclives a desarrollar relaciones abiertamente dependientes, Beck y Feeman (1995) sostienen que es necesario que el especialista establezca límites claros en torno a la relación profesional. Según la experiencia de Beck, estos pacientes suelen decir con mayor frecuencia que se han enamorado de su psicoterapeuta.

Con respecto al fin de la psicoterapia, para estos pacientes esta situación puede resultarles amenazadora, pues pueden estar convencidos de que sin el apoyo del psicoterapeuta no podrán conservar sus progresos. Ante esta situación, en lugar de cuestionar dichas creencias por medios estrictamente verbales, es recomendable espaciar las sesiones que servirá como medio de prueba ante tales ideas. Otra técnica que se recomienda, consiste en ofrecer sesiones de ayuda cuando resulten necesarias (ante futuras dificultades o recaídas) ya que el sólo hecho de saber que se tiene esa posibilidad facilita la transición hacia el fin de la psicoterapia (*op. cit.*).

DEPENDENCIA EN EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

Desde los inicios, en las formas cercanas a la psicoterapia se han reportado casos de dependencia dentro del proceso psicoterapéutico. En Solares (2000), se reporta cómo desde los tratamientos por medio de hipnosis realizados por Charcot se establecía una dependencia enfermiza (disfrazada de seducción) entre el hipnotizador y su paciente, dicha dependencia era de tal intensidad que por curar una enfermedad se establecía otra. Por lo cual, el concepto de dependencia ha sido estudiado de alguna manera a lo largo de la historia por algunos teóricos, entre los cuales destacan los teóricos de orientación psicoanalítica (Pedder, 1991).

Diversos autores, entre ellos Guntrip (cit. en Pedder, 1991) han estudiado las características de la dependencia patológica, así mismo, Coen en su libro *The Misuse of Persons. Analyzing Pathological Dependency*, publicado en 1991, profundiza al respecto de este concepto.

Se han realizado estudios dirigidos a ubicar la asociación que existe entre la dependencia y el mantenimiento de una relación interpersonal. A este respecto, Strong y Claiborn (1985) sostienen que el principal determinante del cambio en una relación es la mutua dependencia entre los miembros. Refieren además, que el grado de dependencia está en función de la magnitud de la necesidad y de la magnitud del recurso correspondiente. Así pues, la dependencia se basa en las necesidades percibidas y en los recursos que la persona percibe que el otro tiene, es decir, dicha dependencia está en función de la percepción. Estos autores agregan que nunca se presenta el caso en donde uno de los miembros es dependiente y el otro no, debido a que una persona no dependiente jamás interactuaría con una que sí lo fuera.

Según Strong y Claiborn (1985) refieren que la terminación de una relación está parcialmente en función de la magnitud de la dependencia de cada una de las partes de la relación. Es decir, cuanto mayor sea la dependencia, más sólida será la relación y con mayor probabilidad se dará el cambio conductual de uno o ambos miembros y por ende habrá menor probabilidades de que se presente la terminación.

De acuerdo a Hopkins (1986), dentro de la psicoterapia surgen sentimientos de dependencia, lo cual es una señal de que el paciente se está involucrando en el tratamiento. Este autor agrega que aunque esta situación es una señal positiva, también puede ser un peligro para la continuación del tratamiento, pues dichas necesidades de dependencia no se podrán satisfacer fácil ni totalmente. A este respecto, Furthermere (cit. en Hopkins, 1986) sostiene que el objetivo del psicoterapeuta no es satisfacer dichas necesidades de dependencia, por el contrario el objetivo es entender y ayudar a los pacientes a que estos satisfagan sus necesidades en otra parte.

La dependencia puede predecir aspectos importantes del tratamiento, como la transferencia, la contratransferencia, la disposición de seguir los lineamientos del tratamiento, etc. Así pues, los grados de autonomía y dependencia afectan en la colaboración terapéutica y en la forma en cómo se establece la relación psicoterapéutica (Bornstein, 1993 y Emery y Lesther, 1982).

Por su parte, Fairbairns (cit. en Bornstein y Bowen, 1995) habla de una “dependencia madura”, la cual considera como un prerrequisito para el desarrollo y mantenimiento de una relación de transferencia positiva. Así mismo, diversos autores sostienen que la dependencia del paciente hacia el psicoterapeuta puede ser un factor importante en la promoción del cambio psicoterapéutico.

Mientras que Coen (1991) habla de una “dependencia ordinaria” en la cual los pacientes son más flexibles, menos rígidos, más deseosos y capaces de asumir responsabilidades.

Cabe señalar que en 1973 Blum (cit. en Gorjón, 2002) acuñó el término “transferencia erotizada”, para referirse a ciertos tipos de amor de transferencia intensos y persistentes difíciles de encauzar en el trabajo analítico, que son propios de pacientes con organización fronteriza de la personalidad, quienes pueden manifestar intensos deseos de ser amados, demandas eróticas acompañadas de grandes esfuerzos por controlar al psicoterapeuta, para lo cual realizan diversas conductas (p ejem. acosar a su psicoterapeuta fuera de las sesiones en persona o por teléfono, acuden a citas extemporáneas, incluso se niegan abandonar el consultorio, así como amenazas e intentos de suicidio en un esfuerzo por obtener el amor del psicoterapeuta). Blue, refiere que tales situaciones representan grandes anhelos narcisistas de reestablecer la dependencia infantil y la simbiosis.

En sus trabajos con individuos con perturbaciones del *Yo*, Kohut (cit. en Castelló, 2003) habla de *“transferencia idealizadora”* para referirse a una interacción similar entre paciente y su psicoterapeuta. En su teoría sobre el narcisismo, afirma que para poseer una sana autoestima el niño debe internalizar a un objeto (objeto del Yo) que sea idealizable y que al mismo tiempo le elogie. A juicio de este autor, los pacientes con transferencia idealizadora han carecido de un objeto del Yo idealizado, lo que trae como consecuencia que enaltezcan al psicoterapeuta y a otras personas.

Por otra parte, Pedder (1991) habla sobre el miedo de dependencia experimentado por psicoterapeutas y pacientes dentro de las relaciones terapéuticas. A este respecto, Hopkins (1986) refiere que muchos pacientes se disgustan cuando se percatan de que están adoptando una postura dependiente hacia su psicoterapeuta. Refiere además, que la resistencia a los sentimientos de dependencia en el psicoterapeuta es muy común, especialmente en las primeras fases del tratamiento. Agrega que la mayoría de los pacientes tienen un deseo y un miedo simultáneo hacia la dependencia.

Groos (1978) por su parte, refiere que uno de los efectos negativos de la psicoterapia puede ser la dependencia hacia la misma psicoterapia, es decir, la psicoterapia puede producir el cada vez más común *adicto a la terapia*. Sobre esta línea, Wener (cit. en Groos, 1978) afirma que la terapia psicodinámica exige un gran compromiso con el psicoterapeuta, con lo cual se puede disminuir la propia autosuficiencia del paciente. El peligro dice él, “es la producción de individuos que no puedan

pasarse sin tratamiento…, estos adictos a la psicoterapia siempre están buscando más atención e insisten en que necesitan mucho tiempo para solucionar sus problemas” (p. 59).

Así mismo, Strupp y Hadley (cit. en Groos, 978) en una investigación donde entrevistaron a diversos psicoterapeutas, encontraron que uno de los efectos negativos de la psicoterapia se refiere al debilitamiento de la voluntad del paciente.

Sobre la relación que existe entre la dependencia y algunos trastornos, se han realizado estudios donde se ha encontrado que se presentan altos niveles de dependencia en ciertas psicopatologías como la depresión, el alcoholismo, los desordenes alimenticios y los trastornos psicosomáticos (Bornstein y Bowen, 1995).

Por su parte, Dollard y Molinero (cit. en Bornstein, 1993) apuntaron que la dependencia de un paciente puede usarse para motivar al paciente a comprometerse en el trabajo terapéutico productivo fortaleciendo así la relación psicoterapeuta-paciente. En tal una situación, Bornstein (1993) refiere que el psicoterapeuta debe ser cuidadoso de no pasar la delicada línea, pues se puede obtener una relación de transferencia dependiente en el paciente. Así mismo, Crowder (cit. en Bornstein, 1993) sostuvo que si la dependencia del paciente es altamente reforzada por el psicoterapeuta, entonces, el paciente puede adoptar una posición pasiva e indefensa, con lo cual el progreso psicoterapéutico se inhibirá.

Bornstein (1993) comenta que la dependencia puede jugar un papel importante no sólo para la cuestión de la transferencia, sino además, dicha dependencia puede tener implicaciones importantes en las reacciones de contratransferencia del psicoterapeuta, Bornstein enfatiza en dos formas principalmente. Primero, a medida que un psicoterapeuta se encoleriza, frustra o se siente amenazado por la actitud pasiva e indefensa de un paciente dentro de la psicoterapia, es probable que el psicoterapeuta reaccione de forma negativa. Segundo, la sensibilidad del paciente dependiente a las señales interpersonales puede afectar las reacciones de contratransferencia del psicoterapeuta de forma indirecta; con lo cual será difícil para el psicoterapeuta mantener una posición terapéutica "neutra."

Por el lado negativo, la intensa reacción de transferencia positiva del paciente dependiente puede en ciertas circunstancias impedir el progreso psicoterapéutico. Otro de los efectos negativos está relacionado con un alto deseo por parte del paciente de obtener protección, cuidado y apoyo. Así mismo, como ya se ha mencionado la expresión abierta de dependencia puede generar en el psicoterapeuta reacciones negativas de contratransferencia. Especialmente ante pacientes que por su dependencia presentan sentimientos de ineficacia y frustración ante el psicoterapeuta, quién puede presentar percepciones agobiadas por la impotencia e indigencia del paciente. Consecuentemente esta situación puede llevar al psicoterapeuta a un distanciamiento hacia el paciente (Bornstein y Bowen, 1995).

Así mismo, Emery y Lesther (1982) refieren que una excesiva postura dependiente por parte del paciente puede generar en el psicoterapeuta un gran deseo de hacer demasiado para el cliente.

Por su parte Ponce (2001), refiere que este tipo de pacientes particularmente los médicamente enfermos, pueden provocar diversas reacciones emocionales en el psicoterapeuta. Algunos pacientes pueden desencadenar preocupación excesiva, otros despertar sentimientos de hostilidad y rechazo. Sobre esta situación, Ponce sugiere que el psicoterapeuta debe identificar estos sentimientos con objeto de comprender mejor al paciente y de conservar una actitud de neutralidad terapéutica. Así mismo, refiere que las intervenciones que se originan en las necesidades del psicoterapeuta, incluso aunque tengan buenas intenciones, pueden no ser útiles para el paciente, incluso pueden desarrollar

una actitud de excesivo apoyo cuando el psicoterapeuta se identifica con el desamparo del paciente o intenta contrarrestar los sentimientos subyacentes de frustración e impotencia de éste; dicho apoyo quizá prive a algunos pacientes de la oportunidad de desarrollar una mayor autosuficiencia.

Con respecto a los resultados psicoterapéuticos con pacientes dependientes se han encontrado resultados positivos dentro de este proceso (Bornstein, 1993 y Bornstein y Bowen, 1995).

Cabe mencionar que la terminación del proceso psicoterapéutico para el paciente dependiente es una experiencia difícil. La terminación involucra sentimientos de abandonando por parte de una figura de autoridad omnipotente y omnisciente en la cual el paciente no puede estar de acuerdo. En este contexto, no es sorprendente que los pacientes dependientes permanezcan mayor tiempo en tratamiento que los pacientes no dependientes (Bornstein, 1993).

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE DEPENDIENTE

Diversos estudios citados por Bornstein y Bowen (1995) sugieren que los altos niveles de dependencia están asociados con la sugestión, complacencia, necesidades fuertes para la intimidad y afiliación, la sensibilidad a las señales interpersonales y miedo de evaluación negativa por otros.

En 1993 Bornstein (cit. en Bornstein y Bowen 1995) afirmó que la dependencia consiste en cuatro componentes separados, pero de alguna forma están interrelacionados:

1) Componente motivador: implica una marcada necesidad de tener una guía, apoyo y aprobación de los demás;
2) Componente cognitivo: implica una percepción del ego como impotente e ineficaz, así como creencias de que los demás son relativamente poderosos;
3) Componente afectivo: implica una tendencia a la ansiedad y temor ante situaciones que exigen un funcionamiento independiente, sobre todo cuando los productos de los esfuerzos de la persona serán evaluados por otros; y
4) Componente conductual: implica una tendencia a buscar ayuda, aprobación, guía y certeza de otros.

Para los teóricos interpersonales la dependencia se conceptúa mejor como ciertos rasgos de docilidad, complacencia y amigabilidad (cit. en Bornstein y Bowen, 1995).

Cashdan (cit. en Bornstein y Bowen, 1995) describe a la dependencia como un conjunto de “estrategias interpersonales” adoptado por los individuos, en un esfuerzo por permanecer conectado a otros significantes y satisfacer las necesidades fisiológicas y psicológicas básicas.

Diversos autores, entre ellos Masling y Schwartz (cit. en Bornstein, 1993) sostienen que la dependencia está asociada a una variedad de conductas interpersonales: complacencia con las reglas y autoridades, sensibilidad interpersonal, deseo por recibir ayuda o apoyo.

Coen (1991) refiere que los pacientes patológicamente dependientes no quieren saber en lo que están equivocados. Ellos se aferran a una relación dependiente con el analista, como si eso fuese suficiente para curarlos, sin la necesidad continuada y dolorosa de enfrentar e integrar sus propios conflictos interiores.

Johnson (1990) por su parte, sostiene que otra de las características presentadas en este tipo de pacientes, es que el paciente queda detenido en la fase inicial de proceso psicoterapéutico, (inicia la psicoterapia admirando a su psicoterapeuta y puede continuar admirándolo sin reservas durante años), sintiéndose cada vez mejor dentro de la psicoterapia aunque existan pocos cambios al respecto de su vida exterior.

Los resultados de diversas investigaciones realizadas por Nacev en 1980, Poldrugo y Forti en 1988 y McMahon et al. en 1993 (cit. en Bornstein y Bowen, 1995) sugieren que los pacientes dependientes se adhieren fuertemente al proceso psicoterapéutico.

Algunos otros estudios sugiere que los niveles elevados de complacencia y cooperación del paciente dependiente dentro del proceso psicoterapéutico son debido a un deseo del paciente dependiente de ser nutrido, protegido y cuidado por una figura omnipotente y omniscientífica que proyecte una imagen autoritaria (Bornstein y Bowen, 1995).

Así mismo, se ha encontrado que los pacientes dependientes muestran actitudes más positivas hacia médicos y psicólogos que los pacientes no dependientes. Estos pacientes dependientes son más serviciales (están más dispuestos a hacer algo), asumen con mayor facilidad el rol de paciente, permitiendo ser guiados y dirigidos en su conducta por figuras de autoridad como los médicos y los psicoterapeutas en comparación con los pacientes no dependientes (Bornstein, 1993 y Bornstein y Bowen, 1995).

Los individuos dependientes se preocupan más por obtener el cobijo y apoyo de otros, están más deseosos que los individuos no dependientes de obedecer y cubrir las demandas y expectativas de otras personas, particularmente de aquellas figuras de autoridad. En general, las personas dependientes se sienten muy bien dentro de las relaciones donde se ubican bajo el cuidado y protección de un consejero poderoso, responden muy bien en las relaciones donde existe gran empatía. Debido a que las ideas de magia, grandiosidad y omnipotencia están muy presentes en los pacientes dependientes, cualquier persona puede ser un “Dios” (Bornstein, 1993; Coen, 1991 y Emery y Lesther, 1982).

Así mismo, los pacientes dependientes desarrollan rápidamente una adecuada transferencia positiva dentro del proceso psicoterapéutico, la cual puede ayudarles a tolerar las frustraciones y retrocesos que inevitablemente suelen ocurrir durante el proceso (cit. en Bornstein y Bowen, 1995).

Varios estudios sugieren que los pacientes dependientes permanecen en el tratamiento durante mayor tiempo en comparación con los pacientes no dependientes, probablemente porque la persona dependiente es renuente abandonar la relación establecida entre éste y su psicoterapeuta. Ante tal situación, algunos estudios se ha dirigido a investigar como las conductas dependientes pueden de alguna manera predecir o influir en el curso y resultado de la psicoterapia (Bornstein, 1993).

Coen (1991) por su parte, menciona que en los pacientes dependientes hay un gran miedo ante la pérdida de alguna relación, así como una sensación exagerada de peligro y rabia. Las diversas fantasías en torno a las funciones protectoras de la relación, llevan al paciente a idealizar y aferrarse hacia el psicoterapeuta.

Los resultados de varios estudios confirman que una vez presentados los síntomas psicológicos, los individuos dependientes comienzan el tratamiento más rápidamente en comparación con los individuos no dependientes, o bien acude con su psicoterapeuta antes del siguiente ataque de síntomas, con lo cual, es probable que los pacientes dependientes presenten síntomas menos severos y menos crónicos (Bornstein, 1993 y Bornstein y Bowen, 1995).

Con los resultados de los estudios antes mencionados Bornstein (1993) afirma que la dependencia puede ser una fortaleza durante la psicoterapia. Por el lado positivo, numerosos estudios confirman que este tipo de pacientes son particularmente cooperativos y dóciles, pues buscan consejo y cura por parte de los médicos y psicólogos, por lo cual se adhieren más al tratamiento. No obstante, Bornstein (1993) refiere que dicha dependencia también puede ser negativa para el proceso psicoterapéutico. Con respecto a la cuestión negativa se dice que la posición de búsqueda de ayuda a menudo adoptada por los pacientes dependientes puede interferir con su manera de asumir un papel activo y asertivo durante el tratamiento. A medida que la persona dependiente encuentra apoyo y protección en el psicoterapeuta, este paciente puede estar menos deseoso de comenzar cambios que contribuyan a la recuperación.

Hipótesis de etiología

Durante 1960, Bandura y sus colegas (cit. en Bornstein y Bowen, 1995) comenzaron a dar énfasis a los aspectos de aprendizaje social de la dependencia, apuntando que las practicas de socialización temprana juegan un papel importante en la etiología de la dependencia en los niños y en los adultos. Así mismo, encontraron que las formas en que los psicoterapeutas responden (verbalizaciones) influyen en la conducta dependiente de los pacientes.

Los escritos de Beck y Lazarus (cit. en Bornstein y Bowen, 1995) hablan de la importancia de variables de personalidad del paciente. Refieren que el “estilo cognitivo” determina la intensidad y expresión de la dependencia dentro y fuera de la psicoterapia.

Los enfoques conductuales y cogntivo-conductuales, han dado énfasis al papel central que juegan las cogniciones relacionadas con la dependencia, así como el refuerzo de las conductas dependientes (cit. en Bornstein y Bowen, 1995).

Aunque Freud puso relativamente poca atención al papel de la dependencia, sostuvo que los problemas relacionados con ésta, son debidos a cuestiones de transferencia y contratransferencia (cit. en Bornstein y Bowen, 1995).

CUANDO EL PSICOTERAPEUTA ALIENTA LA DEPENDENCIA

Aún cuando es difícil dejar a un psicoterapeuta, para el paciente no es tan difícil darse cuenta de que tal vez *debería irse,* pese a los sentimientos de afecto que existan por parte del paciente hacia su psicoterapeuta. Johnson (1990) comenta que las sutiles formas de apego son las que hacen difícil cualquier decisión, refiriendo que lamentablemente es muy difícil discernir un apego excesivo.

Johnson (1990) menciona que el psicoterapeuta mediante distintas conductas puede fomentar un apego excesivo. Así pues, refiere que un psicoterapeuta que diagnostica genialidad en sus pacientes, que continuamente ofrece alabanzas y de alguna manera se establece como la única persona que lo apoyará y por ende la única persona a quien verdaderamente el paciente necesita, generará un apego excesivo en su paciente.

Otra manera de fomentar conductas y actitudes de dependencia en el paciente, según Rangell (cit. en Jonson, 1990) es cuando el psicoterapeuta tiene negativa a deshacer la “situación psicoanálitica” (cuando el paciente se ubica en la posición de paciente) con lo cual posiblemente el paciente se encuentre anhelando más psicoterapia.

Fromm (1977) por su parte, afirma que algunos psicoterapeutas “inseguros”, pueden tratar de dominar dicha inseguridad mediante el cultivo de la dependencia y la admiración del paciente hacia su psicoterapeuta, situación que es indeseable dentro del proceso psicoterapéutico. Dentro de la terminología de Freud, a tal situación se le llamaría cultivación artificial de la transferencia positiva de los pacientes.

Bernardi et al. (2004) refiere que el uso inadecuado de los elementos de apoyo puede resultar iatrogénico ya que se generan diversas consecuencias negativas, tales como disminuir la autoestima y generar actitudes y conductas de dependencia en el paciente. De igual manera reporta que en algunos tipos de psicoterapia, las situaciones de “impasse terapéutico” son aquellas situaciones en las que el tratamiento se eterniza, sin que el paciente obtenga beneficios. Hopkins (1986) por su parte, sostiene que un tratamiento intensivo a largo plazo hace que los pacientes experimenten períodos de extrema dependencia hacia su psicoterapeuta.

ESTRATEGIAS PARA AFRONTAR LA DEPENDENCIA PSICOTERAPÉUTICA

Irónicamente, las mismas motivaciones que le llevan a la persona dependiente a buscar ayuda posteriormente, estas mismas motivaciones (mismos síntomas) hacen que se dificulte terminar el tratamiento (Bornstein, 1993).

A este respecto, Bornstein (1993) comenta que dos intervenciones psicoterapéuticas pueden facilitar la terminación del tratamiento con el paciente dependiente. Primero, para que la terminación sea más fácil para el paciente dependiente, el psicoterapeuta debe idear una terminación en donde el psicoterapeuta esté contento y orgulloso del paciente ante tal situación. Segundo, el psicoterapeuta debe hacer explícito su o sus creencias de que las necesidades de dependencia del paciente pueden hacer la terminación del tratamiento difícil.

Emery y Lesther (1982) quienes han estudiado la dependencia particularmente con pacientes con depresión, refieren que un peligro con los clientes dependientes de mayor edad, es que ellos pueden adoptar una posición más dependiente ante su psicoterapeuta. Por esta razón, el psicoterapeuta necesita ayudar al cliente a formar otras relaciones íntimas y hablar o construir la terminación de la psicoterapia desde el principio de la misma. Así mismo, estos autores recomiendan al psicoterapeuta que enseñe y ayude a sus pacientes (aún con los clientes autónomos) a que den crédito a sus experiencias de dominio. Afirman además, que para aliviar la depresión de la persona dependiente, ésta tiene que aprender a aceptar la pérdida personal.

Emery y Lesther (1982) sugieren abordar tres aspectos dentro del proceso psicoterapéutico con este tipo de pacientes:
1) el problema de responsabilidad,
2) el problema de aceptación, y
3) el problema de opción.

Por su parte, Kleinke (1995) habla sobre las estrategias encaminadas a promover expectativas positivas en el cliente. Una de estas estrategias se refiere a enfatizar la responsabilidad del cliente; donde los clientes deben ser instruidos acerca del hecho de que el éxito de la psicoterapia depende más de sus propios esfuerzos, que de cualquier conocimiento experto del psicoterapeuta. Con lo cual se desanima a que los clientes adopten una actitud de dependencia pasiva hacia su psicoterapeuta.

French's (cit. en Bornstein y Bowen, 1995) proponen tres técnicas para la dependencia generada en la psicoterapia:

1) Una disminución en la frecuencia de las sesiones psicoterapéuticas;
2) Un convenio mutuamente establecido entre el paciente y psicoterapeuta con respecto al cronometrar la terminación; y
3) Un papel más activo por parte del psicoterapeuta para facilitar el cambio del paciente, a fin de ubicar su funcionamiento fuera de la psicoterapia.

Mann (cit. en Bornstein y Bowen, 1995) habla sobre los límites del número de sesiones de la psicoterapia; así mismo, habla de preparar al paciente para la terminación resaltando varias situaciones del conflicto que son probable que surjan durante el curso de trabajo psicoterapéutico.

Overholser (cit. en Bornstein y Bowen, 1995) aboga por el uso de diversas técnicas para el tratamiento de la dependencia dentro del la psicoterapia, entre las cuales destacan las siguientes: entrenamiento asertivo, reestructuración cognitiva, resolución de problemas y exposición en vivo de habilidades recientemente adquiridas para reforzar el repertorio de conductas autónomas en el paciente. También recomienda los Cuestionamientos Socráticos para animar a que el paciente adopte una posición más activa en la resolución de sus problemas, tanto dentro como fuera de la psicoterapia.

El modelo de Overhoser (cit. en Bornstein y Bowen, 1995) habla sobre el uso de estrategias de prevención de recaída durante las últimas fases de la psicoterapia a fin de prevenir el resurgimiento de conductas, cogniciones y reacciones emocionales relacionadas con la dependencia como respuesta a los acercamientos de la terminación.

Cashdan (cit. en Bornstein y Bowen, 1995) sostiene que varias técnicas psicoterapéuticas, incluyendo la interpretación de la conducta dependiente del paciente, confrontación al paciente sobre sus intentos por invalidar su responsabilidad, la autonomía y la terminación son particularmente útiles para ayudar al paciente a que desarrolle nuevas y más flexibles maneras de relacionarse con los demás. Bornstein y Bowen (1995) hablan de que el psicoterapeuta confronte al paciente su temor de ser abandonado y la ansiedad ante las evaluaciones negativas de los demás, específicamente por parte del psicoterapeuta.

Así mismo, se habla sobre la importancia de marcar límites firmes con respecto al contacto entre el paciente y el psicoterapeuta (particularmente después de las sesiones psicoterapéuticas) a fin de animar al paciente a resolver sus problemas y crisis por sí mismo. De igual manera, se debe ayudar al paciente a que día con día maneje de manera más adecuada sus problemas y sus crisis. Para que el paciente valore sus habilidades de funcionamiento independiente se debe reforzar los aspectos adaptativos de las conductas dependientes y minimizar los aspectos desadaptativos (*op. cit.)*.

Adoptar una posición *inflexible* ante las conductas dependientes del paciente puede generar estrés en éste. Por lo cual, algunos autores como Beck (cit. en Beck y Feeman, 1995) y Bornstein y Bowen, (1995) recomienda que el psicoterapeuta debe cambiar gradualmente de una posición permisiva (que se presenta al inicio de la psicoterapia) a una posición más firme (particularmente en las etapas ulteriores de la psicoterapia) con respecto a las conductas y actitudes de dependencia por parte del paciente, con lo cual se estaría fomentando la autonomía en el paciente.

De acuerdo a Hopkins (1986), el tipo de intervención usado dependerá de las necesidades del paciente, la calidad de resistencia, la personalidad del psicoterapeuta, entre otros factores.

Hopkins (1986) afirma que la meta del psicoterapeuta no es satisfacer las necesidades de la dependencia, pero éste debe ayudar al paciente a tener un mayor conocimiento de sus necesidades, sin que se genere culpa, a fin de que aprenda a recibir la satisfacción real de otras personas. A este respecto, Johnson (1990) refiere que es necesario insistir al paciente a que busque confirmación entre sus amigos y seres queridos, a fin de fomentar otras relaciones distintas de la psicoterapéutica.

Lo que hasta este momento se ha presentado, constituye una revisión de la literatura que se consideró relevante para abordar y entender los temas en cuestión de la presente investigación.

Particularmente en este último capítulo, se pudo observar que el vínculo psicoterapéutico que se establece entre el paciente y el psicoterapeuta juega un papel de suma importancia, que sin duda repercute en el curso del tratamiento psicoterapéutico y que además, este vinculo emocional va cambiando a lo largo del proceso terapéutico, por lo cual existen diversas reacciones por parte del paciente y del psicoterapeuta ante las etapas finales de dicho proceso. Por otra parte, la cuestión de la dependencia psicoterapéutica es una situación sumamente compleja, ya que ha sido poco abordada y se puede confundir con otros terminos. No obstante, dicha dependencia es una situación real que suele presentarse en algunos procesos o tratamientos psicoterapéuticos.

Cabe recordar que dentro del trabajo psicoterapéutico surgen distintos problemas ante los cuales se enfrentan los psicoterapeutas, uno de los principales está muy relacionado con el cierre del proceso psicoterapéutico. Dado que la relación psicoterapeuta-paciente juega un papel importante en la vida del paciente, en ocasiones se dificulta la terminación del proceso psicoterapéutico. Conviene mencionar que existen reacciones comunes entre los pacientes al respecto de la terminación de la psicoterapia, no obstante, existen otras más que pueden desembocar en una especie de *dependencia psicoterapéutica.* Puesto que la labor principal del psicoterapeuta es precisamente lograr que el paciente además de conseguir resolver sus problemas, esto lo logre de manera independiente, esta investigación se ha enfocado en indagar la presencia de *dependencia psicoterapéutica* así como los factores que pueden estar involucrados en ella, en pacientes cuyo proceso psicoterapéutico se encuentre en las últimas fases. En los subsecuentes capítulos, además de detallar los pasos para llevarla a cabo, también se presentan los resultados encontrados y las conclusiones que se derivaron a partir de dichos resultados.

CAPÍTULO 4

MÉTODO

En el presente capítulo se abordaran los pasos que se siguieron para llevar a cabo esta investigación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. Las pacientes cuyo motivo de consulta fue depresión y quienes sé encuentran en la fase final de su proceso psicoterapéutico o bien a punto de entrar a dicha fase, ¿Presentarán ciertas características de la *Dependencia Psicoterapéutica*, tales como idealización al psicoterapeuta, colocación del cambio psicoterapéutico en el psicoterapeuta y resistencia al Cierre del Proceso Psicoterapéutico?

2. ¿Cuáles son los factores que pueden estar involucrados con la Dependencia Psicoterapéutica?

OBJETIVO

Identificar si existe *Dependencia Psicoterapéutica* (dependencia del paciente hacia el psicoterapeuta) así como los factores involucrados, en pacientes mujeres con un rango de edad de 18 a 60 años, cuyo motivo de consulta fue la depresión y quienes se encuentran en la fase final del Proceso Psicoterapéutico o bien a punto de entrar a dicha fase, dentro de una modalidad de psicoterapia individual de consulta privada.

VARIABLES

1. Dependencia Psicoterapéutica

Definición conceptual

Para Bornstein (cit. en Bornstein y Bowen 1995) la dependencia consiste en cuatro componentes separados, pero que de alguna forma están interrelacionados:

1) Componente motivador: implica una marcada necesidad de tener una guía, apoyo y aprobación de los demás;
2) Componente cognitivo: implica una percepción del ego como impotente e ineficaz, así como creencias de que los demás son relativamente poderosos;
3) Componente afectivo: implica una tendencia a la ansiedad y temor ante situaciones que exigen un funcionamiento independiente, sobre todo cuando los productos de los esfuerzos de la persona serán evaluados por otros; y
4) Componente conductual: implica una tendencia a buscar ayuda, aprobación, guía y certeza de otros.

Definición operacional
En esta investigación la *Dependencia Psicoterapéutica* se midió por medio del Inventario de Evaluación del Proceso Psicoterapéutico para Pacientes (IEPP-PA); el cual a través de sus reactivos evalúa ciertas conductas, pensamientos y actitudes relacionadas con la dependencia, tales como: *Idealización al Psicoterapeuta* (creencias de que el psicoterapeuta es un experto y excelente persona, así como conductas de búsqueda de aprobación y respaldo del psicoterapeuta), *Colocación del Cambio Psicoterapéutico en el Psicoterapeuta* (creencias y actitudes de que el avance psicoterapéutico es consecuencia del psicoterapeuta, así como conductas de búsqueda de apoyo del psicoterapeuta ante alguna dificultad en la vida cotidiana) y *Resistencia al Cierre del Proceso Psicoterapéutico* (pensamientos de que la conclusión del proceso psicoterapéutico será desfavorable, así como ideas de que no hay avances psicoterapéuticos e incluso de que el problema no se resolverá).

2. **Características de los pacientes:** actitudes de dependencia hacia otras personas ajenas al proceso psicoterapéutico y si las pacientes han recibido o no tratamientos psicoterapéuticos anteriores.

3. **Características del padecimiento:** severidad del padecimiento.

4. **Características del tratamiento:** tiempo de tratamiento y frecuencia de las sesiones psicoterapéuticas.

5. **Características del proceso psicoterapéutico:** etapa en la que se encuentran las pacientes (etapa final o intermedia final).

6. **Características del psicoterapeuta:** enfoque psicoterapéutico, tiempo de experiencia; concepciones sobre el cambio psicoterapéutico y habilidades para manejar el Cierre del Proceso Psicoterapéutico.

TIPO DE ESTUDIO

Debido a que el tema de la presente investigación ha sido poco abordado, el tipo de estudio es exploratorio.

Por otra parte, ya que la medición de las variables fue en un sólo tiempo, este estudio es transeccional.

DISEÑO

El diseño de esta investigación es no experimental, debido a que no hubo manipulación intencional de las variables.

MUESTREO

El tipo de muestreo es no probabilístico, ya que la selección de los sujetos fue de una manera informal, es decir, los sujetos participantes fueron voluntarios.

Sujetos

- 30 mujeres con un rango de edad de 18 a 60 años, quienes al momento de la aplicación se encontraban dentro de un proceso psicoterapéutico individual (*consulta privada*), específicamente en la fase final o intermedia-final de su proceso psicoterapéutico y cuyo motivo de consulta fue la depresión.
- 18 psicoterapeutas de distintos enfoque teóricos (Psicoanalítico, Gestalt, Sistémico, Cognitivo-Conductual e Integral), quienes fueron los respectivos psicoterapeutas de las pacientes participantes.

Criterios de Inclusión

De acuerdo a los expertos entrevistados en esta investigación (ver anexo 1), la *Dependencia Psicoterapéutica* se ve influida por diversos factores. Con la intención de homogeneizar al máximo la muestra a fin que intervenga el menor número de variables extrañas se consideraron los siguientes **criterios de inclusión** para los *pacientes*:

Considerando que la variable sexo pudiera ser una variable extraña, se decidió trabajar sólo con **mujeres**, ya que con base en algunos autores (Dowling 1987; Flores 1996 y González 2000) son éstas quienes influenciadas por la cultura pueden presentar mayores características de dependencia emocional.

Con respecto al rango de edad, éste fue considerado de **18 a 60 años** ya que diversas investigaciones reportan rangos similares (Medina et al., 2003 y Reyes et al., 2003).

Pensando en que el padecimiento pudiera ser una variable extraña, la muestra se homogeneizó a pacientes cuyo motivo de consulta fue la **depresión,** ya que este es uno de los trastornos más frecuentes (Blackbourn y Morread, 2001; Cavazos, 2004; Chinchilla, 1999; Gargoloff et al. 2001; Jacobson y Jacobson, 2003; López et al., 2004; Méndez, 1995 y Ramírez, 1996). Además, por las características de la depresión, se reporta que este es uno de los trastornos en donde los pacientes suelen presentar conductas y actitudes de dependencia hacia sus psicoterapeutas (Beck y Feeman, 1995; Bornstein y Bowen, 1995; Castelló, 2003; López, 2003 y López et al. 2004).

Con la intención de que la modalidad psicoterapéutica no interviniera como variable extraña, se decidió realizar esta investigación sólo con pacientes de **consulta privada**.

Por otro lado, considerando que la dependencia por parte del paciente hacia su psicoterapeuta puede presentarse a lo largo del proceso psicoterapéutico e incluso al inicio de este proceso puede confundirse con la denominada adherencia psicoterapéutica o alianza psicoterapéutica y que pasada cierta etapa del proceso psicoterapéutico estas características deben ir cesando a fin de poder dar un cierre psicoterapéutico adecuado (cit. en Becerra, 2002; Johnson, 1990; Ponce, 2001 y Romero, 1991), en la presente investigación se tomó la decisión de trabajar sólo con personas que estuvieran en la **última fase del proceso psicoterapéutico** o bien a punto de entrar a dicha fase (**intermedia-final**).

Con respecto a los *psicoterapeutas*, se consideró trabajar con psicoterapeutas de diversos enfoques teóricos ya que de acuerdo a las entrevistas realizadas, todos los expertos coincidieron en que la dependencia psicoterapéutica es una situación no deseable y menos al final de proceso psicoterapéutico (ver anexo 1). El único **criterio de inclusión** para los psicoterapeutas fue que por lo menos una de sus pacientes hubiese cubierto todos los criterios de inclusión referentes a los pacientes.

INSTRUMENTOS

Los instrumentos utilizados en la presente investigación fueron: el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Evaluación del Proceso Psicoterapéutico para Pacientes (IEPP-PA) y el Inventario de Evaluación del Proceso Psicoterapéutico para Psicoterapeutas (IEPP-PT); mismos que se describen a continuación.

Cuando se decidió trabajar con pacientes cuyo motivo de consulta hubiese sido la depresión, se consideró buscar una forma de controlar este criterio de inclusión, para lo cual, además de preguntar directamente al psicoterapeuta tratante sobre el motivo de consulta de su paciente, se decidió utilizar el Inventario de Depresión de Beck.

1) **Inventario de Depresión de Beck** (*ver anexo 4*)

Este es un instrumento diseñado por Aarón T. Beck y Steer R. A. en Estados Unidos. La estandarización en México es atribuida a Ma. de Lourdes Méndez Salvatorre, Samuel Jurado Cárdenas y Enedina Villegas Hernández.

El instrumento fue diseñado para valorar la severidad de la depresión; consta de 21 items, cada uno de los cuales mide las siguientes escalas o factores:

1. Tristeza
2. Pesimismo
3. Sentimiento de fracaso
4. Insatisfacción
5. Culpabilidad
6. Expectativa de daño
7. Aversión hacia uno mismo
8. Autoacusación
9. Ideas de suicidio
10. Episodios de llanto
11. Irritabilidad
12. Aislamiento social
13. Indecisión
14. Cambios en la imagen corporal
15. Enlentecimiento (retraso para trabajar)
16. Insomnio
17. Fatiga
18. Pérdida de apetito
19. Pérdida de peso
20. Preocupación somática
21. Pérdida de la libido

Cada item está conformado por un grupo de oraciones (4), donde el sujeto responde dentro de un continuo de cuatro puntos que van de 0 a 3, donde el 0 es ausencia de síntomas depresivos y el 3 indica el máximo grado de severidad del síntoma depresivo. La calificación se obtiene de la suma de los puntajes de los reactivos. Entre mayor sea el puntaje más deprimido se encuentra el sujeto.

El puntaje total obtenido indica la intensidad de la depresión de acuerdo a los siguientes criterios:

De 0 al 9	Depresión Mínima
De 10 a 16	Depresión Leve
De 17 a 29	Depresión Moderada
De 30 a 63	Depresión Severa

Se reporta que las puntuaciones mayores a 15 ya deben ser tratadas como depresivas. Es importante considerar que la puntuación total sólo nos da un estimado de la severidad total de la depresión.

Cabe mencionar que para la presente investigación, las puntaciones menores a 15 se consideraron como sujetos **Sin Depresión**, respetando el resto de las puntuaciones como anteriormente se describieron.

Construcción del Inventario de Evaluación del Proceso Psicoterapéutico para Pacientes y el Inventario de Evaluación del Proceso Psicoterapéutico para Psicoterapeutas

A falta de un instrumento que nos ayudara a cumplir con los objetivos de la presente investigación y considerando que la Dependencia Psicoterapéutica es una situación multifactorial ya que pueden intervenir factores propios del paciente, factores del psicoterapeuta, incluso se habla de factores relacionados con el proceso psicoterapéutico y el enfoque teórico, se diseñaron dos instrumentos de medición.

Inicialmente se contempló trabajar mediante entrevistas semi-estructuradas tanto con los pacientes como con los psicoterapeutas, para lo cual, se diseñaron dos bocetos de entrevistas, uno para pacientes y otro para psicoterapeutas. Dichos bocetos fueron sometidos al juecéo de seis expertos en la temática. A partir de las sugerencias y comentarios de los expertos, surge la necesidad de construir instrumentos más estructurados y que a su vez tuvieran mayor respaldo o sustento empírico; para lograr esto se realizó lo siguiente:

- Con la intención de obtener mayor información sobre los factores involucrados en la presente investigación, es decir, la Depresión, el Cierre del Proceso Psicoterapéutico y la Dependencia Psicoterapéutica se realizaron entrevistas a profundidad semi-estructuradas a 16 psicoterapeutas de distintos enfoques teóricos, entre los cuales se encuentran los siguientes: Sistémico, Cognitivo-Conductual, Constructivista, Gestalt, Eriksoniano, Humanista-Frommiano y Psicoanalítico. Todos los entrevistados son profesores de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México con una amplia experiencia en el trabajo psicoterapéutico. Cabe mencionar que se solicitó el apoyo de 22 psicoterapeutas, sin embargo, 6 de ellos se rehusaron a ser entrevistados haciendo alusión a su exceso de trabajo.

- Cada una de las entrevistas fue audio-grabada *(previo consentimiento del psicoterapeuta)* y tuvo un tiempo promedio de duración de una hora y media. Todas las entrevistas se transcribieron a fin poder realizar un análisis cualitativo de la información (*ver anexo 1*).

- De dicho análisis, se diseñaron el Inventario de Evaluación del Proceso Psicoterapéutico para Pacientes (IEPP-PA) y el Inventario de Evaluación del Proceso Psicoterapéutico para Psicoterapeutas (IEPP-PT), los cuales se describen a continuación.

2) Inventario de Evaluación del Proceso Psicoterapéutico para Pacientes (IEPPT - PA)
(ver anexo 3)

Este inventario fue diseñado para medir en personas que están dentro de un Proceso Psicoterapéutico ciertas conductas, pensamientos y actitudes indicadoras de Dependencia Psicoterapéutica. De igual manera, consta de reactivos para discriminar si los indicios de dependencia son características propias del paciente.

Con respecto a la confiabilidad del instrumento, se puede decir que existe alta consistencia ya que mediante la Prueba Alpha de Cronbach se obtuvo un **Coeficiente de Confiabilidad de .81**

El instrumento está integrado por 30 reactivos con escala tipo Likert, cada uno de los cuales consta de 4 posibles respuestas, mismas que se mencionan a continuación:

0= nunca
1= ocasionalmente
2= frecuentemente
3= siempre

Los reactivos fueron agrupados en las siguientes cinco categorías:

1. Idealización al Psicoterapeuta. Esta categoría evalúa ideas y creencias de que el psicoterapeuta es un experto y excelente persona, así como conductas de búsqueda de aprobación y respaldo del psicoterapeuta. *(Conformada por los reactivos: 1, 5, 7, 10, 13, 14, 28)*
Puntajes esperados:
Mínimo=0
Máximo=21

2. Colocación del Cambio Psicoterapéutico en el Psicoterapeuta. Se refiere a creencias y actitudes de que el avance psicoterapéutico es consecuencia del psicoterapeuta. Así como, conductas de búsqueda de apoyo del psicoterapeuta ante alguna dificultad en la vida cotidiana. *(Conformada por los reactivos: 2, 3, 8, 12, 15, 16, 19, 21, 30)*
Puntajes esperados:
Mínimo: 0
Máximo=27

3. **Resistencia al Cierre del proceso Psicoterapéutico.** Dicha categoría se refiere a creencias de que la conclusión del proceso psicoterapéutico será desfavorable, así como percepciones de que no hay avances psicoterapéuticos e incluso de que el problema no se resolverá. Algunos reactivos evalúan la presencia de sentimientos de ineficacia y el grado de bienestar por parte del paciente dentro de su proceso psicoterapéutico. *(Conformada por los reactivos: 4, 6, 23, 24, 25, 26, 27, 29)*
Puntajes esperados:
Mínimo=0
Máximo=24

4. **Dependencia hacia el Exterior.** Estos reactivos discriminan si la dependencia presentada es una característica propia del paciente, pues evalúan la frecuencia con la cual los pacientes suelen recurrir a otras personas ante situaciones dificultosas. *(Conformada por los reactivos: 11, 17, 20)*
Puntajes esperados:
Mínimo=0
Máximo= 9

5. **Preparación del cierre.** Estos reactivos son la contraparte de la categoría “Resistencia al Cierre del proceso Psicoterapéutico”, pues evalúan la percepción que tiene el paciente sobre su problemática (si ésta ha disminuido), el grado en el cual el paciente se atribuye a sí mismo el cambio psicoterapéutico, así como la apertura que tiene para dar por terminada la psicoterapia. *(Conformada por los reactivos: 9, 22, 18)*
Puntajes esperados:
Mínimo=0
Máximo=9

3) Inventario de Evaluación del Proceso Psicoterapéutico para Psicoterapeutas (IEPPT - PT)

(ver anexo 5)

Este inventario fue diseñado para medir en psicoterapeutas ciertas conductas y creencias que de acuerdo los expertos (ver anexo 1) y a la bibliografía revisada (Bernardi et al, 2004; Bornstein y Bowen, 1995; Fromm, 1977; Groos, 1978; Hopkins, 1986; Johnson, 1990 y Solares, 2000) están relacionadas con la generación de Dependencia Psicoterapéutica. El instrumento además de indagar directamente sobre las conductas y creencias de los psicoterapeutas, permite observar la ocurrencia de algunas características de la dependencia psicoterapéutica presentadas por sus pacientes, pues consta de reactivos que son contestados en función de la experiencia del psicoterapeuta.

La confiabilidad de este instrumento se puede considerar como alta ya que mediante la Prueba Alpha de Cronbach se obtuvo un **Coeficiente de Confiabilidad de .87**

El instrumento está integrado por 50 reactivos con escala tipo Likert, cada uno de los cuales consta de las siguientes 4 posibles respuestas:

0= nunca
1= ocasionalmente
2= frecuentemente
3= siempre

Los reactivos fueron agrupados en seis categorías, las cuales se describen a continuación:

1. **Colocación del Cambio Psicoterapéutico en el Psicoterapeuta.** Estos reactivos evalúan a través de pensamientos y conductas el grado en el cuál el psicoterapeuta se considera un experto e indispensable para el cambio psicoterapéutico, específicamente algunos reactivos están destinados a ubicar la frecuencia con la qué los psicoterapeutas expresan consejos y puntos de vista personales ante las inquietudes del paciente, así como aquellas conductas de ver al paciente frecuentemente incluso fuera del ámbito psicoterapéutico. *(Conformada por los reactivos:3, 8, 14, 15, 16, 18, 29, 42, 44, 47, 48, 50, 33)*
Puntajes esperados:
Mínimo=0
Máximo=39

2. **Idealización del Paciente hacia el Psicoterapeuta *-Percepción del Psicoterapeuta-.*** Dichos reactivos están diseñados de tal forma que el psicoterapeuta responda de acuerdo a las conductas y actitudes realizadas por sus pacientes (*mis pacientes consideran que soy un experto, tienen un concepto agradable sobre mi persona, desean saber mi opinión sobre situaciones de su interés, recurren a mi ante alguna dificultad, me consideran indispensable en sus vidas, me piden que los vea antes de la sesión programada, expresan satisfacción dentro del proceso psicoterapéutico…*). Con lo cual se puede dar un indicio del grado de idealización por parte del paciente hacia su psicoterapeuta. *(Conformada por los reactivos: 13, 27, 30, 35, 39, 28, 43)*
Puntajes esperados:
Mínimo=0
Máximo=21

3. **Identificación de Dependencia Psicoterapéutica.** Esta categoría está muy relacionada con la anterior, pues sus reactivos están destinados a ubicar la frecuencia con la cual los psicoterapeutas se encuentran con posturas de dependencia (*los pacientes buscan al psicoterapeuta en horarios fuera de los establecidos, temen no poder salir adelante sin el apoyo del psicoterapeuta, buscan aprobación del psicoterapeuta*) y resistencia ante el cierre del proceso psicoterapéutico (*ante el anuncio del cierre del proceso psicoterapéutico los pacientes presentan nuevo síntomas, se muestran desvalidos, -no poder salir adelante-*). *(Conformada por los reactivos: 5, 9, 11, 34, 38, 40)*
Puntajes esperados:
Mínimo=0
Máximo=18

4. **Dificultad para Cerrar el Proceso Psicoterapéutico.** Estos reactivos están dirigidos a situar la dificultad que presenta el psicoterapeuta para dar el cierre del proceso psicoterapéutico. *(Conformada por los reactivos: 19, 23, 45, 46, 25, 36)*
Puntajes esperados:
Mínimo=0
Máximo=18

5. **Preparación del Cierre del Proceso Psicoterapéutico.** Ésta categoría sitúa el grado en el cúal el psicoterapeuta utiliza diversas técnicas para poder llevar a cabo un cierre psicoterapéutico adecuado, esto según los expertos entrevistados (ver anexo 1) y algunos teóricos como Bornstein, (1993); Bornstein y Bowen, (1995); Emery y Lesther, (1982) y Kleinke, (1995). *(Conformada por los reactivos:4, 6, 7, 10, 17, 21, 22, 24, 26, 31, 20, 37)*
Puntajes esperados:
Mínimo=0
Máximo=36

6. **Cambio Psicoterapéutico atribuido al Paciente y al Padecimiento.** Estos reactivos están destinados a ubicar el grado en que el psicoterapeuta atribuye el cambio así como la falta de avances psicoterapéuticos al paciente y al padecimiento. *(Conformada por los reactivos: 1, 32, 49, 12, 2, 41)*
Puntajes esperados:
Mínimo=0
Máximo=18

PROCEDIMIENTO

1. Para recabar la muestra de la presente investigación, se concertó una cita vía telefónica con cada uno de los psicoterapeutas, a quienes se les informó personalmente el objetivo del estudio. Así mismo, se les permitió revisar los instrumentos utilizados antes de iniciar las aplicaciones, así como la Carta de Consentimiento Informado para las pacientes (ver anexo 2).

   Con la intención de no sesgar información en la investigación, la consigna que se dio a los participantes fue: *"Se está realizando una investigación para indagar acerca del proceso psicoterapéutico, contemplando los dos elementos implicados en este proceso, es decir, psicoterapeuta y paciente; para lo cual se requiere la participación del psicoterapeuta y sus respectivos pacientes. Específicamente se requieren mujeres de 18 a 60 años de edad que estén en un proceso psicoterapéutico individual y dispuestas a participar en dicha investigación, a quienes se les aplicará 2 cuestionarios (Inventario de depresión de Beck e Inventario de Evaluación del Proceso Psicoterapéutico para Pacientes), mientras que al psicoterapeuta se le aplicará un cuestionario (Inventario de Evaluación del Proceso Psicoterapéutico para Psicoterapeutas)".* En todo momento se hizo énfasis sobre la confidencialidad de la información, tanto al psicoterapeuta como a la paciente.

2. Una vez obtenida la aprobación por parte del psicoterapeuta en participar en la investigación, éste procedía a informarles a sus pacientes y solicitar su colaboración.

3. Cada una de las aplicaciones fue realizada por la investigadora en el espacio psicoterapéutico de las pacientes antes de iniciar o bien al terminó de su sesión psicoterapéutica, teniendo una duración aproximada de 20 minutos por aplicación. Cabe mencionar que las aplicaciones primero se realizaron con las pacientes para concluir con los psicoterapeutas a quienes además, se les formuló las siguientes preguntas por cada una de sus pacientes participantes:
   - ¿Cuál es el motivo por el cual su paciente asiste a psicoterapia?
   - ¿En qué etapa del proceso psicoterapéutico se encuentra su paciente?
   - ¿Hasta el momento han habido avances psicoterapéuticos?, en caso de contestar afirmativamente, se preguntó;
   - ¿Cómo se pueden identificar estos avances psicoterapéuticos?

4. Una vez realizadas las aplicaciones se seleccionaron aquellos cuestionarios que cubrieron todos los criterios de inclusión (los cuales se han detallado en el apartado de *sujetos*).

Cabe mencionar que en total se aplicaron 180 instrumentos a 90 pacientes, sin embargo, sólo 30 pacientes cubrieron todos los criterios de inclusión. Con respecto a los psicoterapeutas, de 28 aplicaciones se descartaron 10, debido a que no cubrieron el criterio de inclusión referente a psicoterapeutas. Por lo cual, el análisis estadístico de esta investigación se realizó con la información de 18 psicoterapeutas y 30 pacientes.

Se hace hincapié, en que existieron psicoterapeutas específicamente 10, que desde un inicio se rehusaron a participar en la investigación sin dar oportunidad de acceder a sus pacientes, dando como argumento el enfoque teórico bajo el cual se conducen (psicoanalítico) y la confidencialidad del trabajo psicoterapéutico, así como de sus pacientes. De igual manera, existió un caso en el cual accedimos de primera instancia a la paciente quien se mostró muy dispuesta a participar, si embargo, al solicitar el apoyo de su psicoterapeuta, éste se rehusó.

En el siguiente capítulo se presentan los resultados de esta investigación, producto de los instrumentos aplicados tanto a las pacientes como a sus respectivos psicoterapeutas.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS

Antes entrar directamente a los resultados es conveniente conocer quienes son los que participaron en esta investigación, es decir, cuántos son y qué características comunes presentaron los sujetos; para lo cual se abre el siguiente apartado.

Características de la muestra

Los participantes de la presente investigación se describen en la tabla 1, en la cual podemos observar las características tanto personales como profesionales de los psicoterapeutas, tales como sexo, edad, escolaridad, tiempo de experiencia en el trabajo psicoterapéutico (expresado en años) y enfoque teórico.

Del lado derecho de cada uno de los psicoterapeutas, se encuentran las características de sus pacientes. Entre las características personales de éstas, se muestra la edad, la escolaridad y el estado civil; de igual manera, se puede observar si las pacientes al momento de la aplicación estaban ingiriendo algún medicamento psiquiátrico y si han recibido algún tratamiento psicoterapéutico anterior, donde podemos apreciar que más del 50 % de las pacientes, es decir, 16 de 30 pacientes ya han recibido algún tratamiento psicoterapéutico con anterioridad.

En la misma tabla, se observan las características del tratamiento psicoterapéutico de las pacientes, aquellas como el tiempo de tratamiento expresado en meses, la frecuencia de las sesiones psicoterapéuticas que van desde una vez al mes, una vez cada 15 días, una vez a la semana y dos veces a la semana, así como la etapa del proceso psicoterapéutico en la que se encontraba cada una de las pacientes al momento de la aplicación.

Con respecto a la etapa del proceso psicoterapéutico, ésta fue clasificada en dos modalidades, aquellas pacientes que ya estaba en la etapa final del proceso psicoterapéutico a la cual se le denominó *etapa final* y aquellas pacientes que estaban a punto de entrar a la última etapa del proceso psicoterapéutico a la que se le dio el nombre de *etapa intermedia-final*.

En la última columna se muestra de acuerdo a la calificación obtenida por las pacientes en el Inventario de Depresión de Beck, su grado de depresión al momento de la aplicación. Cabe destacar que a pesar de que las pacientes se encontraban en la última etapa del proceso psicoterapéutico o bien a punto de entrar a dicha etapa y que además, todos los psicoterapeutas reportaron la existencia de avances psicoterapéuticos en sus pacientes, se ubicaron casos de depresión leve, moderada e incluso severa.

Por último se hace hincapié en que fueron 18 psicoterapeutas de distintos enfoques teóricos los participantes en esta investigación, mismos que atendieron a uno, dos y en algunos casos tres de las pacientes participantes, de tal forma que el total de la muestra de las pacientes fue de 30 sujetos.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS DATOS
- PACIENTES -

Como se mencionó en el capítulo referente a la metodología, para esta investigación se determinó utilizar los *Inventarios de Evaluación del Proceso Psicoterapéutico para Pacientes y para Psicoterapeutas* (IEPP-PA, IEPP-PT) como instrumentos de medición para la dependencia psicoterapéutica y sus factores involucrados por lo cual, en el presente capítulo se muestran los resultados obtenidos a partir de dichos instrumentos, particularmente en este apartado se detallará la información de las pacientes.

Considerando las características de la muestra y de los instrumentos de medición, así como el objetivo de investigación, tanto para los datos de las pacientes como para los datos de los psicoterapeutas se realizó un Análisis de Frecuencias de acuerdo a las variables de interés, a través del Programa Estadístico Para las Ciencias Sociales, versión 11 (SPSS 11.00 for Windows).

Con respecto a las pacientes, cabe aclarar que para el análisis estadístico, las categorías *Idealización al Psicoterapeuta, Colocación del Cambio Psicoterapéutico en el Psicoterapeuta y Resistencia al Cierre del Proceso Psicoterapéutico* se fusionaron en una sola categoría, a la cual se le denominó ***Dependencia Psicoterapéutica,*** misma que quedó conformada por 24 reactivos.

En la tabla 2, se muestran los puntajes obtenidos por las pacientes en la categoría Dependencia Psicoterapéutica del Inventario de Evaluación del Proceso Psicoterapéutico para Pacientes (IEPP-PA), así como las frecuencias de cada uno de los enfoques teóricos y en forma general.

Tabla 2. Frecuencia de los Puntajes Obtenidos en la categoría Dependencia Psicoterapéutica - Comparación entre Enfoques Teóricos

		ENFOQUE PSICOTERAPEUTICO					Total
PUNTAJES OBTENIDOS		PSICOA-NÁLITICO	GESTALT	SISTEMI-CO	COGNITIVO-CONDUCTUAL	INTEGRAL	FRECUENCIAS
DEPENDENCIA TERAPEUTICA	18,00	1					1
	23,00				1		1
	26,00	2		1			3
	28,00	1			1		2
	31,00	1					1
	32,00		1		1		2
	34,00		1		1		2
	35,00				1		1
	36,00				1		1
	37,00	1					1
	38,00	1					1
	39,00			1			1
	40,00		1				1
	41,00	1					1
	42,00	1					1
	43,00	1			1		2
	45,00		1				1
	46,00				1		1
	52,00					1	1
N		10	4	2	8	1	25

Puntajes esperados: Mínimo=0 Máximo=72

De manera general, se puede observar que el puntaje mínimo obtenido por las pacientes en la categoría *Dependencia Psicoterapéutica* fue de 18, mientras que el máximo fue de 52, por lo cual todas las pacientes obtuvieron puntajes dentro del rango de 18 a 52 en la categoría antes mencionada, datos que indican que las respuestas de las pacientes a los reactivos que conforman dicha categoría fue muy variable. Cabe resaltar que no hubo presencia de puntajes extremos que se acercarán a 0 que es la mínima puntuación esperada o bien, a 72 que es la máxima puntuación esperada, con lo cual se puede inferir que las pacientes en su mayoría pudieron estar contestando en las opciones de respuesta ocasionalmente y frecuentemente *(recuérdese que hay cuatro opciones de repuesta: nunca, ocasionalmente, frecuentemente y siempre).*

Como se puede observar para este análisis sólo se muestran datos de 25 de las 30 pacientes participantes ya que 5 de ellas se abstuvieron de contestar alguno de los reactivos que conforman las categorías *Idealización al Psicoterapeuta, Colocación del Cambio Psicoterapéutico en el Psicoterapeuta y Resistencia al Cierre del Proceso Psicoterapéutico,* que como ya se mencionó fueron fusionadas en una sola categoría denominada ***Dependencia Psicoterapéutica****,* por lo cual estas pacientes no pudieron ser integradas a los resultados de esta categoría en particular.

Con respecto al enfoque teórico podemos observar que las pacientes atendidas desde un enfoque Psicoanalítico tuvieron respuestas muy variables, pues sus puntajes cayeron dentro de un rango de 18 a 43. Se hace hincapié en que 18 fue la puntuación más baja, lo cual nos podría indicar que esta paciente presentan menores conductas, creencias y actitudes de dependencia, es decir, hay menor idealización hacia el psicoterapeuta por lo cual, el cambio o los avances psicoterapéuticos no son atribuidos solo al psicoterapeuta y por ende hay mayor disposición a que se presente el cierre del proceso psicoterapéutico. Cabe mencionar que en esta categoría para el enfoque psicoanalítico, sólo pudieron ser analizadas 10 de las 11 pacientes ya que como se mencionó anteriormente, hubieron pacientes que omitieron respuestas en alguno de los reactivos.

En lo que respecta al enfoque Gestalt, los puntajes de las 4 pacientes participantes de igual manera se comportaron de forma variable cayendo dentro del rango de 32 a 45. Si se consideran las opciones de respuesta, a estos puntajes se les puede ubicar como puntajes de término medio (lo cual nos hablaría de que las pacientes de enfoque Gestalt presentan ciertas conductas, creencias y actitudes de dependencia hacia su psicoterapeuta.

Las pacientes atendidas desde un enfoque Sistémico obtuvieron puntajes de 26 y 39, puntuaciones que caen en un término medio, es decir, que ocasionalmente y frecuentemente se presentan conductas, creencias y actitudes de dependencia psicoterapéutica; de igual manera para este enfoque sólo pudieron ser analizadas 2 de las 3 pacientes participantes por los motivos antes mencionados.

Para el enfoque Cognitivo-Conductual las puntuaciones cayeron en un rango de 23 a 46, se resalta que las puntuaciones de este enfoque en su mayoría, (6 de 8 puntuaciones) fueron menores a 37 puntos, puntaje que puede ser ubicado como término medio; así mismo, se hace mención, de que en este enfoque una paciente no pudo ser analizada por los motivos ya mencionados.

De igual manera, dentro del enfoque Integral, 2 pacientes no pudieron ser analizadas por lo que la única puntuación para este enfoque fue de 52, siendo esta la puntuación más elevada de todas las pacientes, puntuación que se consideraría como alta; lo cual indica que en esta paciente hay mayor presencia de conductas, creencias y actitudes de dependencia hacia el psicoterapeuta, es decir, pensamientos de que el psicoterapeuta es una excelente persona así como un experto, por lo cual hay una búsqueda de aprobación y respaldo de su psicoterapeuta *(suele preguntar a su psicoterapeuta lo que piensa sobre sus ideas, pensamientos y conductas, dichas conductas se basan*

en lo que recomienda su psicoterapeuta, etc.). Así mismo, hay creencias de que el avance psicoterapéutico es consecuencia del psicoterapeuta, así como búsqueda de apoyo del psicoterapeuta ante situaciones dificultosas de la vida cotidiana *(ante algún problema en la vida cotidiana recurre a su psicoterapeuta, interés por recibir consejos de parte del psicoterapeuta, solicita ver a su psicoterapeuta antes de las sesiones programadas, hace llamadas telefónicas para ver a su psicoterapeuta, ve a su psicoterapeuta en horarios y espacios fuera del ámbito psicoterapéutico, etc.)*. De igual manera, hay presencia de pensamientos de que la conclusión del proceso psicoterapéutico será desfavorable por lo cual hay resistencia a terminar dicho proceso, pues existen pensamientos de que no hay avances en la resolución de su problemática, incluso de que el problema nunca se resolverá, así como sentimientos de ineficacia y cierto grado de bienestar por parte de la paciente dentro de su proceso psicoterapéutico.

Una de las características de la dependencia psicoterapéutica es la Resistencia al Cierre del Proceso Psicoterapéutico, la cual fue medida a través de la categoría antes descrita. A continuación, se describe su contraparte, es decir, la ***Preparación del Cierre del Proceso Psicoterapéutico.***

Como se mencionó anteriormente, el IEPP-PA consta de 5 categorías una de las cuales está dirigida a medir el grado de Preparación por parte de los pacientes ante el Cierre del Proceso Psicoterapéutico. En la tabla 3, se muestran los puntajes obtenidos por las pacientes en la categoría *Preparación del Cierre del Proceso Psicoterapéutico* del IEPP-PA, así como las frecuencias de cada uno de los enfoques teóricos, en la última columna se pueden observar las frecuencias totales.

Tabla 3. Frecuencia de los Puntajes Obtenidos en la categoría Preparación del Cierre del Proceso Psicoterapéutico - Comparación entre Enfoques Teóricos

		ENFOQUE PSICOTERAPEUTICO					**Total** FRECUENCIAS
PUNTAJES OBTENIDOS		**PSICOANALITICO**	**GESTALT**	**SISTEMICO**	**COGNITIVO-CONDUCTUAL**	**INTEGRAL**	
Preparación del Cierre del Proceso Psicotera-péutico	3,00	1					1
	4,00				2		2
	5,00	2	1		2		5
	6,00	7	1		4		12
	7,00	1	1	3	1	3	9
	8,00		1				1
N		11	4	3	9	3	30

Puntajes esperados: Mínimo=0 Máximo=9

Para la categoría *Preparación del Cierre del Proceso Psicoterapéutico*, la puntuación mínima obtenida fue de 3, perteneciendo ésta a una paciente atendida desde un enfoque Psicoanalítico, dicha puntuación nos indicaría que existe poca preparación por parte de la paciente par dar por terminado su proceso psicoterapéutico, posiblemente esta paciente contestó en la opción de respuesta ocasionalmente, lo cual nos hablaría de que ocasionalmente piensa que su problemática ha disminuido, pocas veces considera que su psicoterapia debe terminar y pocas veces considera que su problemática ha disminuido gracias a su esfuerzo. Mientras que la máxima puntuación fue de 8, la cual fue obtenida por una paciente atendida desde un enfoque Gestalt, dicha puntuación nos indicaría que hay gran preparación por parte de la paciente para que se lleve a cabo el cierre de su proceso psicoterapéutico, pues considera que su problemática ha disminuido y esto gracia a su propio esfuerzo, por lo cual hay apertura para dar por terminada la psicoterapia.

Si se consideran los puntajes esperados para esta categoría, se puede observar que en su mayoría las puntuaciones fueron altas pues hay mayor número de puntuaciones (específicamente 22) que se acercan más al puntaje máximo esperado que es de 9, lo cual indica que 22 pacientes de alguna manera ya están preparadas para concluir su proceso psicoterapéutico.

Al momento de las entrevistas, los expertos reportaron que existen diversos factores involucrados en la dependencia psicoterapéutica, uno de los cuales está relacionado con características propias del paciente, por lo que al momento de diseñar los instrumentos de medición se intentó considerar este factor, formulando una serie de reactivos en el IEPP-PA, que juntos englobaron la categoría ***Dependencia hacia el exterior***, misma que se revisa a continuación.

En la tabla 4, se muestran los puntajes obtenidos por las pacientes en la categoría *Dependencia hacia el Exterior*, así como las frecuencias de cada uno de los enfoques teóricos y las frecuencias totales.

Tabla 4. Frecuencia de los Puntajes Obtenidos en la categoría Dependencia hacia el Exterior - Comparación entre Enfoques Teóricos

		ENFOQUE PSICOTERAPEUTICO					Total
PUNTAJES OBTENIDOS		PSICOA-NALITICO	GESTALT	SISTEMI-CO	COGNITIVO-CONDUCTUAL	INTEGRAL	FRECUEN CIAS
Dependencia hacia el Exterior	,00	1			1	1	3
	2,00	4	2	1	1	1	9
	3,00	2		2	2		6
	4,00	3			3		6
	5,00	1	1		1		3
	6,00		1		1		2
	7,00					1	1
N		11	4	3	9	3	30

Puntajes esperados: Mínimo=0 Máximo=9

A diferencia de la categoría anterior, para la categoría *Dependencia hacia el Exterior* la mayoría de las pacientes obtuvieron puntuaciones bajas *(24 pacientes obtuvieron puntuaciones menores a 4)*, lo cual quiere decir que estas pacientes muestran poca dependencia hacia otras personas.

Se puede observar que existieron pacientes del enfoque Psicoanalítico, Cognitivo-Conductual e Integral que obtuvieron la mínima puntuación esperada, la cual es 0, lo que indica que estas pacientes reportaron que ante situaciones dificultosas nunca recurren otras personas, así mismo, no esperan recibir consejos o que otras personas resuelvan sus problemáticas.

La máxima puntuación obtenida en esta categoría fue 7, puntuación perteneciente a una paciente atendida desde el enfoque Integral. Cabe destacar que la paciente que obtuvo la puntuación máxima en esta categoría es la misma paciente que obtuvo la máxima puntuación en la categoría Dependencia Psicoterapéutica, lo que indica que esta paciente no sólo presenta dependencia hacia su psicoterapeuta, sino además, dicha dependencia también es presentada hacia otras personas.

Según los reportando por algunos expertos entrevistados (ver anexo 1), otra de las características que presentan los pacientes con dependencia psicoterapéutica, es que estos suelen acudir a diversos tratamientos psicoterapéuticos, por lo cual se realizó una comparación entre las pacientes que ya habían recibido algún tratamiento psicoterapéutico anterior y las pacientes que no han recibido algún tratamiento anterior sobre sus puntajes obtenidos en la categoría Dependencia Psicoterapéutica del IEPP-PA. Los datos se muestran en la tabla 5.

Tabla 5. Puntajes Obtenidos en la categoría Dependencia Psicoterapéutica - Comparación entre las pacientes que han recibido tratamiento psicoterapéutico anterior y las no lo han recibido

PUNTAJE DE LA CATEGORIA DEPENDENCIA PSICOTERAPÉUTICA (IEPP-PA)	
Pacientes que han recibido tratamiento anterior	**Pacientes que no han recibido tratamientos anterior**
18,00	23,00
26,00	26,00
26,00	32,00
28,00	32,00
28,00	34,00
31,00	38,00
34,00	40,00
35,00	41,00
36,00	45,00
37,00	52,00
39,00	
42,00	
43,00	
43,00	
46,00	

Nota. Sólo se presentan datos de 25 pacientes, ya que 5 pacientes no contestaron algunos reactivos (1 paciente que ya había recibido tratamiento anterior y 4 pacientes que no habían recibido tratamiento anterior).

Como se puede observar en la tabla 5, las pacientes que ya habían recibido algún tratamiento psicoterapéutico anterior, en general obtuvieron puntajes menores que las pacientes que no han recibido tratamiento anterior, pues si se considera el puntaje medio esperado que equivale a 36, el 60% de las pacientes que ya han recibido tratamiento anterior obtuvo puntajes menores o igual a dicho puntaje medio, mientras que sólo el 50% de las pacientes que no han recibido tratamiento anterior obtuvo puntuaciones menores a 36.

Otra de las variables que interfieren en la dependencia psicoterapéutica de acuerdo a lo reportado por los expertos en las entrevistas (ver anexo 1), es la cuestión del **padecimiento** específicamente el grado de severidad de éste. Para considerar dicho factor se revisaron los casos específicos de las pacientes que estaban tomando algún tipo de medicamento psiquiátrico donde se pudo observar que estas pacientes obtuvieron los siguientes puntajes en la categoría Dependencia Psicoterapéutica: 28, 35, 37 y 42. Así mismo, se revisaron los puntajes obtenidos por las pacientes que de acuerdo al Inventario de Depresión de Beck mostraron índices de depresión leve, moderada y severa *(recuérdese que puntajes menores a 15, se consideraron como pacientes sin depresión)*, para la misma categoría sus puntajes fueron de 38, 42, 18 y 36; lo cual nos habla de cierta relación entre la severidad del padecimiento y la Dependencia Psicoterapéutica, en algunas pacientes.

De acuerdo a las entrevistas realizadas (ver anexo 1) y al marco teórico (Groos, 1978 y Johnson, 1990) una de las variables que pueden influir en la Dependencia Psicoterapéutica es el **tiempo de tratamiento**, por lo cual se revisó caso por caso el puntaje obtenido en la categoría Dependencia Psicoterapéutica en comparación con el tiempo de tratamiento y no se encontró alguna relación, ya que las pacientes con mayor tiempo de tratamiento, es decir con 72, 66 y 50 meses de tratamiento obtuvieron puntuaciones de 26, 28 y 41 respectivamente, en la categoría Dependencia Psicoterapéutica. Mientras que las pacientes con menor tiempo de tratamiento (3 y 6 meses) obtuvieron puntajes de 34 y 37 en la misma categoría.

Otras de las características del tratamiento que se relaciona con la dependencia psicoterapéutica se refiere a la **frecuencia de las sesiones psicoterapéuticas**, como en su mayoría las pacientes de la presente investigación eran atendidas una vez a la semana se optó por seleccionar aquellos casos extremos, es decir, aquellas pacientes que eran vistas una vez al mes y aquellas pacientes que recibían atención dos veces a la semana. Con respecto a la paciente que era atendida una vez al mes, esta tuvo un puntaje de 26 en la categoría Dependencia Psicoterapéutica del IEPP-PA, mientras que las pacientes atendidas dos veces a la semana obtuvieron los siguientes puntajes en la misma categoría: 37, 37 y 18. Con lo cual se puede observar cierta relación entre la frecuencia con la que las pacientes reciben atención y la dependencia psicoterapéutica, a excepción de la paciente que obtuvo el puntaje de 18.

Considerando que las características de la dependencia pueden cambiar a lo largo del proceso psicoterapéutico se realizó una comparación de los puntajes obtenidos en las categorías del IEPP-PA entre las pacientes que ya se encontraban en la etapa final del proceso psicoterapéutico y aquellas que estaba a punto de entrar a dicha etapa (Intermedia-final), la única diferencia que se encontró fue en la categoría *Preparación del Cierre del Proceso Psicoterapéutico*, para observar tales diferencias a continuación se muestran los puntajes obtenidos en dicha categoría a través de la tabla 6.

Tabla 6. Frecuencia de los Puntajes Obtenidos en la categoría Preparación del Cierre del Proceso Psicoterapéutico - Comparación entre Etapas del Proceso Psicoterapéutico

		ETAPA DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO		**Total** FRECUENCIAS
	PUNTAJES OBTENIDOS	**FINAL**	**INTERMEDIA -FINAL**	
Preparación del Cierre del Proceso Psicoterapéutico	3,00		1	1
	4,00		2	2
	5,00	2	3	5
	6,00	4	8	12
	7,00	7	2	9
	8,00		1	1
N		13	17	30

Puntajes esperados: Mínimo=0 Máximo=9

En la tabla 6, se observa de acuerdo a las puntuaciones, que un mayor porcentaje de pacientes que se encontraban en la etapa final del proceso psicoterapéutico al momento de la aplicación, estaban más preparadas para dar el cierre de dicho proceso (84% obtuvieron puntuaciones mayor igual a 6), en comparación con las pacientes que aún se encontraban en la etapa intermedia-final (a punto de entrar a la etapa final) pues sólo el 64% de estas pacientes obtuvo puntuaciones mayor igual a 6.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS DATOS
- PSICOTERAPÉUTAS -

Considerando que en la dependencia psicoterapéutica intervienen diversos factores, uno de los cuales está relacionado con características propias del psicoterapeuta, tales como las concepciones que éste tiene en torno al cambio psicoterapéutico, la forma de llevar a cabo el proceso psicoterapéutico y el cierre del mismo, así como el tiempo de experiencia, en la presente investigación se decidió revisar dichas características a partir del IEPP-PT.

En este apartado se describen los resultados de los psicoterapeutas a través de un análisis de frecuencias de los puntajes obtenidos en cada una de las categorías del IEPP-PT.

Como se mencionó en la metodología, el IEPP-PT está conformado por 6 categorías, una de las cuales se denomina **Colocación del Cambio Psicoterapéutico en el Psicoterapeuta.** Dicha categoría está integrada por reactivos que miden directamente conductas y pensamientos generadoras de Dependencia Psicoterapéutica, las cuales están sustentadas en la creencia o convicción por parte del psicoterapeuta de que gran parte del cambio psicoterapéutico está determinado por el psicoterapeuta.

En la tabla 7, se presentan los puntajes obtenidos por cada uno de los psicoterapeutas en la categoría *Colocación del Cambio Psicoterapéutico en el Psicoterapeuta,* clasificados de acuerdo al enfoque teórico, en la última columna se muestran las frecuencias generales.

Tabla 7. Frecuencia de los Puntajes obtenidos en la categoría Colocación del Cambio Psicoterapéutico en el Psicoterapeuta – Comparación entre Enfoques Teóricos

		ENFOQUE TEORICO					Total
PUNTAJES OBTENIDOS		PSICOA-NÁLITICO	GESTALT	SISTEMICO	COGNITIVO-CONDUCTUAL	INTEGRAL	FRECUENCIAS
Colocación del Cambio Psicoterapéuti-co en el Psicoterapeuta	11,00				1		1
	12,00	1					1
	13,00	1					1
	14,00			1			1
	15,00	1		1	1		3
	16,00	1					1
	17,00				1		1
	18,00		1				1
	19,00	2					2
	20,00				2	1	3
	22,00	1					1
	23,00		1				1
N		7	2	2	5	1	17

Puntajes esperados: Mínimo=0 Máximo=39

De manera general, las puntuaciones de acuerdo a cada enfoque teórico fueron muy variables, es decir, dichas puntuaciones no se cargaron a ningún extremo. Al considerar los puntajes esperados se puede observar que las puntuaciones en su mayoría fueron de termino medio y bajo.

En la tabla 7, se puede observar que el puntaje mínimo fue de 11, el cual fue obtenido por un psicoterapeuta de enfoque Cognitivo-Conductual, dicha puntuación indica que este psicoterapeuta pocas veces realiza conductas que se relacionan con la generación de dependencia en los pacientes, de igual manera, no suele atribuirse el cambio psicoterapéutico a sí mismo.

Con respecto al puntaje más alto, éste ascendió a 23 y fue obtenido por un psicoterapeuta Gestalt, lo cual indicaría que este psicoterapeuta suele atribuirse el cambio psicoterapéutico a sí mismo, así como ejecutar ciertas conductas generadoras de dependencia, tales como expresar consejos y puntos de vista personales ante las inquietudes del paciente, así como ver al paciente frecuentemente incluso fuera del ámbito psicoterapéutico.

Cabe mencionar que para el enfoque Cognitivo-Conductual sólo se analizaron 5 de los 6 psicoterapeutas participantes ya que uno de ellos se abstuvo de contestar uno de los reactivos que conforman la categoría *Colocación del Cambio Psicoterapéutico en el Psicoterapeuta*.

Para las categorías *Idealización hacia el psicoterapeuta* e *Identificación de Dependencia Psicoterapéutica,* éstas fueron fusionadas en una sola categoría con el siguiente nombre: ***Ocurrencia de la Dependencia Psicoterapéutica***. Dicha categoría quedó conformada por 13 reactivos y puede dar un indicativo de la ocurrencia de la Dependencia Psicoterapéutica a la que se enfrentan los psicoterapeutas, pues como se mencionó en la metodología, algunos reactivos están diseñados de tal forma que el psicoterapeuta responda de acuerdo a las conductas y pensamientos ejecutados por sus pacientes; dichos reactivos evalúan conductas y creencias que se relacionan con la dependencia psicoterapéutica, tales como idealizar al psicoterapeuta, adoptar una postura de dependencia mediante conductas de buscar al psicoterapeuta en horarios fuera de los establecidos, temor a no poder salir adelante sin el apoyo del psicoterapeuta, buscar la aprobación de mismo y resistencia al cierre del proceso psicoterapéutico.

En la tabla 8, se presentan los puntajes obtenidos por cada uno de los psicoterapeutas en la categoría *Ocurrencia de la Dependencia Psicoterapéutica* clasificados de acuerdo al enfoque teórico, cabe mencionar que en la última columna se muestran las frecuencias generales.

Tabla 8. Frecuencias de los Puntajes obtenidos en la categoría Ocurrencia de la Dependencia Psicoterapéutica-Comparación entre Enfoques Teóricos

		ENFOQUE TEORICO					Total
PUNTAJES OBTENIDOS		PSICOA-NALITICO	GESTALT	SISTEMICO	COGNITIVO-CONDUCTUA	INTEGRAL	FRECUENCIAS
Ocurrencia de Dependencia Psicoterapéu-tica	10,00				1		1
	12,00			1			1
	13,00	1					1
	14,00				1		1
	16,00		1		1		2
	17,00	1					1
	18,00	2			1		3
	19,00	1					1
	20,00				1	1	2
	22,00	1			1		2
	23,00			1			1
	26,00	1	1				2
N		7	2	2	6	1	18

Puntajes esperados: Mínimo=0 Máximo=39

Al igual que la categoría anterior, las puntuaciones para esta categoría cayeron dentro de un término medio y bajo, es decir, dentro del rango de 10 a 26. Al revisar las columnas de acuerdo al enfoque teórico se puede observar que las puntuaciones clasificadas de esta manera fueron muy variables.

El puntaje mínimo obtenido (10) fue de un psicoterapeuta con enfoque Cognitivo-Conductual. Dicho puntaje indica que este psicoterapeuta pocas veces se encuentra con posturas de dependencia psicoterapéutica entre sus pacientes, posturas que ya se han detallado. En tanto que el puntaje más alto (26) fue obtenido por un psicoterapeuta con enfoque Gestalt y un psicoterapeuta con enfoque Psicoanalítico, lo cual indica que estos especialistas suelen encontrar entre sus pacientes ciertas conductas, actitudes y pensamientos que son característicos de la dependencia psicoterapéutica, tales como idealizar al psicoterapeuta *(creer que el psicoterapeuta es un experto, tener un concepto agradable sobre el psicoterapeuta, recurrir al psicoterapeuta en situaciones dificultosas de la vida cotidiana, solicitar opiniones y consejos personales al psicoterapeuta, considerar que el psicoterapeuta es indispensable en la vida del paciente, solicitar ver al psicoterapeuta antes de las sesiones programadas, expresar abiertamente satisfacción dentro del proceso psicoterapéutico, etc.),* adoptar posturas de dependencia *(buscar al psicoterapeuta en horarios fuera de los establecidos, temer no poder salir adelante sin el apoyo del psicoterapeuta, buscar aprobación del psicoterapeuta, etc.)* y resistencia ante el cierre del proceso psicoterapéutico *(ante el anuncio del cierre del proceso psicoterapéutico surgen nuevos síntomas, los pacientes se muestran desvalidos, como no poder salir adelante solos, etc.)*.

Cabe mencionar que el psicoterapeuta Cognitivo-Conductual que obtuvo la mínima puntuación en esta categoría, es el mismo psicoterapeuta que obtuvo la mínima puntuación en la categoría Colocación del Cambio Psicoterapéutico en el Psicoterapeuta (11). Así mismo, el psicoterapeuta de enfoque Gestalt que obtuvo en esta categoría la máxima puntuación es el mismo psicoterapeuta que obtuvo la máxima puntuación en la categoría Colocación del Cambio Psicoterapéutico en el Psicoterapeuta (23). Lo cual puede hablar de cierta relación entre ambas categorías, es decir, la forma en que el psicoterapeuta conduce el proceso psicoterapéutico se relaciona con la ocurrencia de dependencia psicoterapéutica entre los pacientes.

Dentro del IEPP-PT existe una categoría denominada ***Dificultad para Cerrar el Proceso Psicoterapéutico*** y sus reactivos están dirigidos justamente a indagar la dificultad que presentan los psicoterapeutas para dar por terminado el Proceso Psicoterapéutico. En la tabla 9, se pueden observar los puntajes obtenidos en esta categoría.

Tabla 9. Frecuencia de los Puntajes obtenidos en la categoría Dificultad para Cerrar el Proceso Psicoterapéutico-Comparación entre Enfoques Teóricos.

		ENFOQUE TEORICO					Total
PUNTAJES OBTENIDOS		PSICOA-NALITICO	GESTALT	SISTEMI-CO	COGNITIVO-CONDUCTUAL	INTEGRAL	FRECUENCIAS
Dificultad para Cerrar el Proceso Psicotera-péutico	0,00				1		1
	3,00	1					1
	4,00	1		1	2		4
	5,00		2		1		3
	6,00	2			2	1	5
	7,00	1		1			2
	8,00	2					2
N		7	2	2	6	1	18

Puntajes esperados: Mínimo=0 Máximo=18

Al revisar la tabla 9, se puede observar de manera general que la mayoría de los puntajes obtenidos fueron relativamente bajos, pues cayeron en un rango de 0 a 8. Al igual que las categorías anteriores no existe similitud entre los puntajes clasificados de acuerdo al enfoque teórico bajo el cual se conduce cada psicoterapeuta, salvo el enfoque Gestalt, donde ambos psicoterapeutas obtuvieron una puntuación de 5, puntuación que indicaría que estos especialistas pocas veces presentan dificultad para concluir un proceso psicoterapéutico.

Con respecto a la mínima puntuación, esta fue de 0 y la obtuvo un psicoterapeuta de enfoque Cognitivo-Conductual. Dicha puntuación quiere decir que este especialista no presenta dificultad para dar por terminado algún proceso psicoterapéutico, pues sus pacientes no suelen mostrar resistencia ante el cierre del proceso psicoterapéutico *(no presentan conductas como: no querer dejar la psicoterapia, expresar desagrado y dejar de mostrar avances ante la noticia del cierre, etc.).* Cabe resaltar que esta puntuación pertenece al mismo psicoterapeuta que obtuvo las mínimas puntuaciones en las categorías: Colocación del Cambio Psicoterapéutico en el Psicoterapeuta y Ocurrencia de Dependencia Psicoterapéutica. Así mismo, se hace mención que todos los psicoterapeutas de enfoque Cognitivo-Conductual, obtuvieron puntuaciones menores e igual a 6, puntuación que se considera baja y que habla de la poca dificultad que presentan estos psicoterapeutas para dar por terminado el proceso psicoterapéutico.

En lo que refiere a la puntuación más alta, esta fue de 8 y la obtuvieron dos psicoterapeutas de enfoque Psicoanalítico, lo cual quiere decir que estos especialistas presentan cierta dificultad para dar por terminado el proceso psicoterapéutico, pues sus pacientes suelen expresar desagrado o bien dejar de mostrar avances ante la noticia del cierre del proceso psicoterapéutico.

El IEPP-PT, cuenta con una categoría denominada ***Preparación del Cierre del Proceso Psicoterapéutico***. Los reactivos de esta categoría nos dan un indicativo de las técnicas utilizadas y del trabajo que realiza el psicoterapeuta a lo largo del proceso psicoterapéutico para poder llevar a cabo el cierre de dicho proceso. En la tabla 10, se muestran los puntajes obtenidos por parte de los psicoterapeutas para esta categoría.

Tabla 10. Frecuencia de los Puntajes obtenidos en la Categoría Preparación del Cierre del Proceso Psicoterapéutico - Comparación entre enfoques teóricos

		ENFOQUE TEORICO					Total
PUNTAJES OBTENIDOS		PSICOANA-LITICO	GESTALT	SISTEMI-CO	COGNITIVO-CONDUCTUAL	INTEGRAL	FRECUEN CIAS
Prepara-ción del Cierre del Proceso Psicotera-péutico	13,00	1					1
	15,00	1					1
	19,00				1		1
	21,00		1				1
	23,00				1		1
	24,00	1			2		3
	26,00					1	1
	27,00			1			1
	28,00	1		1			2
	29,00	1					1
	30,00	2			1		3
	32,00		1				1
	33,00				1		1
N		7	2	2	6	1	18

Puntajes esperados: Mínimo=0 Máximo=36

Al revisar la tabla anterior, se puede observar que las puntuaciones cayeron dentro de un rango de 13 a 33. Si se realiza un análisis por enfoque teórico, se puede resaltar que las puntuaciones del enfoque Psicoanalítico fueron muy variables al caer dentro de un rango de 13 a 30, siendo 13 la mínima puntuación obtenida por todos los psicoterapeutas. Cabe mencionar que dentro de este enfoque teórico se ubicaron a las dos puntuaciones más bajas siendo de 13 y 15. Dichas puntuaciones indicarían que estos psicoterapeutas pocas veces suelen utilizar ciertas técnicas para dar por terminado el proceso psicoterapéutico, tales como preparar con anticipación el cierre psicoterapéutico, espaciar las sesiones psicoterapéuticas en la fase final del proceso, así como realizar junto con el paciente una revisión general sobre el trabajo psicoterapéutico, verificar a lo largo del proceso psicoterapéutico los avances obtenidos, dejar con el paciente abierta la posibilidad de un re-encuentro, vislumbrar con el paciente la posibilidad de recaídas y recurrir a otros colegas ante alguna dificultad en el trabajo psicoterapéutico.

Para el enfoque Gestalt las puntuaciones fueron de 21 y 32, existiendo gran diferencia entre un puntaje y otro. Contrario al enfoque Gestalt, las puntuaciones del enfoque Sistémico fueron similares siendo estas de 27 y 28. Mientras que la puntuación del psicoterapeuta con enfoque Integral fue de 26. Todas las puntuaciones antes mencionadas (excepto la de 21) se pueden considerar como puntuaciones relativamente altas, lo cual indica que estos psicoterapeutas suelen trabajar el cierre psicoterapéutico a lo largo del proceso terapéutico.

Para el enfoque Cognitivo-Conductual las puntuaciones de igual manera fueron variables cayendo en un rango de 19 a 33 puntos, siendo 33 la puntuación máxima de todos los psicoterapeutas. Cabe mencionar que 4 de 6 puntajes fueron igual o mayor a 24 puntos, lo cual indica que la mayoría de los psicoterapeutas cognitivo-conductuales que participaron en esta investigación suelen utilizar diversas técnicas *(preparar con anticipación el cierre del proceso psicoterapéutico, espaciar las sesiones psicoterapéuticas en la fase final del proceso psicoterapéutico, realizar junto con el paciente una revisión general sobre el trabajo psicoterapéutico, verificar a lo largo del proceso psicoterapéutico los avances obtenidos, dejar con el paciente abierta la posibilidad de un re-encuentro, vislumbrar con el paciente la posibilidad de recaídas, recurrir a otros colegas ante alguna dificultad en el trabajo psicoterapéutico y considerar que el cierre del proceso psicoterapéutico está en función de los objetivos planteados al inicio del proceso psicoterapéutico)* a fin de dar un cierre psicoterapéutico adecuado.

La última categoría del IEPP-PT fue denominada ***Cambio Psicoterapéutico atribuido al Paciente y al Padecimiento***. Los reactivos de dicha categoría están destinados a ubicar el grado en el cual el psicoterapeuta atribuye el cambio psicoterapéutico así como la falta de avances psicoterapéuticos al paciente y al padecimiento. En la tabla 11, se muestran los resultados obtenidos para esta categoría.

Tabla 11. Frecuencia de los Puntajes obtenidos en la categoría Cambio Psicoterapéutico atribuido al paciente y al padecimiento

		ENFOQUE TEORICO					Total
PUNTAJES OBTENIDOS		PSICOANALITICO	GESTALT	SISTEMICO	COGNITIVO-CONDUCTUAL	INTEGRAL	FRECUENCIA
Cambio Psicoterapéutico atribuido al Paciente y al Padecimiento	9,00		1				1
	10,00	1					1
	11,00	2			1		3
	12,00				2	1	3
	13,00	1		1	1		3
	14,00	3		1	1		5
	15,00		1				1
N		7	2	2	5	1	17

Puntajes esperados: Mínimo=0 Máximo=18

De manera general se puede observar que la mayoría de los psicoterapeutas participantes (12 psicoterapeutas que equivale al 70 %) obtuvieron puntuaciones altas, es decir, igual o mayor a 12, lo cual se traduce en que gran parte de los psicoterapeutas participantes dan suma importancia al paciente así como al padecimiento al momento de hablar del cambio psicoterapéutico. Cabe resaltar que las puntuaciones mínima y máxima fueron obtenidas por los psicoterapeutas del enfoque Gestalt siendo estas de 9 y 15; pese a que 9 fue el puntaje mínimo obtenido, dicho puntaje se puede considerar de termino medio. Cabe mencionar que sólo se analizaron los datos de 17 psicoterapeutas ya que un psicoterapeuta con enfoque Cognitivo-Conductual no contestó alguno de los reactivos que conforman la categoría aquí descrita.

Uno de los factores que se relaciona con la dependencia psicoterapéutica está vinculado con el tiempo de experiencia en el trabajo psicoterapéutico que tiene el especialista, esto de acuerdo a algunos psicoterapeutas (ver anexo 1). Para lo cual se muestra la siguiente tabla, en donde se presentan los datos principales de los psicoterapeutas con mayor y menor tiempo de experiencia, así como los puntajes obtenidos por sus pacientes, específicamente en la Categoría dependencia Psicoterapéutica del IEPP-PA

Tabla 12. Comparación entre Psicoterapeutas con mayor y menor tiempo de experiencia - Puntajes de las principales categorías del IEPP-PT y del IEPP-PA

DATOS DE LOS PSICOTERAPEUTAS					**DATOS DE SUS PACIENTES**	
	Puntaje de las principales categorías IEPP-PT				Puntaje de las principales categorías IEPP-PA	
Tiempo de experiencia (AÑOS)	Colocación del cambio psicot. en el psicoterapeuta	Ocurrencia de la dependencia psicoterapéutica	Dificultad de dar el cierre	Preparación del cierre	No. de pacientes atendidos	Dependencia psicoterapéutica
26	/	18,00	6,00	19,00	3	/ 43,00 32,00
15	19,00	18,00	4,00	24,00	1	42,00
14	15,00	23,00	7,00	28,00	2	26,00 /
4	22,00	19,00	8,00	30,00	2	26,00 37,00
5	15,00	13,00	3,00	13,00	2	/ 31,00
5	17,00	16,00	5,00	24,00	1	34,00

Nota. Las puntuaciones en / indican que debido a que no se contestaron algunos reactivos no se pudo obtener el puntaje total de la categoría correspondiente

Al revisar la tabla 12, se puede observar que en la primera columna no hay diferencias entre los puntajes de los psicoterapeutas con mayor y menor tiempo de experiencia en el trabajo psicoterapéutico pues todos los puntajes cayeron en un término medio; de igual manera en la segunda columna todos los puntajes son de termino medio, no obstante, los puntajes de los psicoterapeutas con poca experiencia son ligeramente menores; en la columna siguiente, se observan puntajes similares entre todos los psicoterapeutas (son puntajes de termino medio y bajo), en la columna de Preparación del Cierre Psicoterapéutico, los puntajes son muy variables ya que en ambos tipos de psicoterapeutas se obtuvieron puntajes bajos (13 y19) y puntajes altos (30 y 28). Con respecto a las puntuaciones obtenidas por sus pacientes se observa que son puntuaciones de termino medio, de hecho las puntuaciones de algunas pacientes que fueron atendidas por psicoterapeutas con mayor experiencia reportan puntajes ligeramente más altos que las pacientes atendidas por psicoterapeutas con poca experiencia, lo cual podría indicar que las primeras pacientes

suelen presentar mayores conductas y cogniciones relacionadas con la dependencia psicoterapéutica en comparación con las segundas pacientes.

Dado que se encontró cierta relación entre algunas categorías del IEPP-PT (*Colocación del Cambio Psicoterapéutico en el Psicoterapeuta y Ocurrencia de la dependencia Psicoterapéutica*) se consideró necesario hacer una comparación entre los puntajes de la categoría Colocación del Cambio Psicoterapéutico en el Psicoterapeuta del IEPP-PT y los puntajes de la categoría Dependencia Psicoterapéutica del IEPP-PA. En la tabla 13, se pueden observar los puntajes mínimos y máximos obtenidos por los psicoterapeutas en la categoría Colocación del Cambio Psicoterapéutico en el Psicoterapeuta (IEPP-PT) y los puntajes obtenidos por sus pacientes en la categoría Dependencia Psicoterapéutica del IEPP-PA.

Tabla 13. Comparación entre Psicoterapeutas con mayor y menor puntaje en la categoría Colocación del Cambio Psicoterapéutico colocado en el Psicoterapeuta y los Puntajes obtenidos por sus pacientes en la Categoría Dependencia Psicoterapéutica del IEPP-PA

DATOS DE LOS PSICOTERAPEUTAS	**DATOS DE SUS PACIENTES**	
Puntaje de la categoría Colocación del Cambio Psicoterapéutico en el Psicoterapeuta (IEPP-PT) - PUNTAJES MINIMOS Y MAXIMOS OBTENIDOS -	No. de pacientes atendidos	Puntaje de la categoría Dependencia Psicoterapéutica (IEPP-PA)
11,00	2	46,00 23,00
12,00	3	26,00 41,00 28,00
13,00	1	43,00
20,00	1	28,00
20,00	1	35,00
20,00	3	/ / 52,00
22,00	2	26,00 37,00
23,00	2	40,00 45,00

Nota. Las puntuaciones en / indican que debido a que no se contestaron algunos reactivos no se pudo obtener el puntaje total de la categoría correspondiente

Cabe mencionar que los puntajes (11, 12 y 13) de la categoría Colocación del Cambio Psicoterapéutico en el Psicoterapeuta se pueden considerar como puntajes bajos. En tanto que los puntajes (20 22 y 23) aunque fueron los puntajes más altos, estos aún pueden considerarse de término medio. Con respecto a las puntuaciones obtenidas por las pacientes en la categoría Dependencia Psicoterapéutica, se puede observar que aunque existen puntajes variados entre las pacientes, si se puede visualizar una pequeña relación entre algunos puntajes de las pacientes y los puntajes de sus psicoterapeutas, un ejemplo de ello se puede observar al revisar los puntajes mínimo (23) y maximo (52) de las pacientes que corresponden al puntaje mínimo (11) y un puntaje alto (20) de los psicoterapeutas respectivamente. No obstante, dicha relación no queda clara, pues también se puede observar como las pacientes de un mismo psicoterapeuta tienen puntuaciones relativamente bajas y altas en la categoría Dependencia Psicoterapéutica.

Después de realizar el análisis correspondiente a los resultados conviene pasar al último capítulo de esta investigación, el cual se refiere a las dicusiones y conclusiones de este trabajo.

CAPÍTULO 6

DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

Discusiones

A partir de los resultados obtenidos en la presente investigación, son diversas las reflexiones y cuestionamientos que pueden surgir en torno a la interpretación de dichos resultados, particularmente en este apartado se describirán aquellas más sobresalientes.

Antes de profundizar en las interpretaciones de tales resultados, es preciso mencionar que al inicio de esta investigación existían ciertas dudas en torno a la existencia de la dependencia psicoterapéutica, ya que en la literatura revisada no se suele hablar de dependencia psicoterapéutica como tal, en su lugar se habla de dependencia emocional, (Castelló, 2003), dependencia patológica (Coen, 1991; Guntrip, cit. en Pedder, 1991), trastorno de personalidad por dependencia (Beck y Feeman, 1995), apego ansioso (Bowlby, cit. en Ramón, 2003), dependencia enfermiza (cit. en Solares, 2000), transferencia erotizada (Blum, cit. en Gorjón, 2002), transferencia idealizada (Kohut, cit. en Castelló, 2003), etc. Pese a que algunos autores como Bornstein, (1993), Emery y Lesther (1982), Hopkins, (1986), entre otros, si han profundizado sobre la dependencia que suelen presentar los pacientes dentro de su proceso psicoterapéutico, entre sus investigaciones no se menciona el concepto explicito de dependencia psicoterapéutica. Debido a tal situación se consideró realizar las entrevistas que se detallan en el anexo 1; donde todos los psicoterapeutas confirman la existencia de la dependencia psicoterapéutica. En dichas entrevistas y de acuerdo a ciertos teóricos revisados (Blum, cit. en Gorjón, 2002;Coen, 1991; Castelló, 2003; Groos, 1978; Jonson, 1990, Rangell, cit. en Johnson, 1990) se habla de diversos factores relacionados con la dependencia psicoterapéutica (factores propios del paciente, factores propios del psicoterapeuta, factores del proceso psicoterapéutico, factores del modelo psicoterapéutico y factores del padecimiento). En esta investigación se revisaron cada uno de estos factores, mismos que se detallarán más adelante.

Ahora bien, de acuerdo a los resultados obtenidos en este trabajo, se observa que las pacientes participantes si presentaron ciertos niveles de Dependencia Psicoterapéutica, pues como se puntualizó en los resultados, sus puntajes cayeron dentro de un término medio y bajo. Dicha situación implica que estas pacientes aún en la etapa final o intermedia final de su proceso psicoterapéutico muestran ciertas características de dependencia hacia su psicoterapeuta, es decir, suelen tener ideas al respecto de que su psicoterapeuta es un experto y excelente persona, así mismo, suelen buscar la aprobación y respaldo de su psicoterapeuta, presentan creencias y actitudes de que el avance psicoterapéutico es consecuencia del psicoterapeuta, así como conductas de búsqueda de apoyo del psicoterapeuta ante alguna dificultad en la vida cotidiana y cierta resistencia al cierre del proceso psicoterapéutico. Dichos resultados son contradictorios con lo que afirmaron los expertos en las entrevistas (ver anexo 1) y lo que sostienen algunos teóricos como Bornstein, (1993); Emery y Lesther, (1982); Johnson, (1990); Hopkins (1986); Rangell, cit. en Johnson, (1990) y Romero, (1991) al respecto de la dependencia en las fases finales del proceso psicoterapéutico. Pues tanto los entrevistados como lo teóricos antes citados refieren que la dependencia por parte del paciente hacia su psicoterapeuta suele presentarse particularmente en las primeras fases del proceso psicoterapéutico (de hecho es una situación esperada y hasta cierto punto favorable) no obstante, dicha dependencia debe ir cesando en las fases finales del proceso, situación que no pudo ser comprobada en esta investigación, pues como se ha mencionado, se encontraron niveles de dependencia psicoterapéutica de manera indistinta entre las pacientes que ya se encontraban en la

etapa final de su proceso psicoterapéutico y en las pacientes que estaban a punto de entrar a dicha etapa (etapa intermedia-final).

Un paciente con dependencia psicoterapéutica suele presentar diversas características, una de las principales se relaciona con la resistencia a abandonar el proceso psicoterapéutico cuando ya se considera conveniente, esto según lo reportado en las entrevistas realizadas y por algunos autores como Beck y Feeman, (1995); Blue, cit. en Gorjón, (2002) y Groos, (1978). Por otra parte, cuando se habla de pacientes que se encuentran en las últimas etapas de su proceso psicoterapéutico, como es el caso de las pacientes de esta investigación, se esperaría cierta preparación al respecto del cierre de su proceso psicoterapéutico, situación que de alguna manera fue confirmada con los resultados de esta investigación, particularmente con aquellas pacientes que ya se encontraban en la etapa final de su proceso psicoterapéutico al momento de la aplicación, pues las puntuaciones de estas pacientes fueron ligeramente mayores que las puntuaciones de las pacientes que aún se encontraban en la etapa intermedia-final, lo cual puede traducirse como cierta relación entre la fase del proceso psicoterapéutico en la que se encuentra un paciente y el grado de preparación para dar por terminado dicho proceso. No obstante, se debe tener cuidado de hacer generalizaciones o inferencias, pues los resultados de esta investigación además de ser producto de la información de una muestra mínima, particularmente los reactivos que conforman la categoría Preparación del Cierre Psicoterapéutico del IEPP-PA (de donde se extraen estos datos) son pocos y sólo miden algunas características relacionadas con la preparación del cierre psicoterapéutico.

Con respecto a los factores propios del paciente en torno a la dependencia psicoterapéutica, algunos teóricos (Beck, y Feeman, 1995; Bornstein, 1993; Bornstein y Bowen, 1995; Castelló, 2003; Coen, 199; Emery y Lesther, 1982; Masling y Schwartz, cit. en Bornstein, 1993) y los expertos entrevistados (ver anexo 1), mencionan ciertas características de estas personas, tales como baja autoestima, complacencia, docilidad, amigabilidad, necesidades fuertes para la intimidad y afiliación, sensibilidad a las señales interpersonales y miedo de evaluación negativa de los demás, complacencia con las reglas y autoridades, deseo de recibir ayuda y apoyo, gran necesidad y tendencia a buscar una guía y aprobación de los demás, una percepción del ego como impotente e ineficaz, así como creencias de que los demás son relativamente poderosos, de igual manera, suelen presentar ansiedad y temor ante situaciones que exigen un funcionamiento independiente, etc. Particularmente en esta investigación algunas de las características mencionadas se evaluaron a través de la categoría Dependencia hacia el Exterior del IEPP-PA, donde se pudo observar, que la mayoría de las puntuaciones fueron bajas, situación que indica que estas pacientes pocas veces recurren y esperan consejos de otras personas ante situaciones dificultosas. Aunque se encontró cierta relación entre esta categoría y la categoría Dependencia Psicoterapéutica, pues algunas personas puntuaron alto en ambas categorías, este sólo hecho no puede derivar en la creencia de que la dependencia psicoterapéutica sea una situación determinada en gran medida por las cuestiones personales de los pacientes, no obstante, puede existir esta posibilidad.

Otra de las características personales que se mencionaron en las entrevistas al respecto de la dependencia psicoterapéutica (ver anexo1), se refiere a que este tipo de personas suelen estar en diversos tratamientos psicoterapéuticos. En el capítulo de resultados se hicieron comparaciones entre las pacientes que ya habían recibido tratamientos psicoterapéuticos anteriores y aquellas pacientes que no habían recibido tratamientos anteriores, donde se pudo observar de acuerdo a las puntuaciones obtenidas, que en general las pacientes que han recibido tratamientos psicoterapéuticos anteriores presentaron menores índices de dependencia psicoterapéutica, lo cual se contrapone con lo expresado en las entrevistas por algunos psicoterapeutas. Ante dicha situación, sigue la interrogante sobre los factores relacionados con la dependencia psicoterapéutica, pues hasta el momento los factores que se han revisado están muy difusos. ¿Dichas situaciones de dependencia estarán relacionadas con características del tratamiento, características del padecimiento,

características propias del psicoterapeuta o del enfoque teórico?, para tratar de dar respuesta a esta pregunta, a continuación se detalla lo obtenido en esta investigación con respecto a estos factores.

Algunos autores como Bernardi et al. (2004); Bornstein (1993) y Hopkins (1986) y ciertos especialistas entrevistados (ver anexo 1) sostienen que una de las características del tratamiento que se relacionan con la dependencia psicoterapéutica se refiere al tiempo del tratamiento y la frecuencia de las sesiones psicoterapéuticas. Con respecto al tiempo de tratamiento, específicamente en esta investigación no se encontró relación alguna entre la dependencia psicoterapéutica y el tiempo de tratamiento, pues de manera indistinta las pacientes con mayor y menor tiempo de tratamiento reportaron índices medios de dependencia. Respecto a la frecuencia con la cual las pacientes reciben atención psicoterapéutica, si se encontró cierta relación, pues las pacientes que reciben atención con mayor frecuencia (dos veces a la semana) obtuvieron puntajes ligeramente mayores en comparación con las pacientes que reciben atención más distanciada, es decir, una vez al mes. No obstante, dicha relación aún queda difusa, pues particularmente una paciente que recibe atención con mayor frecuencia (dos veces a la semana) obtuvo la mínima puntuación en la categoría Dependencia Psicoterapéutica (18 puntos), por lo que, sigue el cuestionamiento sobre cuáles son los factores relacionados para que una persona tenga mayores o menores índices de dependencia hacia su psicoterapeuta.

Con respecto al padecimiento, algunos autores (Beck y Feeman 1995; Bortein y Bowen, 1995) y en las entrevistas (ver anexo 1) se reporta que el tipo de padecimiento y grado de severidad de éste es un factor importante para la dependencia psicoterapéutica. Particularmente en esta investigación, de acuerdo a los puntajes obtenidos en la categoría Dependencia Psicoterapéutica por las pacientes que estaban tomando algún medicamento psiquiátrico y las pacientes que obtuvieron ciertos niveles de depresión en el Inventario de depresión de Beck (con lo cual se determinó en grado de severidad del padecimiento) se encontró cierta relación entre la severidad del padecimiento y el grado de dependencia, sin embargo, dicha relación no es clara, pues de igual manera aquí se ubica a la mínima puntuación obtenida en la categoría dependencia psicoterapéutica, pues la paciente que obtuvo 18 puntos en la categoría antes mencionada también reportó depresión moderada en el Inventario de Depresión de Beck.

Como se puede observar, siguen las interrogantes en torno a los factores relacionados con la dependencia psicoterapéutica. De acuerdo a Bandura y sus colegas (cit. en Bornstein y Bowen, 1995), Bernardi et al. (2004), Fromm (1977), Johnson (1990), Rangell (cit. en Jonson, 1990) y a los expertos entrevistados (ver anexo1) los factores relacionados con el psicoterapeuta tratante juegan un papel muy importante en la dependencia psicoterapéutica. Entre estos factores se mencionan las ganancias, necesidades y conflictos personales (fines narcisisticos del psicoterapeuta, necesidad de ser necesitado, inseguridad, dependencia del mismo psicoterapeuta, etc.), cuestiones económicas (el psicoterapeuta debe cubrir ciertos ingresos), conductas y actitudes del psicoterapeuta (formas de ser muy seductoras), forma de conducir el proceso psicoterapéutico (solicita ver a su paciente con gran frecuencia, proporciona consejos y apoyo indiscriminado, responde a las conductas de dependencia del paciente, no permitir la autonomía y crecimiento del paciente, etc.), poca experiencia psicoterapéutica, entre otras. Particularmente en este trabajo las características que se analizaron fueron las siguientes:

- Concepción que el psicoterapeuta tiene en torno al cambio psicoterapéutico y la forma de llevar a cabo el proceso psicoterapéutico.
- Habilidades y dificultades para manejar el cierre del proceso psicoterapéutico.
- Grado en el cual el psicoterapeuta atribuye el cambio y falta de avances psicoterapéuticos al paciente y al padecimiento.
- Experiencia en el trabajo psicoterapéutico.
- Enfoque teórico.

Al respecto de las concepciones que tiene el psicoterapeuta sobre el cambio psicoterapéutico y la forma de llevar a cabo el proceso psicoterapéutico, estas pudieron ser evaluadas a través de la categoría Colocación del Cambio Psicoterapéutico en el Psicoterapeuta del IEPP-PT, donde se pudo encontrar que los psicoterapeutas que participaron en esta investigación tienen concepciones muy variables al respecto del cambio psicoterapéutico y la forma de llevar a cabo el proceso psicoterapéutico pues sus puntuaciones fueron muy diversas, dicha situación no se explica por la variedad de enfoque teóricos que poseen los participantes, pues en cada enfoque teórico se presentaron diversas puntuaciones. Esta situación probabemente tenga relación con lo que exponen agunos teoricos como Hablon y Jones (cit. en Jiménez, 2003) y Johnson, (1990) al respecto de la sobreposición de técnicas y cuestiones teoricas entre los distintos enfoques.

Dado que algunos teóricos (Fernández y Rodríguez, 2002; Jonson, 1990 e Irvig, 2001) así como los especialistas entrevistados (ver anexo 1) sugieren diversas técnicas para manejar el cierre psicoterapéutico, entre las cuales destacan: hacerle ver al paciente (durante el curso de la terapia) que los logros obtenidos son cada vez más debido al esfuerzo de éste, evaluar conjuntamente el resultado de la psicoterapia y acordar la conveniencia de terminanrla, revisar la capacidad de funcionamiento independiente del paciente, preveer recaídas, espaciar las sesiones psicoterapéuticas, entre otras. Una de las características que se revisaron en los psicoterapeutas, se relaciona justamente con las habilidades y dificultades para manejar el cierre del proceso psicoterapéutico. Para lo cual el IEPP-PT consta de una categoría para cada una de estas situaciones. En lo que respecta a la categoría Dificultad para Cerrar el Proceso Psicoterapéutico, los psicoterapeutas de esta investigación presentaron poca dificultad par cerrar dicho proceso. En lo que refiere a las habilidades para manejar el cierre del proceso psicoterapéutico, este factor fue evaluado a través de la categoría Preparación del Cierre del Proceso Psicoterapéutico (IEPP-PT). En base a los puntajes obtenidos por los psicoterapeutas en esta categoría se observa que estos si suelen utilizar diversas técnicas para manejar el cierre del proceso psicoterapéutico con sus pacientes, entre las cuales destacan las siguentes: *preparar con anticipación el cierre del proceso psicoterapéutico, espaciar las sesiones psicoterapéuticas en la fase final del proceso psicoterapéutico, realizar junto con el paciente una revisión general sobre el trabajo psicoterapéutico, verificar a lo largo del proceso psicoterapéutico los avances obtenidos, dejar con el paciente abierta la posibilidad de un re-encuentro, vislumbrar con el paciente la posibilidad de recaídas, recurrir a otros colegas ante alguna dificultad en el trabajo psicoterapéutico y considerar que el cierre del proceso psicoterapéutico está en función de los objetivos planteados al inicio del proceso psicoterapéutico*. Ante tales resultados cabría la pregunta, ¿entonces, por qué sus pacientes obtuvieron cierto grado de dependencia, siendo que ya se encontraban en las etapas finales de su proceso psicoterapéutico?

Otro de las cuestiones que se revisó, está referida al grado en el cual el psicoterapeuta atribuye el cambio psicoterapéutico al paciente y al padecimiento, donde se encontró que la mayoría de los psicoterapeutas participantes en esta investigación dan gran importancia al paciente así como al padecimiento al momento de hablar de avances psicoterapéuticos y falta de estos.

Una de las categorías que integran el IEPP-PT se denomina Ocurrencia de la Dependencia Psicoterapéutica, la cual se refiere a la frecuencia con la cual los psicoterapeutas se encuentran con posturas de dependencia psicoterapéutica entre sus pacientes. De acuerdo a los puntajes obtenidos en esta categoría se puede afirmar que estos psicoterapeutas suelen encontrar poca dependencia psicoterapéutica entre sus pacientes. Dada la relación de algunos puntajes de esta categoría con la categoría Colocación del Cambio Psicoterapéutico colocado en el Psicoterapeuta (IEPP-PT), se pudiera hablar de cierta relación entre ambas categorías, es decir, la forma en que los psicoterapeutas conciben el cambio psicoterapéutico y la manera en que conducen el proceso psicoterapéutico se relaciona con la dependencia psicoterapéutica de sus pacientes. No obstante, no quisimos quedarnos con esta relación somera, pues los datos son reportados por los mismos

psicoterapeutas y la intención de considerar al paciente en esta investigación fue justamente trabajar con información proveniente directamente de los pacientes. Por lo cual, se comparó la información de los psicoterapeutas y sus respectivos pacientes, a fin de corroborar o desechar la relación antes descrita. Para ello se tomaron los puntajes extremos (mínimos y máximos) obtenidos por los psicoterapeutas en la categoría Colocación del Cambio Psicoterapéutico colocado en el Psicoterapeuta (IEPP-PT) y los puntajes de sus respectivas pacientes obtenidos en la categoría Dependencia Psicoterapéutica (IEPP-PA), donde se pudo observar una pequeña relación entre estas variables, no obstante, también se encontró que aún con los psicoterapeutas que obtuvieron las puntuaciones mínimas en la categoría Colocación del cambio Psicoterapéutico en el Psicoterapeuta (IEPP-PT) algunas de sus pacientes obtuvieron puntajes de término medio en la categoría Dependencia Psicoterapéutica del IEPP-PA, con lo cual sigue la disyuntiva en torno a los factores relacionados con la dependencia psicoterapéutica.

Con respecto al enfoque teórico adoptado por los psicoterapeutas, no se encontraron diferencias, ya que de manera indistinta (en todos los enfoques teóricos) las pacientes presentaron índices de dependencia psicoterapéutica ya sea en mayor o menor grado.

Finalmente, algunos expertos (ver anexo1) reportaron que la experiencia en el trabajo psicoterapéutico juega un papel importante no sólo en la dependencia psicoterapéutica sino en el manejo del proceso psicoterapéutico en general, refiriendo que los psicoterapeutas con mayor experiencia suelen manejar el proceso psicoterapéutico mejor que los psicoterapeutas poco experimentados. Particularmente en esta investigación los datos encontrados se contraponen con lo anterior, pues los puntajes de los psicoterapeutas con mayor y menor experiencia fueron muy variables al respecto de cómo se atribuye el cambio psicoterapéutico y cómo se maneja el proceso psicoterapéutico y el cierre de éste, incluso las pacientes que fueron atendidas por psicoterapeutas más experimentados reportaron índices ligeramente mayores de dependencia en comparación con las pacientes que fueron atendidas por psicoterapeutas con poca experiencia en el trabajo psicoterapéutico.

Conclusiones

Como se pudo observar no sólo la dependencia psicoterapéutica es una situación sumamente compleja sino el proceso psicoterapéutico en general, pues son diversos los factores que interfieren en él.

Particularmente en la última fase del proceso psicoterapéutico suelen presentarse situaciones que pueden dificultar el cierre del mismo. La intención que querer indagar acerca de la dependencia psicoterapéutica en la presente investigación fue motivada justamente por las situaciones dificultosas que se presentan en las fases finales del proceso psicoterapéutico.

Como se detalló a lo largo de esta investigación de una forma u otra, la dependencia psicoterapéutica es una situación que suele presentarse entre los pacientes, aún entre los pacientes que ya se encuentran en las últimas fases de su proceso psicoterapéutico. Cabe señalar que estas conclusiones no pretenden ser afirmaciones universales, pero si dejar una reflexión en torno a tal situación.

Con respecto a los factores involucrados con la generación de dependencia psicoterapéutica, se puede concluir que estos son diversos y sumamente complejos, pues cada uno de los factores aquí estudiados (características del paciente, características del padecimiento, características del tratamiento, características del psicoterapeuta y características del proceso psicoterapéutico) no

mostraron relaciones claras con la dependencia psicoterapéutica, aunque si quedaron algunas vertientes en torno al papel que pueden estar jugando en dicha situación algunos factores, particularmente aquellos relacionados con el paciente y el psicoterapeuta.

Cabe señalar que aunque se han incrementado las investigaciones en torno al proceso psicoterapéutico, particularmente aquellas relacionadas con la adherencia psicoterapéutica (situación que es necesaria en todo proceso psicoterapéutico) queda claro que es de suma importancia seguir indagando acerca las situaciones que surgen dentro del proceso psicoterapéutico, especialmente aquellas implicadas con las fases ulteriores del proceso, pues como se pudo observar a través de los resultados de esta investigación y la literatura, las situaciones de dependencia suelen presentarse entre los pacientes y el fin de todo proceso psicoterapéutico no es tal, sino proveer al paciente de recursos y habilidades a fin de que pueda resolver sus situaciones dificultosas cada vez con mayor autonomía.

Considero que los resultados y la información en general (entrevistas y marco teórico) proporcionan información valiosa para el ejercicio del psicólogo clínico pues no solo se aborda la dependencia psicoterapéutica, sino además se da una panorámica general sobre las últimas fases del proceso psicoterapéutico a partir de información proveniente de dos de los principales elementos implicados en dicho proceso, es decir, del paciente y del psicoterapeuta. Cabe resaltar que esta investigación tiene una gran ventaja, pues la información obtenida pudo ser cotejada, ya que los participantes estuvieron relacionados, esto es, la información proporcionada por los psicoterapeutas pudo ser cotejada con la información de sus respectivos pacientes y viceversa, a diferencia de otras investigaciones donde sólo se contempla a uno de los elementos del proceso psicoterapéutico (paciente o psicoterapeuta) o bien no hay relación entre ambos. No obstante, conviene seguir indagando sobre estas situaciones psicoterapéuticas, donde a partir de los resultados aquí obtenidos se pueden generar diversas líneas de investigación.

Sugerencias y limitaciones

Aunque se trataron de cuidar todas las variables posibles y se contemplaron el mayor número de factores implicados en la dependencia psicoterapéutica y en el cierre del proceso psicoterapéutico, existieron algunas limitaciones en esta investigación, mismas que se mencionan a continuación:

- Muestra mínima y no equiparada entre pacientes y psicoterapeutas. Es decir, hubo mayor número de paciente en comparación con los psicoterapeutas.
- Con respeto a los psicoterapeutas, no se pudo obtener una muestra por cuotas en cuanto al enfoque teórico, ya que el número de psicoterapeutas de cada enfoque fue diverso.
- Con respecto a los instrumentos de medición elaborados (IEPP-PT, IEPP-PA), no se pudo obtener la validez, pese a que ambos tienen cierto sustento teórico y empírico, pues están basados en las entrevistas realizadas y en el marco teórico revisado.
- En cada instrumento de medición (IEPP-PT, IEPP-PA), el número de reactivos que evalúan los diferentes factores implicados con la dependencia psicoterapéutica es variable, es decir, en algunas categorías existen pocos reactivos, mientras que en otras se cuenta con mayor número de reactivos.

Por todo lo anterior, para investigaciones posteriores se sugiere:

- Ampliar el número de la muestra y equipararla entre psicoterapeutas y pacientes a fin de poder realizar un análisis estadístico de la información más preciso.
- Para poder hacer una comparación más detallada entre enfoques teóricos conviene trabajar con un muestreo por cuotas, es decir, que exista el mismo número de psicoterapeutas (así como de pacientes) entre cada uno de los enfoques teóricos.
- Seguir detallando los instrumentos aquí elaborados donde se contemplen las limitaciones ya mencionadas.
- Dado que diversos especialistas coinciden en que la dependencia psicoterapéutica es una cuestión esperada e incluso favorable siempre y cuando ésta vaya disminuyendo en las últimas fases del proceso psicoterapéutico, conviene realizar una comparación entre pacientes que se encuentran en las primeras fases de su proceso psicoterapéutico y aquellas personas que ya se encuentran en las últimas fases de dicho proceso.
- A fin de indagar sobre el papel que juega el padecimiento, es conveniente realizar investigaciones similares con otro tipo de padecimientos.
- Dado que la dependencia en general se ha atribuido a las mujeres, conviene hacer investigaciones de este tipo entre hombres y mujeres.
- Finalmente se sugiere indagar el papel que juega el ingreso económico del psicoterapeuta en la dependencia psicoterapéutica, para lo cual conviene realizar investigaciones con objetivos similares a esta entre pacientes y psicoterapeutas de consulta privada e institucionalizada.

REFERENCIAS

- Arieti, S. y Bemporad J. (1993). Psicoterapia de la depresión. México: Paidos.

- Becerra, G. C. E. (2002). Visión panorámica de la odisea de la psicoterapia. Tesis de licenciatura Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Beck, A. T., Rush, A., J., Shaw B. F. y Emery, G. (1983). Terapia cognitiva de la depresión. España: Desclle de Brouwer.

- Beck, A. T. y Feeman A. (1995). Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad (1ra. Ed.). España: Paidos.

- Bernardi, R., Defey, D., Garbardino, A., Tutté, J. C. y Villalba, L. (2004). Guía clínica para la psicoterapia. Revista de Psiquiatría del Uruguay, 68, (2), 99 -141.

- Biagini, A. M., Torruco, S. M. y Carrasco, F. B. (2005). Apego al tratamiento psicoterapéutico grupal en pacientes con trastorno límite de la personalidad. Estudio piloto en pacientes de 18 a 24 años. Salud mental, 28, (1), 52-60.

- Blackbourn, I. M. y Morread, S. (2001). Depresión. En W. J. Lyddon y J. V Jones (Ed.) Terapias cognitivas con fundamento empírico (pp. 15-46). México: Manual Moderno.

- Bornstein, R. F. (1993). Dependency and patienthood. Journal of Clinical Psychology, 49, (3), 397-406.

- Bornstein, R. F. y Bowen, R. F. (1995). Dependency in psychotherapy: Toward an integrated treatment approach. Psychotherapy, 32, (4), 520-534.

- Castelló, J. (2003). Análisis del concepto “Dependencia Emocional". Recuperado de Septiembre del 2003, de http://www.psicoactiva.com .html.

- Cavazos, O. M. J. (2004). Comparación de la discapacidad que sufren las pacientes con depresión y la discapacidad que sufre las mujeres que tienen una mastectomía dedicadas a labores del hogar. Tesis para obtener el título de Psiquiatría. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Chinchilla, M. A. (1999). Guía Terapéutica de las Depresiones. España: Masson.

- Coen, S. J. (1991). The Misuse of Persons. Analyzing Pathological Dependency. United States of America: The Analytic Press.

- Compas, B. E. y Gotlib, I. H. (2003). Introducción a la Psicología Clínica. México: McGraw-Hill.

- Criterios Para la Elaboración de Documentos Psicológicos (2002). Traducción Selectiva del “Publication Manual of the American Psychological Association”. Javier Alatorre Rico (Traducción). Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

- Del Bosque, G. J. (2002). Suicidio en la adolescencia. Psiquis (México), 11 (5), 107-110.

- Domínguez, B. (1985). Investigación psicológica-conductual y adherencia terapéutica. En Puente-Silva, F. G. (Ed.) Adherencia Terapéutica. Implicaciones para México. (pp. 72-83). (Libro resultado del Simposium "Adherencia Terapéutica" llevado a cabo en el XXIII Congreso Internacional de Psicología en Acapulco, México, Septiembre, 7 de 1984).

- Dörr, Z. O. (1993). Fenomenología de la corporalidad depresiva. Salud Mental, 16 (3), 22-27.

- Dowling, C. (1987). El Complejo de Cenicienta. El miedo de las mujeres a la independencia. México: Grijalbo.

- Emery, G. y Lesther, E. (1982). Treatment of depression in older adults: Personality considerations. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 19, (4), 500-505.

- Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la Psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. (1ra. Ed.). España: Paidos.

- Fernández A. H. (1993). Integración en psicoterapia. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 39 (2), 123-128.

- Fernández, F. A. (1994). Vencer la depresión. España: Ediciones Temas de Hoy.

- Fernández, G. A. y López, R. C (1996). Farmacología conductual. En M. Corsi (comp.). Aproximaciones de las Neurociencias (pp. 299-324). México: Universidad Nacional Autónoma de México.

- Fernández, L. A. y Rodríguez, V. B. (2002). La Práctica de la Psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas. (2da ed.). España: Desclée de Brouwer.

- Flores, G. A. M. (1996). Estudio exploratorio sobre algunas actitudes del género femenino, en relación al dinero, la dependencia económica y a la autonomía. Tesis de maestría en Psicología Clínica. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Fromm, R. F. (1977). La personalidad del terapeuta. Argentina: Ediciones Hormé.

- García, V. C. y Roche, B. A. G. (2002). Depresión en el anciano. Diagnóstico y tratamiento en atención primaria (consulta general). Psiquis (México), 11 (5), 119-126.

- Gargoloff, P., Zaratiegui, R., Bertoldi, A., Goldchluk, A., Comesaña, E. y Bonicatto, S. (2001). Depresión mayor: patrones de tratamiento y factores de riesgo de recaída. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. 47, (2), 123-129.

- Goldfried, M. R. (1996). De la Terapia Cognitivo-Conductual a la Psicoterapia de la Integración. España: Desclée de Brouwer.

- González, N. J. J. (1999). Psicoterapia de grupos: Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas. México: Manual Moderno.

- González, R. J. L. y Revuelta (1994). Objetivos en la formación de psicoterapeutas. Psiquis, 15 (1)

- González, R. V. (2000). Intervención individual a mujeres dependientes /deprimidas con la terapia racional emotiva. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Gorjón, C. S. (2002). El amor de transferencia en el psicoanálisis y la terapia psicoanalítica en la actualidad. Psiquiatría, 18, (2), 86-89.

- Groos, M. L. (1978). La falacia de Freud. El impacto (y el fracaso) de la psiquiatría, la psicoterapia, el psicoanálisis y la revolución psicológica. España: Editorial Cosmos.

- Guy, J. D. (1995). La vida Personal del Psicoterapeuta. El impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta. España: Paidos.

- Heinze, G., Villamil, V. y Cortés, J. (2002). Relapse and recurrence of depressend patients: A retropective study. Salud Mental, 25, (1), 3-8.

- Hernández, S. R., Fernádez, C. C. y Baptista, L. P. (2000). Metodología de la investigación. (2da. Ed.). México: McGraw-Hill.

- Hopkins, L. B. (1986). Dependency wishes and fears in long-term psychotherapy: An examination of clinical issues. Psychotherapy, 23, (4), 535-539.

- Horgan, J. (2001). La mente por descubrir. España: Paidos.

- Huerta, F. M. R. (2000). El estado de ánimo de la mujer durante su ciclo reproductivo. Salud Mental, 23 (3), 52-59.

- http://www.apastyle.org/elecief.html.

- Iñiguez, O. L. L., Leal, R. J., Alfaro, T. J., Díaz, M. A. y Gutiérrez, A. J. (2002). Depresión y comorbilidad psiquiátrica en una población de pacientes del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Psiquis (México), 11 (5), 127-141.

- Irving, H. P. (2001). Cartas a un joven terapeuta. Sobre la conducción de la psicoterapia. Argentina: Amorrortu Editores. (única edición en castellano).

- Jacobson, J. L. y Jacobson, A. M. (2003). Secretos de la Psiquiatría (2da. ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.

- Jiménez, J. P. (2003). El tratamiento psicoterapéutico de la depresión: Una visión crítica integrada. Psiquiatría y Salud Mental, 20, (3), 143-154.

- Johnson, C. (1990). Cuando terminar con el psicoterapeuta. Argentina: Javier Vergara Editor.

- Kaplan, I. H. y Sadock, B. J. (2000). Sinopsis de Psiquiatría (8va. ed.). España: Médica Panamericana.

- Kleinke, C. L. (1995). Principios Comunes en Psicoterapia. España: Descleé de Brouwer.

- Lara, M. A. (1999). Estereotipos sexuales, trabajo extradoméstico y depresión en la mujer. Salud Mental, (número especial), 121-127.

- Leibenluft, E. (2001). Diferencias de Género en el trastorno depresivo Mayor y el y trastorno bipolar. Revista Internacional de Psiquiatría y Salud Integral, 1 (2), 42-47.

- Lopátegui, M. M. A. (1986). La fase terminal de un grupo terapéutico a tiempo limitado. Tesis de doctorado en Psicología Clínica. Universidad Nacional Autónoma de México.

- López, J. E. (2003). Depresión y adaptación social en mujeres de una clínica de medicina familiar. Trabajo para obtener el diploma de Especialidad en Medicina Familiar. Universidad Nacional Autónoma de México.

- López, R. J., López, B. A., Vargas, T. B. E., y Villamil, S. V. (2004). Estudio doble ciego con antidepresivo, psicoterapia breve y placebo en pacientes con depresión leve a moderada. Salud Mental, 27, (5), 53-61.

- Mahoney, M. (1996). Investigación contemporánea en Psicoterapia. En Domínguez T. B y Olvera, L. Y. (Eds.) Ensayos sobre Psicoterapia e Investigación Clínica en México. (3-8). (Memorias: sesión científica de investigación clínica. XV aniversario del centro de servicios psicológicos "Dr. Guillermo Davila". Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología (editores). 23 y 24 de Mayo, 1996.

- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado (DSM IV- TR). (2002) Ed. Española. España: Masson.

- Martínez, A. G. (2003). Construcción Afectiva y Psicoterapia. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Mastache, M. C. I. (2000). La Co-Construcción del proceso terapéutico: la perspectiva del paciente y la perspectiva del terapeuta. Tesis de maestría en Psicología Clínica. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Medina, M. M. E., Borgues, G., Lara, M. C., Benjet, C., Blanco, J. J., Fleiz, B. C., Villatoro, V. J., Rojas, G. E., Sambrano, R. J., Casanova, R. L. y Aguilar G. S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios. Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. Salud Mental, 12 (4), 1-16.

- Méndez, S. M. L. (1995) Traducción y estandarización de inventario de depresión de Beck para población mexicana. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Méndez, T. E. E. (2005). Terapia breve. Narrativa breve. Tesis de Maestría en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Moncada, A. L., Olivos, B. P. y Rojas A. G. (2003). ¿Es la variable del terapeuta estudiada en Chile? Reflexiones en torno a las investigaciones empíricas de post grado en Psicoterapia. Psiquiatría y Salud Mental, 20, (3), 173-182.

- Organización Mundial de la Salud (1992). Decima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades -Trastornos Mentales y del Comportamiento- Descripción clínica y pautas para el diagnóstico. CIE-10. España: Meditor.

- Pedder, J. (1991). Fear of dependence in therapeutic relatioships. British Journal of Medical Psychology, 64, 117-126.

- Pekarik, G. y Wierzbicki, M. (1986). The relationship between clients' expected and actual treatment duration. Psychotherapy, 23, (4), 532-534.

- Pérez, S. A. (1996). Prácticas Psicoterapéuticas. (1ra. Ed.). España: Paidos.

- Ponce, P. Y. (2001). Incidentes críticos en la psicoterapia. Frecuencia e importancia. Psiquis (México), 10, (2), 40-48.

- Puente-Silva, F. G. (Ed.) (1985). Adherencia Terapéutica. Implicaciones para México. (Libro resultado del Simposium "Adherencia Terapéutica" llevado a cabo en el XXIII Congreso Internacional de Psicología en Acapulco, México, Septiembre, 7 de 1984).

- Ramírez, A. M. C. y Díaz, M. N. (1985). Importancia de las terapias emocionales en la resolución de problemas en la educación escolar: Tres alternativas de tratamiento. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Ramírez, C. M. P. (1996). Factores institucionales que caracterizan al paciente deprimido que abandona el tratamiento en la consulta especializada. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Ramírez, E. N. F. (1999) Aplicaciones de la terapia cognitiva de Beck en pacientes depresivos. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Ramírez, M. J. J. (1988). El valor del sufrimiento en Psicoterapia. Revista Mexicana de Psicología, 5, (2), 123-127.

- Ramírez, S. A. L. (2004). Depresión y autoestima en amas de casa. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Ramón, H. C. (2003). Transición del modernismo al postmodernismo en la psicoterapia del duelo, el constructivismo en la psicoterapia postmoderna del duelo. Tesina de licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Reyes, O. M., Soto, H. A. L., Milla, K. J. G., García, R. A., Hubard, V. L., Mendoza, S. H., Mejía, L. A., García, P. M. C. y Wagner, E. F. (2003). Actualización de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D). Estudio piloto en una muestra geriátrica mexicana. Salud Mental, 26 (1), 59-68.

- Rodríguez, O. G. (2000). Relación médico-paciente. Interacción y comunicación. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Romero, L. (1991). La relación terapéutica, corazón de la terapia. Cuadernos de Psicología (Colombia), 11, (1), 55-75.

- Ruiz, S. J. J. y Cano, S. J. J. (1998). Las Psicoterapias. Introducción a las orientaciones psicoterapéuticas para profesionales sanitarios. Recuperado de septiembre del 2003, de http://.www.psicologia_online.com.index.html.

- Salles, M. M. (1990). Terminación prematura de niños en análisis. Cuadernos de Psicoanálisis, 23, (3 y 4)

- Sánchez, C. L. (1994). La psicoterapia: Una evaluación de sus implicaciones en la evolución del rol sexual femenino. Psicología Iberoamericana (México), 2 (1), 114-125.

- Sandoval, G. L. X. (2002). Contratransferencia. ¿Debe éste término cambiar o desaparecer?. Psiquiatría, 18, (2), 77-85.

- Shaw, C. R. (1969). Psiquiatría Infantil. México: Interamericana.

- Small, L. (1986). Psicoterapias breves. España: Gedisa.

- Sociedad Mexicana de Psicología (1997, Abril). Principios éticos de los psicólogos y código de conducta. Boletín de la Sociedad Mexicana de Psicología, (número especial), 1-16.

- Solares, I. (2000). Cartas a una joven psicóloga. México: Alfaguara.

- Solis, V. R. A (2002). Psicoterapia de Tiempo limitado: Una nueva alternativa institucional. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Strong, S. R. y Claiborn, C. D. (1985). El cambio a través de la interacción. Procesos psicosociales en consejo y psicoterapia. España: Descleé de Brouwer.

- Jobe, M. D. T. (1988). La historia de los desordenes afectivos. En Gaviria, M. D. M. (Ed.). Depresión. Aspectos Clínicos y Tratamiento. (Serie de monografías clínicas No. 1). (pp. 13-20). Chicago, USA: Programa de cooperación internacional en Salud Mental “Simón Bolívar”.

- Toledo, P. P. E., Baruzzi, M. y Blay, S. L. (2001). Psicoterapia breve: La naturaleza de los cambios según la representación de los pacientes. Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina, 47, (2), 145-152.

- Torres, C. M., Hernández, M. E. y Ortega S. H. A. (1991). Validez y reproductibilidad del inventario para depresión de Beck en un hospital de cardiología. Salud Mental, 14 (2), 1-7.

- Traver, T. S. (1992). Variables, parámetros y paradigmas en psicoterapia. Una revisión. Psiquis, 13, (9), 9-24.

- Vallejo, R. J. (1998). Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría (4ta. Ed.). España: Masson.

- Vidal, B. M. C. (2002). La Psicoterapia del paciente oncológico. Un modelo de psicoterapia dinámica. Recuperado de septiembre del 2003, de http://www.psiquiatria.com/psicología/revista/68/8328/?++iteractivo.html.

- Wachtel, P. L. (1996). La comunicación terapéutica. Principios y práctica eficaz. España: Desclée de Brouwer.

- Zuñiga, S. J. J. (2003). Factores de riesgo y protección para depresión en mujeres. Tesis para obtener el título de Psiquiatría. Universidad Nacional Autónoma de México.

ANEXO 1

ANALISIS CUALITATIVO
- ENTREVISTAS A PSICOTERAPEUTAS -

La siguiente información es producto de entrevistas semi- estructuradas a profundidad realizadas a 16 psicoterapeutas.
Unidad de análisis: discurso

¿qUÉS ES DEPRESIÓN?		
CATEGORIA	**SUBCATEGORIAS**	**FRECUENCIAS**
CONCEPTUALIZACIÓN	➢ Alteración el estado de ánimo…….. ➢ Síndrome…….. ➢ Enfermedad…….. ➢ Enfermedad 100% Biológica…… ➢ Puede ser un rasgo de Carácter…….. ➢ Es un componente integral (cognitivo, conductual, afectivo, holístico) que implica un tipo de disfunción……..... ➢ Conjunto de signos y síntomas *(tristeza, alteración del apetito, del sueño, de los procesos cognitivos, sentimiento de devaluación, falta de confianza en si mismo, visión pesimista del futuro, desinterés, falta de motivación, sensación de vacío y angustia)*…… *****Implica alteraciones: -Fisiológicas *(neurotransmisores)*……..…….. -Psicológicas…… -Cognitivas…… -Medioambientales…….. ➢ La depresión está detrás de muchas entidades nosológicos, (hay fóbicos con depresión, aspectos ansiosos…)…… ➢ En la depresión las persona no alcanzan a vislumbrar su problemática…….. ➢ Hay grados de depresión…….. ➢ Existe riesgo suicida…… ➢ Se puede experimentar depresión durante el proceso psicoterapéutico…….. ➢ Todo paciente que acude a psicoterapia trae depresión…… ➢ De acuerdo al enfoque teórico pueden existir diferencias en cuanto al concepto……	4 2 2 1 1 2 9 7 4 3 3 2 2 6 3 1 1 1
TIPOS DE DEPRESIÓN	➢ Endógena / Exogena……... ➢ Hay dos tipos de depresión: a) la depresión que esta cursando una persona con apatía, por causa de un duelo no elaborado; b) <u>depresión psicótica</u>, en la que la persona se autoagreden, ya que ha internalizado su agresión…… ➢ Alternancia de episodios (maniaco / depresivo)……	4 1 1
ETIOLOGÍA	➢ Factores psicológicos…….. ➢ Factores medioambientales (eventos desencadenantes como *perdidas)*.. ➢ Factores biológicos……..	4 4 1

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO	a) Psicológico ➢ Siempre…….. ➢ Inclusión de la familia…….. b) Farmacológico ➢ Sólo en cuestiones fisiológicas……..…… ➢ Ocasionalmente…… c) Mixto (Psicológico/farmacológico)…….……..	 1 1 2 1 3

¿QUÉ ES EL CIERRE DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO?

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	FRECUENCIAS
CONCEPTUALIZACIÓN	➢ Dar de alta a un paciente……. ➢ Fase final del proceso psicoterapéutico, dar corte al proceso…..……. ➢ Parte del proceso psicoterapéutico (consecuencia del proceso, de su parte inicial e intermedia)……. ➢ Fin de un proceso (proceso psicoterapéutico) e inicio de otro (proceso autonomía)……..... ➢ El cierre implica la terminación de un compromiso entre terapeuta y paciente……. ➢ Puede ser de la sesión o de la psicoterapia…… ➢ Los conductistas no hablan de Cierre Terapéutico como tal, ya que sostienen que el ser humano está en constante cambio. A la etapa final del proceso psicoterap. se le denomina <u>modificación de conducta</u>…. ➢ Si no se cumplen los objetivo entonces se habla de una interrupción del proceso y no de un cierre…….……..……. ➢ El cierre puede ser dificultoso para algunos pacientes……	3 6 1 1 1 1 1 2 2
El cierre psicoterapéutico en la depresión	➢ Hay diferencias al dar el cierre entre cualquier tipo de pacientes y un paciente deprimido, con este tipo de pacientes será más difícil dar el cierre, más aún si están tomando medicamentos…… ➢ Aún cuando la depresión es conceptualizada como enfermedad si se puede dar el cierre ya que si se puede salir de la depresión aún cuando esta sea de tipo endógeno……..	1 1
MOMENTO ADECUADO PARA DAR EL CIERRE	➢ Cuando el paciente haya reconocido sus recursos y los está utilizando de manera adecuada (está listo para continuar sin supervisión)..... ➢ Mejoría y resignificación más apropiada por parte del paciente…….. ➢ Cuando se han alcanzado los objetivos planteados inicialmente (objetivos específicos o bien análisis más profundo)……. ➢ El cierre se da ante la solución de problemas focales…… ➢ Cuando los síntomas desaparecieron (se han resuelto los conflictos que le llevaron a terapia)……. ➢ Cuando el paciente ya hizo consciencia de lo que le causó la depresión…….. ➢ Cuando ya elaboró el duelo o su pérdida…… ➢ Cuando hubo un periodo de autoconocimiento, mayor capacidad de insight a nivel intelectual y emocional (mayor comprensión sobre si mismo y su dinamismo)……. ➢ Cuando el paciente es capaz de preguntarse y darse repuesta como el terapeuta; y es congruente entre su razonamiento y su acción…. ➢ Hay sesiones predeterminadas (cuando se cumple el No. de sesiones pre-establecidas se dan el cierre)…….. ➢ En un análisis más amplio (re-estructuración de carácter: modificación del marco de orientación o forma de percibir el mundo, conocimiento de sí mismo) es el <u>sujeto</u> quien <u>establece cuando se dará el cierre</u>…….	4 1 7 1 2 1 1 2 1 1 1

ESTRATEGÍAS PARA DAR EL CIERRE	➢ Se prepara durante varias sesiones…… ➢ Se dan seguimientos (reuniones esporádicas posteriores)…… ➢ Espaciar las sesiones…… ➢ Se hace una revisión sobre el trabajo psicoterapéutico…… ➢ Se evalúan los cambios y logros adquiridos junto con el paciente…. ➢ Se hace una prescripción de acción y una apreciación final por parte del terapeuta…… ➢ Dejar tareas para que el paciente se vaya sintiendo capaz…… ➢ Tiene que haber una preparación personal por parte del terapeuta… ➢ Hacer consciente al paciente de que la relación tiene un objetivo y está a punto de terminarse…… ➢ Entre paciente y terapeuta acuerdan que la relación concluirá…… ➢ Se realiza una despedida (un simbolismo de despedida en donde se permite mayor cercanía entre paciente / terapeuta como un abrazo…)…… ➢ Se dialoga sobre como el paciente anticipará la futura pérdida y se visualiza la posibilidad de recaídas……..... ➢ Dejar abierta la posibilidad de un re-encuentro (no necesariamente para iniciar un proceso, puede ser una reunión aislada)…… ➢ Se revisan los aspectos transferenciales de la relación…… ➢ Se debe lograr que el paciente objetive al psicoterapeuta (que lo vea como un ser humano y no como ser mágico)……:……	2 2 6 4 6 1 1 2 3 2 1 2 6 1 2

Implicaciones del Cierre del Proceso Psicoterapéutico para el PACIENTE

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	FRECUENCIAS
	➢ Pasa por un proceso de duelo…….. ➢ Tristeza y malestar por la pérdida…… ➢ Susto y miedo al visualizarse solo frente a su vida…… ➢ Surgen elementos de envidia trasnferencial…… ➢ Recaídas y surgimiento de nuevos síntomas (como un intento de continuar con el proceso)…… ➢ Hay reclamos (ej.”me das de alta para ya no verme…” …….. ➢ El paciente no se querrá desprender de la relación debido a que se siente muy a gusto y cómodo…… ➢ Ya no tendrá que pagar ($)…… ➢ Ya no acudirá a las sesiones…… ➢ Ante un cierre prematuro existen varias implicaciones: si equivocadamente se llega a dar el cierre con un paciente que aún tiene depresión se corre el riesgo de un suicidio (las implicaciones varían de acuerdo al grado de severidad de la depresión)……	3 2 1 1 2 1 1 2 1 2
El cierre en el momento adecuado	➢ Mejoría…… ➢ El paciente tendrá que resolver sus problemas de manera individual (es como un reto y un compromiso), siendo capaz de generalizar y trasladar a su vida cotidiana lo que aprendió en la psicoterapia…… ➢ Satisfacción, celebración, asombro y éxito por los resultados (y por la terminación del proceso)…… ➢ Que el paciente entienda que la vida también es psicoterapia y que puede aprender de ella…… ➢ No hay implicaciones si el proceso y cierre se manejan adecuadamente (simplemente el paciente asumirá y aceptará la situación)……..	3 5 7 1 2

Implicaciones del Cierre del Proceso Psicoterapéutico para el PSICOTERAPEUTA		
CATEGORIA	**SUBCATEGORIAS**	**FRECUENCIAS**
	➢ Éxito, satisfacción, alegría y celebración……..	10
	➢ Pequeño duelo y tristeza ante la pérdida……..	5
	➢ Curiosidad sobre como les está yendo a los pacientes…….	1
	➢ Se extraña al paciente…….	1
	➢ Aceptación del cierre……...	2
	➢ Es válido que el terapeuta reconozca y agradezca el honor de la relación……	1
	➢ No hay implicación……..	3
	➢ No tiene porque haber, si existiera significaría que hubo alguna contratransferencia no consciente o no manejada…….	2
	➢ En caso de que no se hayan logrado los objetivos planteados o que el paciente se haya retirado del proceso implica hacer una revisión del proceso y actualización de conocimientos ……	3

¿EXISTE LA DEPENDENCIA PSICOTERAPÉUTICA?		
CATEGORIA	**SUBCATEGORIAS**	**FRECUENCIAS**
	Todos los psicoterapeutas coincidieron que si existe la dependencia, las variantes se describen a continuación.	
	➢ Si existe…….....	4
	➢ Si existe y es parte de la naturaleza del ser humano…….	3
	➢ Si, sobre todo en las primeras sesiones (es parte del proceso)……	1
	➢ Si existe y de ambas partes (paciente/terapeuta)…….……	1
	➢ Creo que si, pero *no le llamaría dependencia* terapéutica en el sentido de que la terapia no fomenta la dependencia …….	1
	➢ Depende de lo que se quiera decir con dependencia terapéutica (yo quiero entenderla como un proceso en el que el paciente no puede destrabarse y necesita que lo destraben…), en ese sentido se puede hablar una dependencia indeseable……..……	1
	➢ Si existe, (del paciente hacia el terapeuta)……	2
	➢ Si existe, y más en ciertos modelos de psicoterapia (psicoanalítico)……	2
	➢ Depende del modelo…….....	1
	➢ En cierta etapa del proceso psicoterapéutico es necesario adherirse (*inicio*), hay periodos de dependencia esperados……	3
	➢ Hay cierto tipo de dependencia de la que podemos apoyarnos durante el proceso (aquella en la que el paciente dice yo necesito ayuda, yo coloco en alguien que va a ser capaz de apoyar en cierto momento) a lo que llamaríamos <u>alianza terapéutica</u>……	1
	➢ Hay dos tipos de dependencia: 1. Dependencia Positiva (natural). Si el apego por parte del paciente se da en una fase inicial, que hace que el paciente reflexione más, puede ser necesaria para el crecimiento del paciente. 2. Dependencia indeseable (neurótica). Hace que el paciente no avance, no evolucione, etc., ……..	2
CARACTERISTICAS	➢ El paciente no quieren resolver sus conflictos por si solo (ej. Me paso… pero no lo pude resolver porque quise venirlo a platicarlo con ud.). A la mínima expresión de algún problema buscan a su terapeuta (lo busca en horarios fuera de consulta……	3
	➢ El paciente se muestra desvalido, ("siento que no podré…), fantasea creyendo que no va ha poder salir adelante sin consultarle al terapeuta……	3

CARACTERISTICAS	➢ Usa la terapia y al terapeuta como un proceso para escudarse de la vida……	1
	➢ El paciente actúa en base a lo que le dice su terapeuta ", mi terapeuta me dijo que..., voy hacer esto porque me lo recomendó mi terapeuta..")……	3
	➢ El paciente no termina o no logra verse acabado……..	1
	➢ Resistencia a retirarse del tx. (al momento de querer dar el cierre el paciente no se quiere ir)……..	4
	➢ Al momento de dar el cierre surgen nuevos problemas……	1
	➢ No hay avance por parte del paciente, no quiere crecer……	3
	➢ No se siente capaz de tomar sus propias decisiones……	3
	➢ Tiende a consultar todo a su terapeuta, le da miedo actuar sin el terapeuta. Necesidad de que el psicoterapeuta apruebe o desapruebe su conducta……	9
	➢ El paciente no se responsabiliza de sí mismo……	1
	➢ Aprensión con el trabajo……	1
	➢ frecuencia en las llamadas……	3
	➢ Tiende a idealizar al terapeuta……...	1
	➢ Coloca en el exterior la solución de sus problemas……	1
	➢ Son pacientes que quieren ir a consulta dos veces por semana…….	1
	➢ Existe otro tipo de relación entre paciente/terapeuta (sale con él a comer, trabajan juntos, el terapeuta quiere gobernar la vida del paciente)……..	1
FACTORES INVOLUCRADOS CON LA GENERACIÓN DE DEPEDENCIA	**Características del paciente:**	
	➢ Necesidad del paciente (necesita de alguien más). El paciente se acostumbra atener una guía, un apoyo, etc. ……	3
	➢ Baja autoestima……	1
	➢ Pocas habilidades de afrontamiento……	1
	➢ Baja tolerancia a la frustración……	1
	➢ Carecen de una auto-imagen bien definida, redes de apoyo débiles y un repertorio de autocontrol limitado……	1
	➢ Rasgos de personalidad del paciente……..	3
	➢ Defensas y resistencias del paciente……	1
	➢ El paciente percibe al terapeuta como conocedor, como un amigo, que trata con respeto… y si la historia del paciente indica que no ha recibido este tipo de relación entonces, puede generarse la dependencia….	2
	➢ Transferencias hacia el terapeuta……..…	1
	➢ Son pacientes que han estado en muchas terapias (de formación psicoanalítica)……..	1
	➢ Son pacientes que pueden solventar los gastos $ de la terapia……	1
	Características del terapeuta:	
	➢ Ganancias, necesidades y conflictos personales, (Fines narcisisticos del terapeuta y ejercicio del poder, necesita que lo necesiten, la propia dependencia del terapeuta……	6
	➢ Cuestiones económicas (ingresos del terapeuta)……	3
	➢ Conductas y actitudes del terapeuta (Formas de ser muy seductoras, muy educados, etc.……	2
	➢ El psicoterapeuta pone condiciones (que el paciente tenga que asistir a su psicoterapia tres veces a la semana)…….……	1
	➢ El terapeuta proporciona consejos tipo recetas y apoyo Indiscriminado……	3
	➢ Falta de conocimientos……..	1
	➢ Terapeuta no genera la posibilidad de crecimiento, no hace que el paciente reconozca sus recursos, no permite la independencia…….	2
	➢ El terapeuta lo permite al realizar ciertas conductas (si el paciente pide permiso el terapeuta se lo otorga)……	1
	➢ Poca experiencia en el trabajo psicoterapéutico……..	1

	Parte del proceso: ➢ Es parte del proceso (se estableció un buen rapport)…….. ➢ Tratamiento inadecuado…….. ➢ Mal manejo de transferencias y contratransferencias……	 1 2 1
	Características del modelo terapéutico: ➢ Los tratamientos largos (*psicoanalítico*) genera mayor dependencia….. ➢ Modelos donde el éxito es crédito del terapeuta…….. ➢ Modelos que se enfocan sólo a la supresión de síntomas……	 3 1 1
	Tipo de padecimiento: ➢ Hay ciertos padecimientos que tienden a ser más dependientes……	 2
TÉCNICAS O ESTRATEGÍAS PARA EVITAR O MANEJAR LA DEPENDENCIA	➢ Tiene que haber un buen inicio y buen tratamiento (establecimiento adecuado de los objetivos)…… ➢ Desde la primera sesión se debe favorecer la autonomía (se debe involucrar al paciente en diálogos que implican que éste tiene el potencial para ser autónomo), así como reforzar la seguridad del paciente (indicándole que los logros son debidos a él)…… ➢ Que el paciente genere y compruebe sus propios resultados de tal manera que no perciba al terapeuta como médico que lo curó, sino simplemente como alguien que lo orientó…….. ➢ Dejar la responsabilidad del cambio al paciente…… ➢ Confrontación de conductas y actitudes de dependencia (por ejem; te has dado cuenta de que han sido casi 3 veces que se quiere cerrar el proceso, no será que no te quieres ir…)…… ➢ Debe haber un buen manejo de límites (de los alcances del trabajo, de la situación del padecimiento, del tiempo de trabajo, etc.)…… ➢ Técnicas paradójicas, contar cuentos …… ➢ Compartir experiencias personales del terapeuta (con la intención de ponerse al mismo nivel del paciente; si yo puedo, ud. también….) …… ➢ Impulsarlo y motivarlo a que tome sus decisiones y que actúe sin necesidad de consultar al terapeuta…… ➢ No permitir que el punto de vista del terapeuta prevalezca sobre el del paciente…… ➢ Enfrentarlo con su realidad (el paciente tendrá que tomar las decisiones)…… ➢ Analizar la dependencia……	1 3 1 2 4 1 1 1 3 1 1 1

ANEXO 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente, le solicito a usted participar en la investigación, que para obtener el grado de Licenciatura en Psicología estoy realizando en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Dicha investigación, tiene como objetivo conocer más acerca del Proceso Psicoterapéutico; para lo cual requerimos de su valiosa participación, la cual consistirá en contestar 2 cuestionarios requiriéndose un tiempo de 15 a 20 min. aproximadamente, esto sólo en una ocasión.

Los resultados obtenidos proporcionaran información valiosa para el ejercicio profesional del psicólogo clínico, por lo que le pedimos su sinceridad. Cabe destacar que la información recabada es confidencial, lo cual garantiza que no se utilizarán los datos de forma individual, por lo tanto no podrán ser identificados los casos individuales dentro del reporte final y sólo serán usados para los fines de esta investigación.

Atentamente

MTRA. MARIANA GUTIERREZ L.
DIRECTORA DE TESIS

P. Psic. MARIBEL CORDERO Z.
TESISTA

Vo. Bo.

PARTICIPANTE

ANEXO 3

INVENTARIO DE EVALUACIÓN DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO - *PACIENTES*
(IEPP – PA)

Este cuestionario forma parte de una investigación sobre el proceso psicoterapéutico, por lo cual es de suma importancia su participación.
Dicho cuestionario es confidencial ya que nadie se enterará de sus respuestas, por lo que le pedimos conteste de manera sincera. ¡No hay respuestas buenas ni malas!
Por favor si tiene alguna duda expóngala para que sea aclarada.

EDAD: ___ ESCOLARIDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

Tratamiento actual
¿Desde hace cuánto tiempo se encuentra en psicoterapia?
_____

¿Cada cuándo es su cita?
_____

¿Cuál es el motivo por el cual asiste a psicoterapia?
_____
_____

Tratamientos anteriores
¿Ha asistido a otros tratamientos psicoterapéuticos?
_____

¿Hace cuánto tiempo recibió el tratamiento anterior?
_____

¿Cuáles fueron los motivos para acudir?
_____

¿Cuáles fueron los motivos para dejar de acudir al tratamiento anterior?
_____

Medicación
¿Actualmente está recibiendo algún tipo de medicamento?_____

¿Qué medicamento?_____

¿Quién le prescribió el medicamento?_____

INVENTARIO DE EVALUACIÓN DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO - *PACIENTES*
(IEPP – PA)

INSTRUCCIONES.
A continuación se presenta una serie de afirmaciones, lea con atención y seleccione la respuesta que más se adecue a su situación, asegúrese de marca solo una respuesta. Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas sólo se espera una respuesta sincera. Por favor, si tiene alguna duda expóngala para que sea aclarada.

1. Pienso que mi psicoterapeuta es un experto en mi problemática
   Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

2. Cuándo se presenta un problema en mi vida cotidiana recurro a mi psicoterapeuta
   Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

3. Me acerco a mi psicoterapeuta para preguntarle su opinión sobre mis conductas
   Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

4. Pienso que si mi psicoterapia termina en estos momentos tendré muchos problemas
   Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

5. Considero que mi psicoterapeuta tiene la razón…
   Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

6. He llegado a pensar que si termina mi psicoterapia no podré salir adelante
   Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

7. Pregunto a mi psicoterapeuta lo que piensa con respecto a mis ideas y pensamientos…
   Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

8. Pienso que mi problemática se resolverá gracias a mi psicoterapeuta
   Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

9. Pienso que mi problemática ha disminuido…
   Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

10. Considero que mi psicoterapeuta es una excelente persona
    Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

11. Cuando no puedo resolver alguna situación en particular suelo recurrir a otras personas
    Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

12. Cuando algo se me dificulta me gustaría que mi psicoterapeuta me aconsejara que hacer
    Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

13. Considero que mi psicoterapeuta nunca se equivoca
    Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

14. Me interesa que opina mi psicoterapeuta sobre mis conductas
    Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

15. Cuando tengo dudas sobre alguna situación en particular le pregunto a mi psicoterapeuta su opinión
    Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

16. Le pido a mi psicoterapeuta verlo antes de mi sesión programada…
Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

17. Quiero que alguna persona resuelva mi problemática
Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

18. Considero que mi problema se está resolviendo gracias a mi esfuerzo
Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

19. Hago llamadas telefónicas para buscar a mi psicoterapeuta
Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

20. Quisiera que alguien me aconsejara que hacer sobre las situaciones que se me dificultan
Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

21. Considero que los avances que he encontrado en mi psicoterapia son gracias a mi psicoterapeuta
Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

22. He pensado que mi psicoterapia debe terminar
Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

23. Siento que mi problema nunca se resolverá
Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

24. Considero que han surgido nuevos problemas dentro de mi vida por lo cual no puede terminarse mi psicoterapia
Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

25. He considerado que no hay avances en mi problemática
Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

26. Pienso que si en estos momentos termina mi psicoterapia entonces mi problema se agravará
Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

27. Me siento extremadamente bien dentro de mi psicoterapia
Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

28. Mis conductas están basadas en lo que me recomienda mi psicoterapeuta…
Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

29. Siento que no puedo tomar mis decisiones de manera adecuada
Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

30. Veo a mi psicoterapeuta en momentos y espacios fuera de mis sesiones psicoterapéuticas…
Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

¡Gracias por su participación!

ANEXO 4

INVENTARO DE DEPRESIÓN DE BECK

Instrucciones: En este cuestionario hay grupos de oraciones, por favor lea cada grupo cuidadosamente y escoja la oración de cada grupo que mejor describa como se ha sentido esta semana, incluyendo hoy. Marque con una X la oración que haya escogido. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su caso MARQUE SOLO UNA. Asegúrese de leer todas las aseveraciones en cada grupo antes de contestar.

1.

- **a.** ☐ **No me siento triste.**
- **b.** ☐ **Me siento triste.**
- **c.** ☐ **Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.**
- **d.** ☐ **Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.**

2.

- **a.** ☐ **No me siento especialmente desanimado ante el futuro.**
- **b.** ☐ **Me siento desanimado con respecto al futuro.**
- **c.** ☐ **Siento que no tengo nada que esperar.**
- **d.** ☐ **Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.**

3.

- **a.** ☐ **No creo que sea un fracaso.**
- **b.** ☐ **Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.**
- **c.** ☐ **Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.**
- **d.** ☐ **Creo que soy un fracaso absoluto como persona.**

4.

- **a.** ☐ **Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.**
- **b.** ☐ **No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.**
- **c.** ☐ **Ya no tengo verdadero satisfacción de nada.**
- **d.** ☐ **Estoy insatisfecho o aburrido de todo.**

5.

- **a.** ☐ **No me siento especialmente culpable.**
- **b.** ☐ **No me siento culpable una buena parte del tiempo.**
- **c.** ☐ **Me siento culpable casi siempre.**
- **d.** ☐ **Me siento culpable siempre.**

6.

- **a.** ☐ **No creo que este siendo castigado.**
- **b.** ☐ **Creo que puedo ser castigado.**
- **c.** ☐ **Espero ser castigado.**
- **d.** ☐ **Creo que estoy siendo castigado.**

7.

- **a.** ☐ **No me siento decepcionado de mi mismo.**
- **b.** ☐ **Me he decepcionado a mi mismo.**
- **c.** ☐ **Estoy disgustado conmigo mismo.**
- **d.** ☐ **Me odio.**

8.

- **a.** ☐ **No creo ser peor que los demás.**
- **b.** ☐ **Me critico por mis debilidades o errores.**
- **c.** ☐ **Me culpo siempre por mis errores.**
- **d.** ☐ **Me culpo de todo lo malo que sucede.**

9.

- **a.** ☐ **No pienso en matarme.**
- **b.** ☐ **Pienso en matarme, pero no lo haría.**
- **c.** ☐ **Me gustaría matarme.**
- **d.** ☐ **Me mataría si tuviera la oportunidad.**

10.

- **a.** ☐ **No lloro más de lo de costumbre.**
- **b.** ☐ **Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.**
- **c.** ☐ **Ahora lloro todo el tiempo.**
- **d.** ☐ **Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.**

11.

- **a.** ☐ **Las cosas no me irritan más que de costumbre.**
- **b.** ☐ **Las cosas me irritan mas que de costumbre**
- **c.** ☐ **Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.**
- **d.** ☐ **Ahora me siento irritado todo el tiempo.**

12.

- **a.** ☐ **No he perdido el interés por otras cosas.**
- **b.** ☐ **Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.**
- **c.** ☐ **He perdido casi todo el interés por otras personas.**
- **d.** ☐ **He perdido todo mi interés por otras personas.**

13.

- **a.** ☐ **Tomo decisiones casi siempre.**
- **b.** ☐ **Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.**
- **c.** ☐ **Tengo mas dificultad para tomar decisiones que antes.**
- **d.** ☐ **Ya no puedo tomar decisiones.**

14.

- **a.** ☐ **No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.**
- **b.** ☐ **Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.**
- **c.** ☐ **Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.**
- **d.** ☐ **Creo que me veo feo.**

15.

- **a.** ☐ **Puedo trabajar tan bien como antes.**
- **b.** ☐ **Me cuesta mas esfuerzo empezar a hacer algo.**
- **c.** ☐ **Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.**
- **d.** ☐ **No puedo trabajar en absoluto.**

16.

- **a.** ☐ **Puedo dormir tan bien como antes.**
- **b.** ☐ **No puedo dormir tan bien como solía.**
- **c.** ☐ **Me despierto una o dos horas mas temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.**
- **d.** ☐ **Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.**

17.

- **a.** ☐ **No me canso más que de costumbre.**
- **b.** ☐ **Me canso mas fácilmente que de costumbre.**
- **c.** ☐ **Me canso sin hacer nada.**
- **d.** ☐ **Estoy demasiado cansado como para hacer algo.**

18.

- **a.** ☐ **Mi apetito no es peor que de costumbre.**
- **b.** ☐ **Mi apetito no es tan bueno como solía ser.**
- **c.** ☐ **Mi apetito esta mucho peor ahora.**
- **d.** ☐ **Ya no tengo apetito.**

19.

- **a.** ☐ **No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.**
- **b.** ☐ **He rebajado más de dos kilos y medio.**
- **c.** ☐ **He rebajado más de cinco kilos.**
- **d.** ☐ **He rebajado más de siete kilos y medio.**

20.

- **a.** ☐ **No me preocupo por mi salud más que de costumbre.**
- **b.** ☐ **Estoy preocupado por problemas físicos como por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.**
- **c.** ☐ **Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.**
- **d.** ☐ **Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.**

21.

- **a.** ☐ **No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.**
- **b.** ☐ **Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.**
- **c.** ☐ **Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.**
- **d.** ☐ **He perdido por completo el interés en el sexo.**

ANEXO 5

INVENTARIO DE EVALUACIÓN DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO - *PSICOTERAPEUTAS* (IEPP – PT)

Este cuestionario forma parte de una investigación sobre el proceso psicoterapéutico, por lo cual es de suma importancia su participación. La información que se obtenga es confidencial por lo cual le pedimos conteste de manera sincera.

INSTRUCCIONES.
A continuación se presenta una serie de afirmaciones, lea con atención y seleccione la respuesta que más se adecue a su situación y a la de sus pacientes, asegúrese de marca sólo una respuesta. Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas, sólo se espera una respuesta sincera. Por favor si tiene alguna duda expóngala para que sea aclarada.

Sexo: _____ Edad: _____ Estado civil: _____

Grado de Estudios: _____
Institución de la qué egreso: _____
Lugar donde se preparó como psicoterapeuta: _____:_____
Tiempo que lleva de ejercer la psicoterapia: _____
Ha estado dentro de un proceso psicoterapéutico personal: _____
¿Cuál es su enfoque teórico?:_____

1. El cambio psicoterapéutico es consecuencia del trabajo por parte del paciente…
   Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

2. Los pacientes salen con facilidad de un episodio depresivo…
   Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

3. Es pertinente ver a los pacientes más de una vez a la semana
   Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

4. El cierre psicoterapéutico está en función de los objetivos planteados al inicio del proceso psicoterapéutico…
   Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

5. Los pacientes buscan al psicoterapeuta en horarios fuera de las sesiones psicoterapéuticas…
   Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

6. Preparo con anticipación el cierre del proceso psicoterapéutico…
   Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

7. Suelo espaciar las sesiones psicoterapéuticas en la fase final del proceso psicoterapéutico
   Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

8. Es prudente acudir al llamado de los pacientes en horarios fuera de los establecidos…
   Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

9. Los pacientes presentan nuevos síntomas ante el anuncio del cierre del proceso psicoterapéutico….
   Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

10. En la fase final del proceso psicoterapéutico se realiza una revisión general sobre el trabajo psicoterapéutico junto con el paciente…
    Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

11. Los pacientes temen no poder salir adelante sin el psicoterapeuta…
    Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

12. La dificultad de cerrar el proceso psicoterapéutico es consecuencia de las resistencias del paciente
    Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

13. Mis pacientes consideran que soy un experto(a) en mi trabajo….
    Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

14. Veo a mis pacientes en horarios y espacios fuera del ámbito psicoterapéutico…
    Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

15. Me considero un experto(a) en el trabajo psicoterapéutico…
    Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

16. Veo a mis pacientes más de una vez la semana…
    Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

17. Verifico el avance psicoterapéutico con mi paciente…
    Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

18. Cuando mi paciente me solicita una impresión personal sobre alguna situación en particular se la proporciono…
    Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

19. El cierre del proceso psicoterapéutico es difícil…
    Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

20. Ante una dificultad dentro del trabajo psicoterapéutico recurro a otros colegas…
    Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

21. Tengo una preparación personal cuando voy a cerrar un proceso psicoterapéutico.
    Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

22. Con el paciente dejo abierta la posibilidad de un re-encuentro psicoterapéutico…
    Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

23. La dificultad para dar el cierre del proceso psicoterapéutico es consecuencia de un mal manejo psicoterapéutico…
    Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

24. Vislumbro con el paciente la posibilidad de recaídas….
    Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

25. Tengo problemas para cerrar el proceso psicoterapéutico…
    Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

26. Considero que ante el cierre del proceso psicoterapéutico el paciente tendrá recaídas…
    Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

27. Mis pacientes tienen un concepto agradable sobre mi persona…
Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

28. Mis pacientes me piden que los vea antes de la sesión programada…
Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

29. Considero que el éxito psicoterapéutico es consecuencia de un buen trabajo psicoterapéutico por parte del psicoterapeuta…
Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

30. Mis pacientes desean saber mi opinión sobre situaciones de su interés…
Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

31. Ante el cierre del proceso psicoterapéutico mi sensación es de satisfacción…
Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

32. Considero que el éxito psicoterapéutico es producto del esfuerzo y trabajo por parte del paciente….
Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

33. Pido ver a mis pacientes más veces de las sesiones programadas…
Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

34. Ante el cierre del proceso psicoterapéutico los pacientes presentan nuevos síntomas…
Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

35. Cuando mis pacientes presentan alguna dificultad en su vida cotidiana recurren a mi
Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

36. Cuando informo sobre el cierre del proceso psicoterapéutico mis pacientes expresan desagrado….
Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

37. Ante el cierre del proceso psicoterapéutico los pacientes se sienten satisfechos…
Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

38. Los pacientes se muestran desvalidos (*no podré salir adelante….*) ante la noticia del cierre del proceso psicoterapéutico…
Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

39. Mis pacientes me consideran indispensable en sus vidas…
Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

40. Ante cualquier situación, los pacientes buscan la aprobación de su psicoterapeuta…
Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

41. Considero que la falta de avances psicoterapéuticos es consecuencia del padecimiento del paciente…
Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

42. Cuando los pacientes piden un consejo (*¿Qué hago..?, ¿Cómo le hago..?*) es adecuado que el psicoterapeuta se los proporcione…
Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

43. Mis pacientes expresan satisfacción dentro del proceso psicoterapéutico…
    Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

44. Considero que si alguno de mis pacientes presenta alguna dificultad en su vida cotidiana es prudente que acuda a mi …
    Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

45. Los pacientes muestran resistencia ante el cierre del proceso psicoterapéutico (*No quieren dejar la psicoterapia*)
    Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

46. Los pacientes no muestran avances psicoterapéuticos cuando se les informa sobre el cierre del proceso psicoterapéutico…
    Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

47. El papel del psicoterapeuta es fundamental para que el paciente dé solución a su problemática…
    Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

48. Los pacientes piden el punto de vista de su psicoterapeuta sobre algunas situaciones en particular ante lo cual, es prudente que el psicoterapeuta lo exprese…
    Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

49. Dentro del proceso psicoterapéutico favorezco la autonomía del paciente…
    Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

50. Cuando mi paciente pide mi opinión sobre alguna situación de su interés se la expreso
    Siempre ( ) Frecuentemente ( ) Ocasionalmente ( ) Nunca ( )

¡Gracias por su participación!