



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Evaluación de la percepción de los terapeutas y pacientes del turno matutino sobre la efectividad de la terapia cognitivo conductual en la práctica clínica supervisada.

**ACTIVIDAD DE INVESTIGACIÓN-REPORTE
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)**

Angélica Cristina Valdespino Coroy

Director: Dr. Jaime Montalvo Reyna

Dictaminadores: Mtro. Ernesto Arenas Govea

Lic. María Salomé Ángeles Escamila





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

1. Resumen.....	2
2. Introducción.....	3
3. Psicoterapia y sus propósitos.....	7
3.1 La psicología como ciencia.....	7
3.2 Psicología clínica.....	7
3.3 Tratamientos psicológicos.....	9
3.4 Trastornos mentales o psicológicos.....	10
3.5 Justificación de la investigación.....	11
4. Antecedentes.....	16
4.1 Estudios de la efectividad.....	16
4.2 Líneas de investigación sobre el cambio terapéutico.....	17
4.2.1 Estudio del proceso terapéutico.....	17
4.2.2 Estudio de los factores de cambio inespecífico.....	18
4.2.3 Estudios que relacionan tipos de tratamiento con tipos de problema.....	18
5 Diferencia entre eficacia y efectividad.....	20
5.1 Eficacia.....	20
5.2 Efectividad.....	21
6 Criterios que determinan la efectividad o el éxito terapéutico.....	23
6.1 El cambio en terapia.....	23
6.2 Factores que propician el cambio.....	26
6.2.1 Variables del cliente.....	27
6.2.2 Variables del terapeuta.....	31
6.2.3 Variables de la relación.....	37
6.2.4 Factores situacionales.....	38
7. Método.....	40
8. Resultados.....	44
8.1 Cuantitativos.....	44
8.2 Cualitativos.....	59
9. Conclusiones.....	84
10. Bibliografía.....	100
11. Anexo.....	104

1. RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue evaluar los factores que influyen en el buen resultado de la terapia según la percepción del terapeuta, además estos datos fueron contrastados con la información que nos dieron sus pacientes sobre su proceso terapéutico. Para ello se entrevistó a 12 pacientes y sus respectivos terapeutas, los cuales eran estudiantes de la Carrera de Psicología que cursaban las prácticas profesionales supervisadas correspondientes al 7º semestre y que se encontraban adscritos al enfoque cognitivo-conductual en la CUSI de la FES Iztacala. Las variables que se estudian están asociadas con las características del paciente, del terapeuta, de la terapia y de la relación terapeuta- paciente, lo anterior se hizo a partir del análisis de dos entrevistas a profundidad que se realizaron en la tercera sesión y al final de la terapia ya fuera porque el paciente se dio de alta o decidió abandonarla. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en lo referido por el paciente y por el terapeuta al comparar el nivel con que los usuarios llegaron a terapia y el nivel que manifestaron en la tercera sesión y al final de la terapia con respecto al bienestar psicológico a nivel individual, familiar y social. Así mismo se observó que la mayor atribución al cambio es dada al paciente mismo, seguido del terapeuta y sus técnicas y en tercer lugar la relación. Finalmente se resalta el que desde las primeras sesiones, las cuales están dedicadas a la entrevista inicial, el usuario empieza a manifestar cambios.

***Palabras clave:** Psicología cognitivo-conductual, investigación del proceso, variables del usuario, variables del terapeuta y variables de la relación terapéutica, eficacia, cambio en terapia.*

2. INTRODUCCIÓN

Después de publicado el famoso artículo de Eysenck (1952), el cual refería que la ausencia de tratamiento era igual o aún mejor que la psicoterapia, es que la psicología clínica empezó a preocuparse por demostrar la eficacia de su trabajo iniciando la publicación de artículos referentes a este tema.

Demostrar la eficacia mediante la investigación así como la posterior puesta en marcha de dichas psicoterapias y de estrategias que estén enfocadas en mejorar los tratamientos va a permitir otorgar un mejor posicionamiento académico y social a la profesión lo cual va a traer consigo más empleo y desarrollo profesional (Londoño & Valencia, 2005).

Así mismo, conseguir resultados beneficiosos, además de ser el objetivo de cualquier tratamiento psicoterapéutico conlleva repercusiones positivas para el usuario a nivel personal y social (Hernández, 2009).

Por otro lado, aunque existen varios modelos terapéuticos el que más se ha preocupado por valorar la eficacia es el cognitivo-conductual (TCC), siendo que esta terapia se considera como la que tiene el mayor desarrollo teórico y aplicado pues desde sus inicios se ha mantenido usando estrategias experimentales para validar empíricamente sus tratamientos (García, 2004; Londoño & Valencia, 2005; Mustaca, 2004; Romero, 2008 y Vera-Villarreal, 2004).

Y aunque en los últimos años no ha tenido progresos teóricos significativos si se ha mantenido realizando evaluaciones objetivas y verificación empírica, encontrándose que:

- Al evaluar la eficacia muestra mejores resultados tanto a corto como a largo plazo (Bandos, García & Fusté, 2002 y Sánchez, Alcázar & Olivares, 1999).
- De 67 tratamientos para 33 trastornos específicos que se muestran con eficacia avalada 85% son cognitivos-conductuales (García, 2004).
- De 34 terapias con apoyo empírico para adultos 88.82 % pertenecen al modelo cognitivo conductual y de los 16 trastornos que se presentan en los niños, el porcentaje es del 93.18% (Mustaca, 2004).

Y es que su enfoque de base se corresponde con posiciones compatibles con la producción de conocimiento a través del método científico, dando énfasis a la evaluación de los resultados y exigiendo que se especifiquen de forma clara, objetiva, precisa y estructurada los objetivos, métodos, técnicas y contextos de aplicación (Kort, 1991 y Ramallo, 1981).

Además, cabe hacer mención que las técnicas cognitivo-conductuales se apoyan en la aplicación de los principios de los procesos cognitivos sobre el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta (Sánchez, *et al.*, 1999) y como su supuesto central maneja, según Ramallo (1981), que los seres humanos nos conducimos en función de resultados obtenidos a través de nuestras acciones y del mismo modo nuestras actitudes cambian como consecuencia de tales resultados, así que entre más veces se repita una consecuencia en determinada circunstancia más firmemente podría creerse en ella y si era agradable y útil podría ejecutarse con más frecuencia. Entonces, lo que se hace en terapia es someter las expectativas negativas a prueba empírica de un modo combinado con la persuasión verbal.

Sobre su metodología, esta incluye evaluar una línea base de la conducta problema antes de hacer alguna intervención terapéutica y luego medir los efectos de la intervención en dicha conducta problema con lo cual muestran la eficacia de sus intervenciones o hasta qué grado lo son.

Por todo lo anteriormente mencionado estamos convencidos que la TCC es útil para un buen porcentaje de los pacientes que acuden a ella, sin embargo, tal como mencionan Bandos, *et al.*, (2002) y Cano (2002), aunque es fundamental tener el conocimiento de la eficacia que nos proporciona la investigación de resultados, también lo es saber qué es lo que sucede en terapia, cómo es que se han conseguido los resultados de los tratamientos y con qué técnicas se ha intervenido, se trata de ver qué funciona y con quien así como saber cuáles son los factores que producen el cambio en psicoterapia, sólo así, integrando la investigaciones de procesos, podremos confeccionar un todo más completo.

Por lo tanto consideramos que es momento de cambiar de pregunta de investigación y/o pasar a otra etapa de la misma, pensamos que sería bueno buscar retroalimentación más

específica respecto a las razones o factores que teóricamente son los que más influyen en el buen resultado de la terapia (percepción del terapeuta), y contrastarlos con la información que nos den los pacientes respecto a lo mismo, ¿Habrá coincidencias? ¿Habrá diferencias? ¿Habrá patrones similares en pacientes con problemas similares? ¿Nos sorprenderán algunas de las respuestas de los pacientes? ¿El paciente tendrá algún tipo de conciencia de lo que más le ayudó a superar su problema? Esperamos que esta información retroalimente la práctica clínica y su supervisión, ya que raras veces le damos voz al usuario y damos por sentado que el cambio se debió a nuestras creativas intervenciones cuando podríamos llevarnos una sorpresa.

Y es que, aunque ya varias investigaciones han tratado el tema, es decir realizan una radiografía del proceso terapéutico momento a momento, estas o no toman en cuenta las opiniones ni de terapeutas ni de pacientes (Froján, Montaña & Calero, 2006) o, aunque lo hagan, centran el estudio únicamente en el terapeuta, tal es el caso del estudio de Montaña, Ruiz, Froján & Virués (2011), en el cual, si bien logran desentramar varios elementos de lo que sucede en terapia falta incorporar la opinión del cliente

Además, desde el punto de vista teórico (Cano, 2002 y Romero, 2008) el cambio terapéutico explicado por los factores comunes de los diferentes enfoques ha demostrado influir más que la técnica en sí, por ello se va a evaluar cómo es que dichos factores influyen en el resultado. Incluso, en relación con lo anterior, está el hecho de que cuando Romero analizó la atribución que hacen los terapeutas de los factores responsables de la cura, encontró que la investigación tiene poca repercusión en la práctica clínica ya que aún existen dudas del factor responsable de la efectividad, lo anterior da a entender que aún se mantiene la creencia de que son las técnicas y el enfoque elegidos los responsables del cambio. Por ello es importante también conocer la opinión de los terapeutas, para ver si la investigación está influyendo en la práctica y contrastar los resultados de este estudio con el de Romero.

De este modo, lo que esta investigación pretende ver es qué es lo que produce el cambio en terapia, cómo es que se produce y qué lo puede llegar a dificultar, lo anterior se hará realizando un análisis de las diversas percepciones tanto de terapeutas como de

pacientes que dan consulta y asisten a sesiones de terapia en la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI).

Cabe hacer mención de que la técnica a la que los terapeutas se encuentran adscritos es la cognitivo conductual, la cual como ya se ha mencionado ha demostrado, mediante la investigación de resultados su eficacia, por lo que en esta ocasión lo que nos interesa es analizar el proceso terapéutico.

Además, ya que el cambio terapéutico explicado por los factores comunes de los diferentes enfoques ha demostrado influir más que la técnica en sí, pretendemos evaluar cómo es que dichos factores influyen en el resultado.

Por lo tanto, el objetivo de la presente investigación es evaluar la eficacia de la terapia cognitivo – conductual según la percepción de los clientes y los terapeutas.

3. PSICOTERAPIA Y SUS PROPÓSITOS

3.1 La Psicología como ciencia.

La Psicología es una ciencia que se define por el estudio del comportamiento en todas sus manifestaciones y contextos. El comportamiento es lo que hace la gente y supone, por tanto, alguna acción, actividad o conducta. En este sentido, el comportamiento tiene una variedad de formas o manifestaciones que incluyen la actividad mental, la respuesta psicofisiológica, la reacción emocional y el decir y el hacer propiamente (Morris & Maisto, 2005).

Como ciencia, tal como dicen Becoña, Vázquez, Miguez, *et al.*, (2004), debe hacer uso del método científico, el cual es un camino de acceso a la comprensión de la realidad que consiste en dar razón sistemática, empírica y en lo posible experimental de los fenómenos.

Sus objetivos son describir, predecir, entender y tener cierto grado de control sobre la conducta y los procesos mentales lo cual implica el uso de herramientas tales como: la observación, la descripción y la investigación experimental para reunir información y posteriormente organizarla.

Estamos tratando con una ciencia compleja con muchas maneras de observar la mente y el comportamiento humano por lo cual cuenta con muchas maneras de aplicar los conocimientos obtenidos, una de esas formas es en Psicología Clínica, de la cual se hablará a continuación.

3.2 Psicología Clínica.

La Psicología Clínica tiene una doble vocación, por un lado constituir un conocimiento básico de carácter empírico y experimental buscando respuestas que aumenten el caudal total del conocimiento humano y por otro lado ofrecer un conocimiento aplicado utilizando estos descubrimientos en contextos clínicos reales para ayudar a los usuarios a solucionar sus problemas (Bandos, *et al.*, 2002 y Mustaca, 2004).

Por lo anterior es que los profesionales que ejercen en esta rama dividen su tiempo entre realizar investigación y atender a pacientes, así como la efectividad de diferentes tipos de psicoterapia y el diagnóstico, causa y tratamiento de los trastornos psicológicos (mentales, emocionales y conductuales).

Su tarea de investigación y aplicación es compleja y en Hernández (2009) se mencionan tres razones:

1. La variabilidad entre sujetos: Hay distintos tipos de pacientes, entonces dependiendo de sus experiencias, lo que esperen, su personalidad, su motivo de consulta etc., cada uno lo va a ver de distinto modo, a lo anterior se añade que algunos de estos factores pueden llegar a complicar la adherencia y precipitar el abandono.
2. Es difícil de cuantificar: Al trabajar con variables subjetivas como el sufrimiento y el dolor humano la psicoterapia resulta ser un campo apasionante pero difícilmente cuantificable mediante el método científico.
3. Es multidimensional: En este campo conviven diferentes epistemologías y enfoques teóricos, muchas veces con dificultades de comunicación entre ellos, cada uno con una visión distinta de los problemas humanos y su forma de abordarlos por lo que encontramos muchos tipos de terapia y técnicas.

Por las dificultades anteriores, no existen estudios que concluyan contundentemente cuáles son las variables que influyen en los resultados, por lo que se obstaculiza el establecer comunalidades y variables explicativas generalizables.

Por otro lado, en cuanto a la aplicación, la complejidad viene dada en el sentido de que, aunque es importante dar razón sistemática, empírica y experimental de los fenómenos psicológicos, el clínico no debe llegar a lo mencionado por Echeburúa, Corral & Salaberría (2010) y Sirvent (2009), que es pervertir el sentido último de la terapia atendiendo más al funcionamiento que al usuario y sus necesidades, aplicando las técnicas mecánicamente sin tomar en cuenta las diferencias individuales entre pacientes con un mismo diagnóstico, así como tampoco debe dar mayor importancia a la clasificación de los trastornos mentales llegando al punto de cosificar al usuario.

3.3 Tratamientos psicológicos.

Varios autores hacen referencia a la psicoterapia especificando de qué se trata así como también cuáles son sus objetivos principales.

Myers (2005) define a la psicoterapia como una interacción planificada que tiene una carga emocional y de confianza entre un curador calificado, aprobado socialmente y una persona que sufre, en esta, lo que el terapeuta va a intentar hacer es aumentar la sensibilidad, la franqueza, la responsabilidad personal y el sentido de propósito de sus pacientes.

Por otro lado Evans & Murdoft (1983) la definen como una relación confidencial entre terapeuta y paciente, que incluye la exploración de la vida de la persona, la creciente conciencia de esta de sus sentimientos y su respuesta a ellos y la comprensión de sus problemas. Dice también que se trata de poder hacer llegar al cliente a que realice las tareas acostumbradas y esperadas de la vida social, las cuales incluyen la atención de las personas a sí mismas, la capacidad de tomar decisiones, asumir responsabilidades y comunicarse con los demás de manera efectiva, con lo cual, en el mejor de los casos, la persona progresará en dirección de una mejor salud mental, se sentirá mejor con respecto a sí mismo y se relacionará de forma más adecuada con otros.

Este mismo autor añade que todos los tipos de psicoterapia tienen como meta ayudar a las personas a lograr un ajuste más satisfactorio y exitoso en la vida a través de la conversación con un terapeuta calificado. Sobre esto coincide Labrador, Vallejo, Matellanes, Echeburúa, Bados & Fernández (2002) cuando dicen que lo que el especialista busca es eliminar el sufrimiento de otra persona o enseñarle las habilidades adecuadas para hacer frente a los diversos problemas de la vida cotidiana y agrega que, entre otras cosas, requiere escuchar con atención al cliente y buscar los aspectos personales, sociales y familiares, etc., que son responsables del problema así como también informar al paciente sobre cómo puede resolver estos con ayuda de técnicas psicológicas.

Finalmente, Santibáñez, Román & Vinet (2009), mencionan que es a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano que se va a lograr promover el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud

física y psíquica, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar biopsicosocial de personas o grupos.

Así, de lo común de las definiciones anteriores vemos que la terapia clínica es una interacción entre terapeuta y paciente que, con ayuda de sus diversas técnicas, busca ayudar a eliminar el sufrimiento de los pacientes y que logren un ajuste más satisfactorio y exitoso en sus vidas. Para esto, requiere que el terapeuta escuche con atención al cliente para, mediante la exploración de su vida, encontrar las manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento así como los aspectos personales, sociales y familiares, etc., que son responsables del problema.

3. 4 Trastornos mentales o psicológicos.

Durante años los terapeutas han tratado de comprender, tratar e impedir los trastornos mentales o psicológicos.

Ahora bien, lo que dichos trastornos implican es que una persona no está funcionando de manera adecuada, además de que algunos se encuentran acompañados por un cambio en los procesos físicos de un individuo mientras que otros tantos parecen tener sus causas en la complejidad de la vida social, por ello es que muchos los interpretan como respuestas comprensibles a una sociedad perturbadora y estresante. (Evans & Murdoft, 1983).

Por lo anterior es que Myers (2005) se refiere a ellos con los términos “disfuncional y perjudicial”, lo cual significa que la conducta es atípica, molesta, inadaptada e injustificable. Pero, ¿En qué punto, de reacciones de conducta, puede ir un sentimiento, una idea o un acto para convertirse en la expresión de una perturbación emocional o mental? Evans & Murdoft (1983) responden a la pregunta afirmando que una guía eficaz es la del funcionamiento social, que se refiere a ver cuando una persona ya no puede (lo cual implica que antes si podía) realizar las tareas acostumbradas y esperadas de la vida social aunque así lo desee (lo cual significa que el deseo de librarse de ellas no es suficiente para lograrlo).

Entonces, complementando lo anterior, como bien dice Labrador, *et al.*, (2002), un tratamiento psicológico se va a aplicar cuando existe un problema que le dificulta o le impide a la persona vivir de la forma deseada o que produce malestar o sufrimiento, y es en este punto donde cabe diferenciar entre un problema natural o normal y una alteración clínicamente significativa, pues aunque son muchos los problemas a los que nos enfrentamos en nuestro día a día nos valemos de nosotros mismos y de otros para superarlos, sin embargo los trastornos psicológicos van a durar más de lo normal, son muy fuertes e incapacitantes en el quehacer diario y provocan un malestar considerable.

Continuando en esta línea, Evans & Murdoft (1983) comentan que la diferencia de la conducta normal viene dada en grado y no en clase. En cuanto a clase, vemos que los mismos medios de expresión que aparecen en la conducta normal aparecen en la anormal, es decir, las personas perturbadas usan el lenguaje, tienen sentimientos, crean pensamientos e inician acciones como cualquiera de nosotros, sin embargo van a diferir de las respuestas normales en el grado de intensidad de los sentimientos, duración, grado de relación con la realidad y que tanta comprensión se comparta con los demás.

Por último, cabe hacer un paréntesis sobre el hecho de que en la actualidad muchas de las consultas no se relacionan con trastornos mentales sino con situaciones de infelicidad, contando con un volumen de casi el 20%. Lo que se trata en estas terapias son problemas como duelos por la pérdida de un ser querido, conflictos o rupturas de pareja, dificultades de convivencia con hijos adolescentes, problemas de estrés laboral, dolor crónico, etc. (Echeburúa, 2008).

3.5 Justificación de la investigación.

Tal como comenta la OMS en su artículo sobre “Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias”, resulta importante el poder integrar las psicoterapias a los sistemas de atención de salud, cambiar las políticas, prácticas y los sistemas de prestación de servicios y asignar a las necesidades y preocupaciones en materia de salud mental el grado de prioridad necesario para reducir la carga de dichos trastornos.

Lo anterior cobra mayor importancia si vemos que a nivel mundial se estima una tasa de prevalencia de los trastornos mentales de entre el 12.2% y el 48.6% en adultos y además se les atribuye el 14% de la carga mundial de morbilidad medida en años de vida y ajustados en función de la discapacidad (AVAD).

Es por lo anterior que se está tratando de lograr que el área reciba la proporción justa de recursos ya que son insuficientes, se distribuyen desigualmente y se usan de modo ineficiente, lo cual hace que la gran mayoría de las personas afectadas por estos trastornos no reciban atención siendo menos del 25% los que reciben terapia (Bandos, *et al.*, 2002).

No obstante lo anterior, existe otro problema, el cual tiene que ver con las personas que si reciben el servicio, teniéndose datos poco alentadoras que den bases suficientes para decir que se está proporcionando un buen tratamiento, basta ver las siguientes cifras que se citan en Bandos, *et al.*, (2002); Hernández (2009), Puente (1985) y Rondón, Otálora & Salamanca (2009):

- De la población que busca terapia, entre el 25 y el 40% no aceptan el tratamiento propuesto o no se presentan a terapia.
- En la práctica clínica real entre el 65% y 80% de los pacientes abandonan la terapia antes de la décima sesión, de los cuales entre el 25% y el 33% dicen “por haber mejorado” o simplemente no aceptan el tratamiento, lo que los lleva a buscar tratamientos alternativos.
- El abandono se da principalmente en las primeras consultas siendo que 26.5% asistieron una vez, 10.6% dos veces, 8.8% tres veces, 51.3% menos de 5 veces, 24.9% tuvieron más de 10 contactos y 53.1% acudió al menos una vez a la quincena.
- Los usuarios acuden aproximadamente entre 2 y 3 meses, siendo que 54.5 % dejan de acudir en los primeros 3 meses, aumentando al 65.1% que lo abandonan a los 6 meses.
- La deserción es un problema común con una tendencia mundial en psiquiatría y clínica de entre el 25 y el 50%.
- En México hay un promedio de asistencia de 3 sesiones, lo cual resulta insuficiente para hacer un abordaje efectivo de la problemática psicológica.

Así, para las cuestiones anteriores, la investigación proporciona muchas posibilidades, siendo que resulta beneficiosa en varios aspectos de los cuales se hablará a continuación.

Primeramente, realizar estudios empíricos permite crear nuevas teorías, tecnologías y conceptualizaciones y/o mejorar las ya existentes, pues se posibilita encontrar datos nuevos y tener una mayor comprensión de la naturaleza de la conducta y de los trastornos. También ayuda a delimitar cual terapia es eficaz y cuáles son sus componentes activos, permitiendo el desarrollo de técnicas y tratamientos suficientemente validados y evaluados empíricamente (Echeburúa & Corral, 2001; Echeburúa, 2008; Labrador, *et al.*, 2002; Londoño & Valencia, 2005; Mustaca, 2004 y Vera-Villaruel, 2004).

Del mismo modo mencionan que de la mano con tener un tratamiento eficaz están los mejores resultados en terapia pues se obtiene un conocimiento más amplio y detallado de los efectos de las terapias sobre problemas del usuario, con lo que se puede dar información a los terapeutas para que sepan cómo intervenir con los pacientes las diferentes cuestiones facilitando la labor del clínico y mejorando su práctica terapéutica.

También se consigue que los profesores orienten mejor a sus alumnos con las terapias que son útiles además hace posible alcanzar un mejor entrenamiento y actualización de los psicólogos encargados de dicha labor. Con lo anterior se disminuye la posibilidad de cometer errores en el diagnóstico y tratamiento, obteniendo un mejor pronóstico y evolución del trastorno y reduciendo los abandonos, lo cual trae como consecuencia una mayor confianza y demanda por parte de los usuarios (Bandos, *et al.*, 2002; Echeburúa, *et al.*, 2010 y García, 2004).

Además, la calidad en la atención va a repercutir en el coste sanitario, ahorrándole al centro gastos de dinero, tiempo y recursos pues se disminuye el número innecesario de visitas ya sea porque se prolongó el tratamiento, el paciente tuvo recaídas o por remisión (Echeburúa, & Corral, 2001; Ginarte, 2001; Hernández, 2009 y Libertad, 2006).

Del mismo modo, se hace posible dedicar recursos únicamente a terapias que se sabe son útiles, pues no es razonable mantener, especialmente en centros públicos, terapias que no han mostrado ser eficaces más allá de un efecto placebo o efectos inespecíficos de

cualquier terapia, además las compañías aseguradoras podrán financiar los tratamientos que se sabe que sirven y jurídicamente se ayudará a resolver problemas relacionados con la práctica inadecuada, pudiendo definir operativamente el concepto de mala praxis (Echeburúa, 2008; Echeburúa, *et al.*, 2010; García, 2004; Labrador, *et al.*, 2002; Londoño & Valencia, 2005 y Puente, 1985).

Con lo mencionado, estos mismos autores mencionan que los tratamientos se podrán hacer extensibles a la mayor parte de la población, además los clientes tendrán información clara pues sabrán qué tipo de ayuda buscar frente a su problema.

Lo anterior adquiere significancia si tomamos en cuenta que una mala salud mental va a suponer una traba en la capacidad de aprender y ocuparse de forma productiva de la propia economía, en cambio sí es buena, los beneficios se expresan en diversas esferas de la vida del paciente, como son su calidad de vida, su salud física, el bienestar personal, las relaciones sociales y familiares, el rendimiento laboral e incluso en el éxito en las contribuciones a la sociedad, por lo cual se le considera necesaria para el crecimiento económico y la reducción de pobreza en sociedades y países, así lo comenta el artículo de la OMS así como Bueno, Córdoba, Escolar & Carmona (2000); Ginarte (2001); Hernández (2009) y Libertad (2006).

Por otro lado, Puente (1985) dice que los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias se vinculan de manera compleja con muchas otras afecciones, siendo que estos trastornos a menudo actúan como factores de riesgo para enfermedades no transmisibles (por ejemplo, enfermedades cardiovasculares y cáncer), enfermedades transmisibles (por ejemplo, infección por el VIH/sida y tuberculosis), problemas de la salud sexual y reproductiva de las madres (por ejemplo, mayor morbilidad ginecológica, violencia sexual, depresión materna y desarrollo infantil) y lesiones (por ejemplo, violencia y accidentes de tránsito).

Incluso, puede ser que los tratamientos considerados eficaces aumenten los efectos para otras modalidades de intervención ayudando a los pacientes a cumplirlos o simplemente complementándolos para obtener mejores resultados. Por ejemplo, se ha observado que el uso de los servicios médicos disminuyó después de usar un tratamiento

psicológico, también aumentó los años de vida de pacientes con cáncer y redujo la posibilidad de sufrir un ataque al corazón en pacientes con infarto previo. Además ha mostrado un impacto beneficioso en variedad de costes médicos y laborales cuando se emplea en el tratamiento de los trastornos psiquiátricos más severos como esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno de personalidad límite. (Bandos, *et al.*, 2002).

Finalmente, tratar con el dolor de las personas trasciende la mera evaluación o determinación de una estrategia metodológica para llegar a ser un problema de responsabilidad social y ético de los terapeutas y la disciplina frente a los usuarios quienes se merecen tener la garantía de que sus problemas se van a solucionar y además que esto se va a hacer con nuestros mejores conocimientos, no es ético usar un tratamiento que no ha estado probado ni sustentado por evidencia científica, es básico saber si lo que se hace funciona o no, porque si no se conocen los efectos de las intervenciones clínicas se corre el riesgo de estar perdiendo el tiempo tanto de terapeutas como de pacientes (Labrador, *et al.*, 2002; Londoño & Valencia, 2005 y Sirvent, 2009).

4. ANTECEDENTES

4.1 Estudios de la efectividad.

Muchos son los cambios que se han dado en las últimas décadas con respecto a la forma en que se realizan investigaciones en psicología clínica, siendo que la preocupación hacia las terapias efectivas no es ajena a dichos cambios.

Para hacer dicho recuento de los antecedentes respecto a cómo se ha venido estudiando la efectividad, cabe citar algunos de los hechos que a mi consideración serían los más trascendentes.

Es en los años 50's que empiezan a aparecer técnicas terapéuticas validadas empíricamente y fundamentadas en el conocimiento de los principios de la conducta, creciendo el interés por conocer la eficacia y ver la forma en que los métodos terapéuticos afectan al paciente (Londoño & Valencia, 2005 y Mustaca, 2004).

De hecho fue en 1952 cuando Eysenck publicó su artículo controvertido sobre la ineficacia de los tratamientos psicológicos en el cual afirmó que los índices de mejoría de la terapia eran menores a la no terapia. Este hecho fue el que posiblemente marcó el camino hacia la proliferación de investigaciones de tratamientos eficaces y efectivos estudiándose en distintos procedimientos terapéuticos, así también inicia el estudio de qué enfoque o técnica es la que da mejor resultado más allá del mero paso del tiempo (Hernández, 2009 y Winkler, Cáceres, Fernández & Sambueza, 1989).

Ya para los 80's los estudios muestran que un tratamiento es más eficaz que él no tratamiento (recuperación espontánea) o el placebo, así la persona tratada promedio se halla mejor que el 66- 73% de las personas no tratadas (Bandos, *et al.*, 2002).

En fechas más recientes (1993), la división 12 de Psicología Clínica de la Asociación Psicológica Americana (APA) formó un grupo de trabajo para la promoción y difusión de procedimientos psicológicos, en el cual se trataba de encontrar cuáles son los tratamientos que tiene apoyo empírico, usando como características para establecer la excelencia de los métodos: (1) Que sean eficaces (validez interna y externa) y (2) su aplicabilidad y factibilidad (Mustaca, 2004).

En la actualidad podemos observar que nuestro propio código deontológico profesional nos exige aplicar tratamientos cuya eficacia se encuentre garantizada, lo anterior lo vemos cuando se menciona que: “sin prejuicio de la legítima diversidad de teorías, escuelas y métodos, la psicología no utilizará medios o procedimientos que no se hallen suficientemente contrastados, dentro de los límites del conocimiento científico vigente” (García, 2004, p. 5).

4.2 Líneas de investigación sobre el cambio terapéutico.

Tal como mencionan Krause, De la Parra, Aristegui, Dagnino, Tomic, Valdés, *et al.*, (2006), es a partir de la “paradoja de equivalencia”, la cual decía que la ayuda profesional parecía tener un efecto homogéneo, que se empezó a investigar la efectividad pero bajo tres líneas principales, el estudio del proceso terapéutico, el estudio de las variables inespecíficas y los estudios que relacionan tipos de tratamiento con tipos de problema. A continuación se detallan más estas tres líneas de investigación:

4.2.1 Estudio del proceso terapéutico.

Sobre esta línea de investigación, el cambio se dio pasando del estudio de los resultados hasta llegar al estudio de los procesos que es en lo que el presente estudio se centra.

Así vemos que en la antigüedad el interés iba aunado hacia dar una justificación científica, pretendiéndose demostrar si el paciente mejoró significativamente en el sentido estadístico entre el comienzo y final de la terapia y preocupándose más por los resultados que ver por el paciente (Hernández, 2009).

Cano (2002) añade que es a partir de los 80's cuando se da un giro conceptual y metodológico viéndose que, aunque la investigación de resultados da evidencia de la eficacia, no explica cómo es que ocurren los cambios, lo que dio paso a la investigación de procesos en donde se estudia “cómo funciona la psicoterapia” y “qué funciona con quién”, para así poder dar una explicación de los mecanismos que propician el cambio, se trata nuevamente de comprobar la eficacia pero esta vez descubriendo las piezas del rompecabezas, es decir ver cuáles son las variables que intervienen en terapia, lo

complicado es que dependiendo de cómo se coloquen las piezas y su combinación se pueden obtener diferentes resultados.

4.2.2 Estudio de los factores de cambio inespecífico.

Este tipo de estudios también han tenido su evolución, pues se ha visto la mayor importancia que tienen los factores de cambio inespecífico, en comparación de los factores de cambio específico.

Así Winkler, *et al.*, (1989) dice que es en los años 70's se estudia la efectividad diferencial de las técnicas psicoterapéuticas, es decir el efecto de las variables específicas de cada método terapéutico refiriéndose a los aspectos técnicos del enfoque que predomina.

Pero es para 1978 cuando se empieza a ver que las variables específicas no permiten una comprensión del cambio, por lo cual deciden enfocarse a variables del proceso que ya no involucran aspectos técnicos de cada enfoque.

Ya para los 80's se plantea una nueva línea de investigación, la de las variables inespecíficas, las cuales, dicen Santibáñez, Román, Chenevard, Espinoza, Iribarra & Müller (2008), se refieren a los aspectos terapéuticos o extra terapéuticos (del paciente, del terapeuta y de la relación) comunes a cualquier procedimiento e independientes de las técnicas y teorías y son las que se tratan en el presente estudio.

4.2.3 Estudios que relacionan tipos de tratamiento con tipos de problema.

Son Bandos, *et al.*, (2002); Echeburúa & Corral (2001); Labrador, *et al.*, (2002) y Londoño & Valencia (2005) quienes en sus investigaciones tratan el tema, comentan que es a partir de los 90's que se intenta demostrar la existencia de intervenciones benéficas para cada desorden emocional y conductual. Después surge la controversia sobre si los distintos tratamientos son o no igualmente eficaces hasta llegar a la actualidad, donde lo que ahora interesa ver ya no solo es que es eficaz para un determinado trastorno, si no también que es mejor que otros.

Y es que según Myers (2005), decir "en promedio" no es referirse a una terapia en particular, de hecho es como decir a pacientes con cáncer de pulmón que "en promedio" el

tratamiento médico de los problemas de salud es efectivo, cuando de hecho, lo que la gente quiere saber no es cuán eficaz es una terapia en general, si no cuál es la eficacia de los tratamientos específicos para sus problemas concretos.

Entonces, así como los médicos ofrecen tratamientos concretos para problemas médicos específicos, también los psicoterapeutas están ofreciendo tratamientos concretos para problemas psicológicos específicos.

5. DIFERENCIA ENTRE EFICACIA Y EFECTIVIDAD

Varios son los estudios que hablan acerca de la importancia que tiene la eficacia y la efectividad en las investigaciones científicas, pero ¿A qué se refiere cada uno de ellos?, ¿Hacen referencia a lo mismo?, y si no ¿Cuál es la diferencia que hay entre ambos términos? para dar respuesta a estas preguntas, a continuación se dará una visión general de lo que cada uno se refiere.

5.1 Eficacia.

Algunos profesionales se basan en su experiencia para afirmar que sus tratamientos funcionan, sin embargo, la experiencia no sometida a prueba es engañosa, por lo cual los investigadores deben disponer de las condiciones más óptimas posibles y el máximo control de todo tipo de variables extrañas así como utilizar diseños experimentales controlados que maximicen la validez de las conclusiones.

Por ello, los tratamientos psicológicos deben pasar por pruebas y controles científicos que les permitan adquirir validez interna, esto es determinar el alcance terapéutico de un programa de intervención viendo si los cambios en la Variable Dependiente, que vendría siendo el cambio beneficioso en el paciente, son debidos al tratamiento, el cual sería la Variable Independiente, y no a otras circunstancias ajenas a la terapia como el paso del tiempo, usar otro tratamiento o la remisión espontanea (Bandos, *et al.*, 2002; Echeburúa, *et al.*, 2010; Labrador, *et al.*, 2002; Mustaca, 2004 y Vera-Villarroel, 2004).

Ahora bien, continuando con estos autores, para poder detectar más fácil dichos cambios, descartar cualquier explicación alternativa y maximizar la validez de las conclusiones, las investigaciones deben realizarse bajo un riguroso control experimental, en las condiciones más óptimas posibles, con el máximo control de variables extrañas y con buenos diseños experimentales de grupo o caso único. También los resultados deben estar contrastados por al menos dos grupos independientes, además de estar bien descritos, con muestras bien especificadas para poder replicar el estudio y ser superiores al no tratamiento, al tratamiento placebo y alternativo y/o a uno que ya probó su eficacia.

Entonces, estudiar la eficacia ¿Qué significa?, según Labrador, *et al.*, (2002), significa ver qué síntomas mejoran y en qué medida, cuánto tarda en aparecer la mejora, el grado en qué se mantiene, los cambios en el funcionamiento social, laboral y calidad de vida, las características del terapeuta y del paciente, el porcentaje de personas no acepta el tratamiento y/o lo abandonan una vez iniciado, etc.

Para una visión más clara de lo anterior es plausible citar a Echeburúa & Corral (2001), quienes dan de manera resumida varios puntos que nos indican que es lo que tenemos que preguntarnos en un tratamiento para determinar que este resulta eficaz:

- La Especificidad/ ¿Qué síntomas?
- La Intensidad/ ¿Cuánto?
- El Plazo/ ¿Cuánto tarda en comenzar mejoría?
- La Duración a corto plazo/ ¿Dura el efecto terapéutico mientras el tratamiento se mantiene?
- La Duración a largo plazo/ ¿Continúa el efecto tras la interrupción del tratamiento?
- Los Costes/Rechazos, efectos secundarios, abandonos.
- Las Interacciones/ ¿Con otros tratamientos?
- El Balance/Ventajas e inconvenientes en relación a otros.

5.2 Efectividad.

Primeramente hay que mencionar que eficaz no es sinónimo de efectividad, pues no siempre un tratamiento eficaz en un ensayo clínico resulta efectivo en la práctica clínica habitual (Bandos, *et al.*, 2002 y Echeburúa, 2008).

Es así que, para que un tratamiento eficaz se convierte en efectivo debe presentar validez externa, es decir mostrarse clínicamente útil, lo cual significa que los resultados se puedan generalizar de la investigación a situaciones clínicas reales, que el tratamiento sea viable y que exista una buena relación coste-beneficio.

Con referencia a lo que se refieren estos términos nos hablan Bandos, *et al.*, (2002), Echeburúa & Corral (2001) y Echeburúa, *et al.*, (2010), quienes dicen que:

-
- Existe generalizabilidad si los tratamientos y sus beneficios en las condiciones ideales se dan también en condiciones reales con todo tipo de pacientes y profesionales.
 - Que sea viable quiere decir que pueden llevarse a cabo, siendo aceptada por el paciente en cuanto al coste, malestar, duración, efectos secundarios, etc., además de existir probabilidad de cumplimiento y facilidad de difusión y aceptación entre los profesionales.
 - Que sea eficiente se refiere a la capacidad para lograr los máximos beneficios con los recursos disponibles, lo cual tiene que ver con la relación coste-beneficio, sin embargo hay que aclarar que no se trata de una mera reducción de los gastos para abaratar los servicios en detrimento de la calidad, sino que hace referencia al logro de los objetivos con el menor coste (dinero, tiempo, sufrimiento del paciente), determinando que los resultados justifiquen la inversión a nivel terapéutico (inversión/coste), sanitario (ahorro de tiempo y tratamientos ulteriores), social (menos ausentismo laboral, menor empleo de recursos sociales y humanos, prevención de problemas en otros miembros de familia o en la comunidad) y personal (sufrimiento del paciente).

6. CRITERIOS QUE DETERMINAN LA EFECTIVIDAD O EL ÉXITO TERAPÉUTICO

Se va a hacer referencia hacia qué es lo que produce el cambio, como es que se logra producirlo así como que es lo que lo dificulta y llega a provocar el abandono.

6.1 El cambio en terapia.

Según Ramallo (1981), la terapia puede verse progresada en tres fases, que parten de la auto-observación en la que el paciente se convierte en un observador de sus propias conductas con lo cual llega a ser consciente de algunos datos de los cuales anteriormente no se había percatado. Posteriormente va a pasar a la fase dos, donde se desarrollan pensamientos y conductas incompatibles con las manifestaciones del problema por lo que es preciso continuar con una re conceptualización de los problemas del usuario o paciente para finalmente, en la tercera fase, consolidar los cambios efectuados y crear una base para mantenerlos.

Pero ¿cómo hacen las terapias para pasar por estas tres fases facilitando cambios en los problemas por los que la gente se presenta?, según Santibáñez, *et al.*, (2009) lo hace enviándole información al cliente mediante cuatro formas de intervención:

1. Enseñando nuevas formas de comportamiento.
2. Animando a vivir nuevas experiencias e incrementando las oportunidades para verificar los cambios y los logros en la práctica.
3. Permitiendo sentir cosas nuevas.
4. Facilitando la respuesta emocional y aumentando las sensaciones de dominio y auto eficacia.

Así mismo, dicho autor habla de que en todos los métodos terapéuticos es posible encontrar 3 agentes que van a propiciar el cambio en la sesión, los cuales son:

1. *Vivencia afectiva*: Se trata de llevar al cliente a un estado considerado preparación para el cambio. Londoño & Valencia (2005) añade que para lograr esto es importante que acepte su problema y que necesita ayuda, por lo que a veces resulta necesario invertir algunas sesiones para explicar la

importancia del cambio, saber cuáles son los aspectos que quiere modificar, los costos del cambio y que se convenza de que es posible.

2. *Dominio cognitivo*: Es cuando se transmiten nuevos patrones de percepción y pensamiento que repercuten en la auto percepción y la comprensión, transformando la conceptualización de los propios problemas y síntomas así como llegar al cuestionamiento de los modelos explicativos personales.
3. *Regulación conductual*: A través de las nuevas conductas aprendidas y las experiencias positivas que de éstas resultan, se da una mayor disposición y capacidad de resolver el problema lo cual refuerza el cambio. Londoño & Valencia (2005) complementa lo anterior afirmando que para que se faciliten los procesos de cambio dirigidos a aumentar la percepción de bienestar y satisfacción de las necesidades emocionales y comportamentales, es importante que el paciente se percate de que está teniendo logros.

Por otro lado, cuando nos preguntamos ¿Qué es lo que cambia?, un estudio de Krause, *et al.*, (2006) encontró que es posible establecer y/o identificar en forma empírica indicadores de cambio y los que se hallaron fueron los siguientes:

1. Aceptación de la existencia de un problema.
2. Aceptación de los propios límites y reconocimiento de necesidad de ayuda.
3. Aceptación del terapeuta como profesional competente.
4. Expresión de esperanza (expectativa de ser ayudado o superar problema).
5. Descongelamiento (cuestionamiento) de formas de entendimiento, comportamiento y emociones habituales (fisura). Puede implicar reconocer problemas antes no vistos, autocrítica y/o redefinición de expectativas y metas.
6. Expresión de necesidad de cambio.
7. Reconocimiento de la propia participación en los problemas.
8. Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo.
9. Manifestación de un comportamiento o de una emoción nuevo/a.
10. Aparición de sentimientos de competencia.

11. Establecimiento de nuevas conexiones entre: aspectos: propios (creencias, conductas, emociones)/ propios y del entorno (personas o sucesos)/ propios y elementos biográficos.
12. Re conceptualización de los propios problemas y/o síntomas.
13. Transformación de valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros.
14. Formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo a través de la interconexión de aspectos personales y del entorno, incluyendo problemas y síntomas.
15. Enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía.
16. Autonomía en cuanto al manejo propio del contexto de significado psicológico.
17. Reconocimiento de la ayuda recibida.
18. Disminución de la asimetría entre P y T.
19. Construcción de una teoría subjetiva, biográficamente fundada, sobre sí mismo y la relación con el entorno (indicador global).

Lo que los autores del estudio encontraron es que estos indicadores muestran los cambios ocurridos en cuanto a contenidos y evolución.

- *Contenido:* se refiere a cambios en la parte subjetiva (representación de sí y relaciones con entorno), encontrándose que en fases finales, los pacientes muestran más autonomía, más sentimientos de competencia y habilidad para el manejo de los propios problemas.
- *Evolución:* que refiere a una secuencia de cambios sucesivos donde los cambios posteriores se basan en los anteriores y los engloban, observándose que las terapias evolucionan de indicadores de menor jerarquía a indicadores jerárquicamente superiores, lo cual confirma la evolución del proceso de cambio subjetivo, esto se vio reflejado en el hecho de que en las primeras sesiones se observan mayormente los indicadores 1 y 2 y en las últimas sesiones el 13, 14 y 15.

Finalmente, mencionan que hacia el final de la terapia en pacientes más antiguos aumentaron los indicadores extra-sesión, siendo que al principio había solamente intra

sesión lo cual mantiene relación con la autonomía relativa del paciente o la progresiva internalización que el paciente hace del terapeuta y las técnicas.

Así que, según estos autores, ¿Qué cambia cuando se cambia? la teoría narrativa o subjetiva interna que se construye progresivamente a medida que se van ensamblando los nuevos significados visibles a observar a través de los indicadores de cambio descritos.

Además, Miller & Bargmann (2000), dicen que si encontramos cambios en el nivel de angustia, en el funcionamiento de las relaciones interpersonales y el rendimiento en el trabajo, la escuela, o la configuración fuera de la casa, entonces tenemos fuertes predictores de trabajo terapéutico exitoso.

6.2 Factores que propician el cambio.

El cambio en psicoterapia es un proceso complejo en el que intervienen diversos factores, por lo cual necesitamos de esquemas conceptuales que nos guíen respecto a cómo se dio y como producirlo terapéuticamente, para ello un primer paso lógico es identificar dichos factores que contribuyen tanto a que los pacientes se adhieran al proceso, así como al éxito y al fracaso terapéutico (Botella & Corbella, 2006; Cano, 2002; Hernández, 2009 y Puente, 1985).

Ahora bien lo que se ha encontrado es que los factores específicos llegan a explicar el 15% del cambio mientras que los factores inespecíficos el 45% (Santibáñez, *et al.*, 2008), lo cual también menciona Cano (2002) cuando afirma que el cambio terapéutico explicado por los factores comunes de los diferentes enfoques ha demostrado influir más que la técnica en sí.

Acerca de los factores inespecíficos, es posible estudiar cada componente por separado para ver sus efectos en la problemática, pudiendo ser que se encuentren en interacción dos o más de estas variables, por lo que es interesante estudiar cómo se relacionan y cómo actúan en combinación pues puede ser que uno por sí solo no produzca cambios pero que en combinación sea más intenso (Londoño & Valencia, 2005).

Además de que se ha encontrado la siguiente situación: la variable A tiene efectos positivos en conjunto con una variable B, pero cuando a la misma variable B se le estudia

junto con una variable C, puede ocurrir que el efecto sea diferente. Un ejemplo de lo anterior podemos encontrarlo en un meta análisis de Sánchez, *et al.*, (1999) en el cual se encontró que los efectos diferenciales con respecto a la mayor eficacia de ciertas variables fueron debidos a las características del problema que presentaban la mayor parte de los sujetos de los estudios, siendo que la mayoría presentaban problemas de adicción al tabaco, razón por la que los autores creen que en el caso de la técnica destacaron las habilidades de afrontamiento y las técnicas de autocontrol. En el caso de la duración, los tratamientos largos que intensifican las sesiones fueron perjudiciales y en el modo de entrenamiento destacó el individual pues se afirma que en sujetos con este tipo de problemas se sienten más motivado para el cambio si el tratamiento es adaptado a sus necesidades junto a que sean más reforzados por su terapeuta. Finalmente hubo más eficacia en varones con nivel educativo alto, este último punto se debió quizá a que este tipo de terapias requieren personas con un desarrollo cognitivo medianamente alto.

Volviendo a las variables inespecíficas, la forma más usual de clasificarlas es la que se muestra a continuación (Botella & Corbella, 2003; Hernández, 2009 y Krause, *et al.*, 2006).

- *Variables del Cliente:* se les atribuye el 40% del cambio.
- *Variables del Terapeuta y del tratamiento:* se les atribuye a cada una el 15% del cambio.
- *Variables de la Relación:* se les atribuye el 30% del cambio.
- *Otras variables:* las cuales tendrían que ver con la asistencia sanitaria, la familia, la sociedad y el entorno y no se les toma en cuenta en el cambio.

Antes de abordarlas con mayor detalle, es importante tener en cuenta que no se han encontrado resultados concluyentes de cómo estos factores influyen en la terapia. Así mismo, como ya se mencionó, algunas de las variables que se van a abordar si bien son necesarias no por ello resultan ser suficientes para producir el cambio.

6.2.1 Variables del cliente.

Son los factores que se dice tienen mayor peso, pues es el cliente quien decide en última instancia si se queda o abandona así como si realiza o no las tareas, por lo que es

importante conocerlo adecuadamente para determinar el mejor tratamiento (Alcázar, 2007 y Winkler, *et al.*, 1989).

Entre las variables que más se han abordado podemos encontrar las socio demográficas, el diagnóstico clínico, las creencias y expectativas y la disposición personal.

Variables socio demográficas.

Entre las más estudiadas están el género, la edad, el estado civil, el nivel educativo, y socioeconómico y la etnia.

En un estudio de Iraurgi (1998) se encontraron diferencias en la expresión de los trastornos dependiendo del sexo, así las mujeres presentan más trastornos de tipo emocional (neurosis) y/o psicosocial/ (sin diagnóstico), mientras que los hombres muestran trastornos de tipo adictivos, toxicológicos y /o conductuales. Myers (2005) igualmente habla de que las mujeres normalmente presentan depresión mientras que los hombres presentan problemas por el abuso de sustancias.

Continuando con Iraurgi, menciona que los hombres prefieren un acercamiento directivo a uno de orientación contextual y emocional. Por otro lado al comparar a hombres y mujeres así como los que habían y no habían tenido un tratamiento previo, se encontró que el porcentaje de abandonos fue equivalente. Sobre el nivel educativo dice que los que tienen un mayor nivel tienden a tomar un rol más activo. También se vio que a mayor edad y con un mayor número de visitas existe menor riesgo de abandono y que los jóvenes tienen expectativas más positivas.

Volviendo con Myers (2005) menciona que dependiendo de la edad se ha encontrado cierta prevalencia, por ejemplo, aquellos que sufren algún trastorno psicológico lo padecen en la edad adulta temprana (24 años), mientras que los síntomas del trastorno antisocial de la personalidad y las fobias aparecen más temprano, esto es en edades promedio de entre los 8 y los 10 años aproximadamente. Por otro lado, los síntomas del abuso del alcohol, del trastorno obsesivo-compulsivo y de la esquizofrenia aparecen en una edad media de 20 años y la depresión mayor suele aparecer más tarde, alrededor de los 25 años.

Finalmente este mismo autor habla del nivel socioeconómico, cuestionándose sobre si la pobreza produce los trastornos o son los trastornos los causantes de la pobreza, respondiendo afirmativamente a ambas pues menciona que la esquizofrenia lleva comprensiblemente a la pobreza y factores como el estrés mientras que la desmoralización, que la pobreza origina, puede precipitar los trastornos.

Sin embargo, otros autores (Moreno, Rozo & Cantor, 2012 y Rondón, *et al.*, 2009) dicen no haber encontrado claridad sobre la influencia de estas variables.

Diagnóstico clínico.

- ***Características de la personalidad***

Las características que se relacionan positivamente con el resultado son la inteligencia, el optimismo, la habilidad de producir asociaciones, la flexibilidad, la variedad de intereses, la sensibilidad al ambiente, la profundidad de sentimientos, el nivel de energía, la fuerza y el grado de integración del yo, el monto de estrés y la productividad verbal (Winkler, *et al.*, 1989).

Otra característica que ha mostrado tener relación es el *locus* de control en el cual los pacientes, en caso de ser interno, (el individuo cree que los eventos que ocurren en su vida son el resultado de sus propias iniciativas), se benefician con tratamientos que les proveen de mayor control y les ayudan a cambiar creencias y actitudes por lo que obtienen mayor beneficio con terapias no directivas donde se favorece el insight y si es externo, (los usuarios proyectan sus conflictos y muestran dificultades para hacer frente al medio ambiente), se benefician más con terapias conductuales las cuales son más directivas y su foco del tratamiento son los determinantes externos (Ginarte, 2001; Santibáñez, *et al.*, 2008 y Urzúa, Arbach, Lourido & Mas, 2010).

Continuando con Winkler, *et al.*, (1989), él nos habla del estilo defensivo siendo que si es externalizador (hay proyección de conflictos) y con un potencial de reactancia bajo (se tiene dificultad para hacer frente a la presión ambiental cediendo ante ella) habrá mayor beneficio con terapias conductuales, en cambio si es interno y con un nivel de reactancia alto habrá resultados más favorecedores con terapias que favorecen el insight.

- ***Complejidad o severidad de los síntomas***

Si el problema es mono sintomático hay mayor beneficio con las terapias conductuales y en los casos de multisintomatología, los cuales suelen ser pacientes psiquiátricos, estos se beneficiarían con una terapia que favorezca el insight (Santibáñez, *et al.*, 2008).

- ***Tipo de perturbación***

Se refiere a las características del problema por el que se acude, siendo que los casos de pacientes con perturbaciones afectivas y conductuales leves tienen mayor mejoría, contrario a casos graves, como el caso de pacientes con altos niveles de paranoia y esquizofrenia en los que el índice de mejoría es escaso (Santibáñez, *et al.*, 2008 y Winkler, *et al.*, 1989).

Cabe añadir, que a mayor gravedad del problema y menor autocontrol por parte del paciente resulta conveniente ser más directivo. Por ejemplo en pacientes suicidas lo primordial es mantener su vida aunque no encuentre razones, caso contrario al alcoholismo donde las actividades no directivas son de mayor ayuda (Urzúa, *et al.*, 2010).

Creencias y expectativas.

Al iniciarse la terapia las personas lo hacen con creencias y expectativas las cuales van a tener influencia con la terapia y sus resultados por lo que es importante saber que varían dependiendo de la severidad de los síntomas, experiencias previas, aceptación y comprensión del problema, información con que se cuente, etc. (Hernández, 2009).

Además Moreno, *et al.*, (2012) encontró que cumplir con las expectativas facilita la permanencia y por su parte Alcázar (2007) halló que tienen mayor influencia las expectativas que tienen que ver con el terapeuta, seguidas del proceso y finalmente las del resultado de la terapia.

Disposición personal.

El grado de involucramiento no parece diferir en función del tipo de terapia o de tratamiento si no que es una característica determinada por el paciente, es por esto que si se encuentran con disposición al tratamiento y al cambio se va a favorecer a los resultados (Santibáñez, *et al.*, 2008 y Winkler, *et al.*, 1989).

Una paradoja que se ha encontrado es que los pacientes que más se benefician con la terapia son los que están psicológicamente orientados, es decir, que tienen alta motivación, compromiso con el tratamiento y disposición al cambio, en cambio los pacientes con mayor necesidad y con menos recursos psicológicos son los que presentan escasos resultados.

Por su lado, Evans & Murdoft (1983), dicen que el principal recurso de la humanidad es el potencial humano, sin él resulta imposible desarrollar otros recursos, así que el desarrollo de un sentido de significado y de un sentimiento positivo de salud mental puede acrecentar las posibilidades de felicidad y garantizar que nuestro potencial humano no se desperdicie.

Finalmente, para concluir con las características del paciente, cabe mencionar otras causas de abandono mencionadas por Rondón, *et al.*, (2009) y Sirvent (2009), las cuales son: el usuario puede tener problemas para asistir por motivos laborales, académicos y económicos, descomposición familiar, dificultades por la distancia, bajo apoyo o ausencia de redes sociales, ausencia de seguro médico, cambio de ciudad, consejo de un terapeuta de otra corriente, hay tardanza en conseguir los objetivos, se considera que el beneficio que obtienen es poco, el tratamiento no está siendo eficaz o el motivo de consulta ya no preocupa.

6.2.2 Variables del terapeuta.

Sobre las características del clínico, este debe tener una adecuada preparación científica y habilidades profesionales, así como buenas bases teóricas, experiencia, conocimiento profesional, disposición para estar al día, motivación por la profesión y confianza en lo que hace (Echeburúa, *et al.*, 2010 y Libertad, 2006).

Sin embargo, otros autores mencionan que no actúa necesariamente mejor quien sabe más teoría o tiene más experiencia, de hecho no se han encontrado resultados concluyentes acerca de si el estatus (de plantilla y en formación) o la experiencia profesional tengan relación con el mejor resultado (Hernández, 2009).

Por otro lado en un estudio, Duncan, Miller & Hubble (2007) hablan del caso de un terapeuta que por prestarle demasiada atención a las técnicas no tomó en cuenta otros elementos con respecto a su paciente, por lo que manejan tres lecciones que se deben tomar en cuenta a la hora de estar en sesión, y son:

Lección 1: Que la terapia se maneje bajo el ritmo que vaya dictando el paciente y haciéndole a la idea de que el tratamiento va dando resultados bajo la forma que él creyó correcta.

Respecto a este punto, Hernández (2009); Porcel (2005) y Sirvent (2009), añaden que es importante que se tomen en cuenta las expectativas y objetivos del paciente, pero siempre viendo que sean precisos, concretos, claros y que se puedan lograr ya que si no son realistas al no ver que se cumplen se tendrá riesgo de abandono, en caso de que sean imposibles o confusos debe redefinirlos aclarando lo que puede conseguir y lo que no transmitiendo seguridad sin crear falsas expectativas.

Lección 2: Determinar claramente cómo los pacientes van respondiendo al tratamiento y a qué grado, esto puede conocerse mediante el acercamiento que se tenga entre ambos, siendo importante para el avances en la terapia.

Por esto resulta importante que el paciente se sienta cómodo, para lograrlo el terapeuta debe tener la capacidad de favorecer el clima facilitador del cambio el cual incluye calidez, seguridad, comprensión y confianza para así aumentar la fiabilidad en las respuestas, favorecer que se compartan dudas, ideas y experiencias y se pueda hablar abiertamente de si está funcionando o no la terapia.

Además debe direccionar correctamente la terapia haciendo un plan de trabajo que se ajuste al paciente, adecuándose a sus características y el contexto en que se desenvuelve, visualizando posibles obstáculos, informando como resolverlos y guiándolo en su ejecución.

Lección 3: Buscar, obtener y mantener el compromiso del cliente, ya que en ocasiones llegan a creer que a las dos sesiones la terapia no les está ayudando pues tal vez el terapeuta no se está enfocando en algo que quieren, también puede pasar que el usuario

tenga la sensación de que no es lo que necesita o simplemente no se sienten a gusto con el terapeuta. Es por lo anterior que es trascendente ayudarlo a comprender los beneficios así como mencionarle que es importante el compromiso de ambos y que la terapia es un proceso largo que requiere de su paciencia y participación.

En Hernández (2009) se complementa este punto diciendo que la información dada debe ser precisa, concreta, clara y adaptada al nivel cultural del paciente, además de que el terapeuta debe mostrar disponibilidad a dudas y asegurarse de que todo quedó comprendido.

Dejando atrás estas lecciones, Libertad (2006) dice que hay que fomentar la responsabilidad individual, ya que el propio sistema maneja un enfoque de trabajo paternalista que deprime el papel del individuo en su auto cuidado y le crea dependencia excesiva del servicio. Igualmente Urzúa, *et al.*, (2010) aconseja ser lo menos directivo que las condiciones lo permitan, ya que el objetivo es promover el aprendizaje de los recursos necesarios para alcanzar un funcionamiento autónomo y satisfactorio, por lo que conforme avance la terapia hay que dar más ánimos al paciente para que tome la iniciativa y se implique en las decisiones.

Por otro lado, otros puntos que maneja este último autor es que el terapeuta debe tener acierto de escoger bien los instrumentos de evaluación y las técnicas e implementarlos de forma competente, así como también ser capaz de hacer un análisis del paciente y encontrar que aspectos personales, sociales y familiares causan y mantienen el problema.

Así mismo, destaca el que sea experto en técnicas de entrevista y tenga habilidades interpersonales para así poder obtener mayor información, por ello es importante la escucha activa que implica el contacto visual y la ausencia de interrupciones verbales, así como la habilidad para hacer preguntas y que éstas sean las adecuadas, sólo así podrá darse cuenta de problemas que pudiera llegar a tener el paciente con la asistencia o el cumplimiento de alguna tarea pues tal vez está sea muy compleja, tenga un nivel de dificultad personal alto por tratar un tema complicado o requiera de la realización de muchos cambios en sus actividades habituales (Ginarte, 2001).

Por su parte Miller & Bargmann (2000), dicen que la evaluación formal y discutir la experiencia del cliente del proceso duplica la tasa de cambio confiable y clínicamente significativa y reduce las tasas de abandono. Lo anterior se observa en su estudio en donde la mitad de los terapeutas recibieron información acerca de cómo los usuarios percibían la relación terapéutica y el progreso en el tratamiento mientras que la otra mitad no recibieron ninguna información. En los casos donde el terapeuta recibió retroalimentación se experimentó el doble de la velocidad de cambio fiable y clínicamente significativo. Aún más asombroso, en el seguimiento, las parejas tratadas por terapeutas que no recibieron retroalimentación tenían casi el doble de la tasa de separación y el divorcio.

Y es que, de acuerdo con lo anterior, Santibáñez, *et al.*, (2009) dicen que los tests psicológicos pueden ser herramientas útiles para complementar la detección de cambios en los pacientes ya que estos tienen la ventaja de la estandarización y la disminución del sesgo siendo relevante su sensibilidad al cambio.

Libertad (2006) añade que hay que fomentar la responsabilidad individual, ya que el propio sistema maneja un enfoque de trabajo paternalista que deprime el papel del individuo en su auto cuidado y le crea una dependencia excesiva del servicio. Igualmente Urzúa, *et al.*, (2010) aconseja ser lo menos directivo que las condiciones lo permitan, ya que el objetivo es promover el aprendizaje de los recursos necesarios para alcanzar un funcionamiento autónomo y satisfactorio, por lo que conforme avance la terapia hay que dar más ánimos al paciente para que tome la iniciativa y se implique en las decisiones.

Respecto a lo anterior, existen 1400 medidas que actualmente están en uso para medir la efectividad de la psicoterapia, aquí cabe retomar las escalas particulares empleadas por Miller, *et al.*, (2006) para evaluar la relación y el progreso y son la Session Rating Scale (SRS [Miller, Duncan y Johnson, 2000]) y la Outcome Rating Scale, (ORS [Miller y Duncan, 2000]), en las cuáles lo más importante, tal vez, es la brevedad de las dos medidas que asegura que es factible su uso en la práctica clínica diaria pues ayudan a los terapeutas a identificar problemas en la alianza (es decir, malos entendidos, desacuerdos sobre las metas y los métodos) y por tanto prevenir el abandono, además ayuda a identificar la perspectiva del cliente sobre la terapia, es decir, si se habló de los temas que quería, si las

preguntas le hicieron algún sentido, si se le pregunto sobre cosas que este considerara importante, si las respuestas del terapeuta se sintieron adecuadas, etc.

Además, conviene tomar en cuenta a Santibáñez, *et al.*, (2008) en lo referente a que la mejor intervención para prevenir el abandono es la detección precoz, por ello hay que realizar evaluaciones frecuentes a pacientes con mayor riesgo de abandono aunque también se deben realizar en pacientes con menor riesgo aunque con una frecuencia menor, pues puede ocurrir que piense que un paciente está bien cuando realmente no es así.

Por otro lado, como características del terapeuta Rondón, *et al.*, (2009) incluye la presentación y la forma de vestir, características de prosodia y tono de voz, gesticulación facial, posiciones corporales, etc., así como también que sean agradables, cordiales, flexibles, pacientes, intuitivos, maduros, con sentido común, tacto, objetividad, creatividad e imaginación, además de tener características dadas por la escuela Rogeriana como asertividad, autenticidad, empatía, equilibrio, inteligencia emocional y que tenga interés genuino por las personas y su bienestar así como un compromiso ético.

También es importante que se muestren respetuosos con la vida de los pacientes, que puedan enfrentar conflictos y que tengan la capacidad y motivación para atender la experiencia emocional y afectiva de otros. Es también trascendente que se movilice las redes de apoyo del paciente ya sea en su entorno social inmediato o integrándolo a grupos de ayuda, además debe evaluar la cantidad y calidad de sus relaciones y apoyo sociales y la estabilidad en sus condiciones de vida. Además que se elogie en vez de criticar y juzgar, que no sean autoritarios ni rígidos así como que tampoco insistan en la auto exposición inmediata ni exijan actitudes de cambio o estimulen la agresividad por confrontación. Así también deben evitar culpabilizar al usuario si falla en la realización de una tarea, pues esto puede ser manifestación de su problema.

Finalmente, hay que tomar en cuenta que los valores y las creencias de los terapeutas influyen en su práctica, así que, sabiendo que los pacientes tienden a adoptar los valores de sus terapeutas, el autor no dice que se deberían dar a conocer sus valores de manera más abierta (Myers, 2005).

Tratamiento y Técnicas.

En cuanto a los tratamientos efectivos, estos son de corta duración (2 a 6 meses) y muestran mejoría en los usuarios tras las primeras citas, de hecho dependiendo del cuadro clínico se ha encontrado que alargar un tratamiento no aumenta su utilidad o eficacia, siendo que existe poca mejoría y más gasto con más de 24 sesiones, además de que los resultados se estabilizaran en algún momento. Aunque se han visto mejores resultados cuando la duración es mayor en los casos en que los problemas son muy graves y /o cuando son varios (Echeburúa & Corral, 2001 y Labrador, *et al.*, 2002).

Respecto a lo anteriormente comentado, según Santibáñez, *et al.*, (2008), el mayor número de deserciones se dan entre las sesiones 1 a 5 después de lo cual se exceden las expectativas respecto a la duración. Del mismo modo, Bandos, *et al.*, 2002, menciona que los pacientes esperan tratamientos que les ayuden a resolver problemas concretos y breves, 70% espera 10 sesiones o menos y un 50% espera 5 o menos, al contrario de los terapeutas que prefieren cambios en la personalidad y terapias más largas (20-50 sesiones).

Todo lo anterior ha llevado a adoptar terapias más cortas, específicas, con objetivos claros, centradas en la solución de problemas inmediatos y con enfoques terapéuticos que se basen en el aquí y el ahora.

Finalmente, para concluir con este punto Hernández (2009) comenta que si el paciente sabe en el inicio el número de sesiones y la fecha que va a terminar el tratamiento el abandono es la mitad que en ausencia de una delimitación específica de su duración.

Ahora bien, continuando con lo dicho por este último autor, en el caso de la técnica, esta debe tener por objetivo cambiar el síntoma, el tipo de interacción, lograr que se perciba el síntoma de otra forma y que el cliente se vea como recurso, competente y como agente de su propio cambio (Hernández, 2009).

Igualmente Evans & Murdoft (1983) comentan que las terapias deben conseguir el gozo por la vida, el entusiasmo que hace posible al cliente aprovechar sus capacidades al máximo y encontrar satisfacción, además deben ayudar a la persona a entenderse mejor a sí misma y a su mundo en una atmosfera de objetividad, libre de juicios y de la amenaza de

castigo y vergüenza, así mismo debe alentar a explorar y reorganizar actitudes y sentimientos de manera que puedan cambiar su conducta.

6.3.3 Variables de la relación.

Actualmente todas las corrientes le dan una importancia especial a la relación en la determinación de los cambios y es que esta explica el 30% de la mejoría del paciente (Botella & Corbella, 2003).

Si bien he realizado un análisis por separado de las variables del paciente y del terapeuta, en la realidad, tal como comenta Winkler, *et al.*, (1989), operan de un modo recíprocamente dependiente pudiendo solo ser comprendidas en función de la interacción por lo que está mal atribuir los resultados a un solo factor, siendo que, por ejemplo Santibáñez, *et al.*, (2009) dice que no solo depende de que el terapeuta tenga ciertas características sino que el paciente debe percibir las, esto es importante ya que como se señaló anteriormente, la valoración del consultante tiene más peso en la predicción del resultado final, por ello la importancia para los terapeutas de atender desde muy cerca la relación que desarrollan y evaluar regularmente su calidad.

Distinto de la sola existencia de una relación entre terapeuta y paciente está la alianza, la cual implica que ambos trabajen juntos y en armonía lo cual va a suponer acuerdo y colaboración por parte de ambos, y de hecho en este sentido, el vínculo, las tareas y las metas son las que definen su calidad y su fuerza (Santibáñez, *et al.*, 2009).

En la misma línea, se ha encontrado que explica entre el 36 y el 57% del resultado final contribuyendo a predecir el curso del tratamiento (Botella & Corbella, 2003), y es que cuando la puntuación de la alianza es baja se han encontrado más abandonos y aunque no es curativa en sí misma si resulta ser un componente esencial del proceso de cambio, ya que es un ingrediente que hace posible la aceptación y el seguimiento del trabajo terapéutico.

De hecho, en un estudio de Botella & Corbella (2011) se encontró que construir una buena alianza de trabajo puede llegar a correlacionar negativamente con el nivel de síntomas de los pacientes, también se observó la importancia que tienen las primeras sesiones para la construcción y consolidación de un vínculo seguro y productivo. Respecto a la tercera sesión, se encontró que la fuerza de la alianza era significativamente inferior en

los casos de abandono comparado con los que acaban sus tratamientos, además una reducción sintomática puede llevar a una mejor relación y por tanto un fortalecimiento de la alianza.

Del mismo modo, Santibáñez, *et al.*, (2009), evaluaron la efectividad de la terapia individual realizada por terapeutas noveles y su relación con la alianza terapéutica encontrándose una asociación entre ambas variables, siendo el vínculo la que tiene mayor relación seguido de las tareas y las metas. Por otro lado, sólo las metas relacionaron significativamente con los síntomas, así un acuerdo en los objetivos favorece el logro de resultados, lo cual se asocia a la disminución de síntomas o malestar subjetivo. Además vieron que los terapeutas noveles son capaces de establecer buenas alianzas y así favorecer el logro de resultados terapéuticos.

Botella & Corbella (2003), añaden que se trata de una entidad dinámica que evoluciona con los cambios de las demandas en las diferentes fases, identificando dos:

- **Tipo 1 (inicio):** el paciente tiene la sensación del apoyo y ayuda que le proporciona el terapeuta como contenedor, además de experimentar comodidad y advertirse acogidos lo cual tiene que ver con la aceptación o el vínculo positivo del que habla Burdin.
- **Tipo 2 (fases posteriores):** existe una sensación de trabajo conjunto hacia la superación de los impedimentos y el malestar, esta fase se relacionaría con el acuerdo en tareas y objetivos de Burdin.

Finalmente, tal como se menciona en Santibáñez, *et al.*, (2009), los planteamientos anteriores permiten vislumbrar que en el marco de una buena relación, las potencialidades del consultante pasarían a ser activadas, las cualidades del terapeuta pasarían a ser valoradas y el proceso de cambio se vería fortalecido.

6.2.4 Factores situacionales.

Se refieren a las características del ambiente y de las instituciones, teniendo como principal problema el hecho de que el sistema sanitario asume una postura protectora y paternalista con la responsabilidad total de que estemos sanos y resta responsabilidad a los propios pacientes (Hernández, 2009).

Otro de los problemas, que comentan Echeburúa, *et al.*, (2010), es a nivel de asistencia pública, ya que llega a existir una rémora en la aplicación efectiva de las terapias empíricamente validadas pues, por ejemplo, la saturación conlleva a listas de espera largas, intervalos largos entre citas, tiempos cortos de atención, costes sanitarios altos e incluso si la primera visita se hace en un tiempo corto para no engrosar la lista de espera, las siguientes se van espaciando más. Tiempos de espera largos incrementan la tasa de no asistencia, facilita la cronicidad del problema y el fenómeno de la puerta giratoria.

También se llegan a encontrar fallas en el proceso de derivación, entorpecimiento del proceso, mala recepción de datos y manejo de información y cambios frecuentes de terapeuta (Rondón, *et al.*, 2009).

Lo anterior lo podemos ver reflejado con el mismo autor, el cual afirma que las interrupciones, por causa del consultante o del centro, hicieron que en el paciente decayeran las ganas de asistir, además se observó que los pacientes que tienen alta urgencia empiezan a usar diversas estrategias como acudir con un amigo, la oración, el cambio de residencia o involucrarse en actividades sociales que hacen que la percepción de necesidad de ayuda terapéutica disminuya.

7. MÉTODO

Participantes.

Para la presente investigación se entrevistó a 12 terapeutas en la CUSI de la FES IZTACALA así como a sus respectivos pacientes.

Los terapeutas que participaron en el presente estudio eran estudiantes de la Carrera de Psicología que cursaban las prácticas profesionales supervisadas correspondientes al Séptimo semestre de la carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala adscritos al enfoque cognitivo-conductual.

La muestra de los pacientes de los que se tomaron las versiones para la realización de este estudio, estuvo constituida por los consultantes de la CUSI, es decir, los usuarios que se encontraban en tratamiento con estos mismos terapeutas. Cabe hacer mención de que en la muestra inicial se tenían 16 casos, sin embargo 4 de ellos abandonaron antes de poder realizar la primera entrevista, por lo cual fueron descartados de este estudio.

Sobre la periodicidad de las terapias, estas eran de 1 sesión a la semana con una duración de entre 1 hora y 1 hora $\frac{1}{2}$. Debido a que el servicio es brindado por estudiantes de la universidad, el periodo en que los pacientes son atendidos se corresponde con el calendario escolar de la UNAM, por lo anterior, si el paciente no era dado de alta al terminar el semestre, tendría que esperar hasta el siguiente para continuar con su proceso pero con otros terapeutas.

Por otro lado, el tipo de problemas que se atienden con mayor frecuencia en la CUSI son: problemas de estrés, depresión, conducta, relaciones de pareja, carencia de habilidades de asertividad y ayuda al afrontamiento ante enfermedades.

Además, cabe aquí hacer mención que el servicio se encuentra dirigido a la población universitaria así como a la comunidad vecina, por lo cual los pacientes normalmente son estudiantes, ex estudiantes y trabajadores de la universidad así como sus familiares y conocidos. Del mismo modo asisten personas que llevaron a sus hijos a alguno de los otros servicios psicológicos que se proporcionan o que conocen a alguien que lo tomó y se los recomendó así como personas que viven en las colonias aledañas.

Escenario.

Cubículos de la CUSI

Tipo de investigación.

Mixta (cualitativa-cuantitativa), descriptivo-correlacional

Diseño de investigación.

Ex post facto con tres fases: ABC

Variables.

Género, edad, escolaridad, ocupación, religión, estado civil, estructura familiar, motivo de consulta, tipo de terapia (individual, de pareja, familiar), atribuciones sobre qué ayudó al paciente y en qué para resolver el problema con respecto a 4 variables: terapeuta y sus técnicas, el paciente, la relación terapeuta-paciente y otras cosas, bienestar psicológico individual, familiar y social, porcentaje de cambios, duración de la terapia y motivo de abandono.

Materiales e Instrumentos.

Entrevista semi estructurada (Anexo 1) y grabadora de voz.

Procedimiento.

Momento 1: Se estableció un primer contacto con los maestros- asesores adscritos a la terapia cognitivo-conductual para que nos brindaran los datos de los terapeutas que se encontraban bajo su supervisión. Posteriormente se realizó un primer contacto con dichos terapeutas para brindarles información acerca del estudio, así como también nos firmaran el consentimiento (Anexo 2) de su participación en el estudio y brindaran sus datos para seguir en contacto con ellos y los horarios en que estarían dando su terapia. Después de esto, se acudió a la primer sesión de trabajo, en ésta se estableció el primer contacto con el paciente para brindarle información del estudio y de igual forma firmara el consentimiento en el que autorizaba su participación.

En todos los casos, tanto a los asesores como a los terapeutas y pacientes, se les informó de manera general los objetivos del estudio, del mismo modo se les explicó el procedimiento que se iba a seguir, haciendo hincapié en que se realizarían dos entrevistas, la primera al terminar la tercera sesión y la segunda al finalizar el proceso terapéutico, ya fuera porque el paciente hubiese sido dado de alta o que por alguna razón éste dejara de acudir repentinamente. Finalmente se solicitó la autorización para grabar las entrevistas con un dispositivo de audio.

Momento 2: Después de la tercera sesión se realizó la entrevista a pacientes y terapeutas para identificar primeramente los datos generales, en el caso del terapeuta la edad, el género y si habían implementado algún tipo de intervención, en el caso de los pacientes la edad, el sexo, la escolaridad, la ocupación, la religión, el estado civil, integrantes de su familia y quienes viven con él. Posteriormente se realizó la entrevista a profundidad, en el caso del paciente las preguntas iban dirigidas a su persona y en el caso del terapeuta hacia el proceso de su paciente.

Así, se preguntó en ambos casos qué era lo que hasta el momento se había trabajado en la terapia (técnicas y tareas), el motivo de consulta, si el motivo de consulta se había modificado positiva o negativamente o si continuaba igual. También se pidió que, con una escala del 1 al 10, donde 1 era muy malo y 10 excelente, el bienestar psicológico a nivel individual, familiar y social antes de la terapia y después de la tercera sesión pidiéndoseles además una explicación del porqué otorgaban esta calificación. Por otro lado se les pidió asignar un porcentaje al cambio que hubiesen tenido hasta esa sesión, siendo 0% nada de cambio y 100% un cambio total. Se pidió que se justificaran las razones para asignar dicho porcentaje. De igual manera se preguntó que si se habían notado cambios cuándo fue que estos iniciaron y a qué le atribuyen que hubiesen o no presentado cambios. Finalmente se pidió que de un 100% total, asignaran una porción de éste porcentaje entre 4 factores que creyeran beneficiaron su motivo de consulta, siendo estos factores el terapeuta y sus técnicas, el paciente, la relación terapeuta- paciente y otros factores. Se pidió además que dieran una opinión detallada de porqué creían que estos factores afectaban el cambio que llegaron a tener en su terapia.

Momento 3: Se realizó una segunda entrevista a profundidad cuando los terapeutas dieron el alta terapéutica a sus pacientes o cuando estos dejaron de acudir. La entrevista se realizó tanto a terapeutas como a pacientes, aunque en el caso de estos últimos no fue posible contactar con todos los casos que abandonaron. Lo que se preguntó en dicha entrevista fue si el motivo de consulta se había modificado positiva o negativamente o si continuaba igual y que expresaran por medio de porcentajes que tanto éste se había modificado. Se solicitó además que evaluaran, en una escala del 0 al 10, siendo 0 muy malo y 10 excelente, el bienestar psicológico a nivel individual, familiar y social además de que explicaran por qué otorgaban esta calificación, si había cambios, en caso de notar cambios cuándo iniciaron y a qué le atribuyen que hubiesen o no presentado cambios. También debían, de un 100% total, asignar un porcentaje a 4 factores que creyeran beneficiaba a su motivo de consulta, siendo estos factores el terapeuta y sus técnicas, el paciente, la relación terapeuta- paciente y otros factores, dando una opinión detallada de porqué creían que estos factores afectaban el cambio que llegaron o no a tener en su terapia. Finalmente se les preguntó qué les había parecido la terapia, cómo se sentían, qué les gustó y qué no les gustó de la terapia, si habían sentido en algún momento que la terapia no avanzaba, las tareas que se les habían dejado y cómo les habían beneficiado, si se cumplieron sus expectativas, etc. En el caso de los pacientes que abandonaron se les preguntaron las razones que tuvieron para hacerlo.

8. RESULTADOS

8.1 Cuantitativos.

Para una comprensión más clara de las razones por las cuales ocurren los cambios en las terapias y así poder realizar una ejecución más eficaz durante la práctica clínica es que a continuación se muestran los resultados obtenidos haciendo un análisis de las entrevistas que se realizaron a terapeutas y pacientes de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala que dieron y recibieron terapia en la clínica de dicha universidad (CUSI).

En la Tabla 1, se puede observar el género y la edad de los terapeutas que participaron en este estudio. Primeramente cabe señalar que cada una de las terapias fue dada por una pareja de terapeutas, teniéndose un total de 12 procesos terapéuticos, 6 de ellos dirigidos por un terapeuta hombre y una terapeuta mujer y en la mitad restante ambos terapeutas fueron mujeres. En cuanto a la edad, lo que se hizo fue sacar la media en cada una de las parejas y lo que se observa es que esta oscila entre los 21 y los 24 años. Hallándose que en la mayoría (6 parejas) la media de edad que se tenía eran los 21 años, seguido por las parejas en que la media de edad son los 23 años encontrando en este caso 4 parejas.

Tabla 1
Edad y género de los terapeutas

	Género del Terapeuta		Total	
	equipo de 2 mujeres	equipo mixto		
	21	3	3	6
Edad del terapeuta	22	1	0	1
	23	2	2	4
	24	0	1	1
Total		6	6	12

Nota. No se incluye el estado civil porque todos los terapeutas son solteros.

En cuanto al género del terapeuta y si dieron de alta o su paciente abandono la terapia, en la Tabla 2 se puede observar que del total de 12 pacientes que se entrevistaron 7 de ellos fueron dados de alta y 5 fueron los que abandonaron las sesiones. Además, el

equipo de terapeutas mixto dio de alta a mayor número de pacientes en comparación con las parejas formadas por dos mujeres, siendo que, en el primer caso se dieron de alta a 4 personas y 2 abandonaron, y en el segundo caso 3 personas fueron las que se dieron de alta y 3 fueron las personas que no culminaron el proceso terapéutico.

Tabla 2

Usuarios que fueron dado de alta y abandonaron según el género de los terapeutas

		Dado de alta	Abandonó	Total
Género	Equipo de 2 mujeres	3	3	6
	Equipo mixto	4	2	6
Total		7	5	12

Ahora bien, en el caso de los usuarios, las tablas 3. 4, 5, 6, 7, 8 y 9 muestran el género, la edad, el estado civil, la escolaridad, tipo de familia, tipo de terapia, el tipo de problema y la ocupación. Además de que se muestran la relación en torno a si los pacientes fueron dados de alta o abandonaron la terapia. .

Así, la Tabla 3 muestra el género de los pacientes. Lo que se puede observar es que de las 12 personas que solicitaron el servicio, 10 eran del género femenino y 2 del género masculino. Además, en el caso de las mujeres, a la mayoría de ellas se les dio el alta terapéutica (7) y sólo 3 de ellas abandonaron la terapia. En cambio, en el caso de los hombres ambos terminaron abandonando la terapia.

Tabla 3

Género del usuario y si fue dado de alta o abandonó la terapia

	Género		Total
	Femenino	Masculino	
Fue dado de alta	7	0	7
Abandonó	3	2	5
Total	10	2	12

Por otro lado, la tabla 4 muestra la edad de los usuarios la cual oscila entre los 19 y los 80 años, además encontramos que el mayor número de personas tienen entre 19 y 29 años, siendo 5 usuarios los que entran en este rango. En otros rangos se observa lo siguiente: 2 personas de 30 a 39 años, 3 personas de 40 a 49 años, 1 persona de 50 a 69 años y 1 persona de 70 a 89 años. Además existe una distribución proporcional en cuanto a abandonos y altas terapéuticas, siendo que de las 5 personas que se encuentran entre los 19 y 29 años, 3 de ellas fueron dadas de alta y 2 abandonaron, en el rango de 30 a 39 años 1 abandono y 1 fue dada de alta, entre los 40 y 49 años 1 persona se dio de alta y 2 abandonaron y en el caso de la persona que su edad fluctúa en el rango de 80 a 89 años observamos que se le dio de alta.

Tabla 4

Edad del usuario y si fue dado de alta o no de la terapia

	Edad del paciente				Total
	19-29	30-39	40-49	80-89	
Fue dado de alta	3	1	1	1	7
Abandonó	2	1	2	0	5
Total	5	2	3	1	12

En el caso del estado civil, en la tabla 5 se observa un número similar de casos de pacientes solteros (6) y casados (5), siendo que en el caso de los usuarios solteros se observa un igual número de abandonos como de pacientes dados de alta, es decir 3 en cada caso. Similar es el caso de los usuarios que están casados, sólo que en este caso 3 fueron los que sus terapeutas dieron de alta y 2 abandonaron. Finalmente, en el único caso que se tuvo que mantenía una relación en unión libre se le dio el alta terapéutica.

Sobre la escolaridad de los usuarios, en la Tabla 6, se puede observar que el mayor número de ellos, es decir 5 personas, tiene como nivel de estudios la Licenciatura, seguido de Bachillerato con 4 personas, Primaria con 2 y Secundaria con 1. Por otro lado en los grados bajos como lo es la Primaria y la Secundaria, de las 3 personas que tienen dicho

nivel, ninguna abandono la terapia, en cambio en niveles más altos se encuentran datos variables, siendo que en el caso del nivel Bachillerato hubo 3 abandonos y únicamente 1 paciente se dio de alta y en el caso de la Licenciatura, 3 de ellos fueron dados de alta y 2 abandonaron.

Tabla 5

Estado civil del usuario y si fue dado de alta o abandonó la terapia

	Estado civil del paciente			Total
	Soltero	Unión libre	Casado	
Fue dado de alta	3	1	3	7
Abandonó	3	0	2	5
Total	6	1	5	12

Tabla 6.

Escolaridad del usuario y si fue dado de alta o abandonó la terapia

	Escolaridad del paciente				Total
	Primaria	Secundaria	Bachillerato	Licenciatura	
Fue dado de alta	2	1	1	3	7
Abandonó	0	0	3	2	5
Total	2	1	4	5	12

Nota. De los 5 usuarios que tienen como escolaridad la licenciatura, 2 de ellos la tienen terminada, mientras que los 3 restantes la están cursando. 2 se encuentran estudiando la carrera de Psicología y 1 la carrera de Medicina

Por otro lado, en la Tabla 7, se ve información en base al tipo de familia del usuario, siendo que la mayor parte de los pacientes pertenecían a familias del tipo nuclear (9), en el caso de familias de tipo extenso se tuvieron 2 casos y 1 de tipo uniparental. En los casos con familia nuclear 5 de ellos fueron dados de alta mientras que 4 abandonaron la terapia. Acerca del paciente con familia uniparental este abandonó y de los 2 casos que el tipo de familia a la que pertenecían era extensa, a ambos se les dio el alta terapéutica.

Tabla 7.

Tipo de familia del usuario y si fue dado de alta o abandonó la terapia

	Tipo de familia del paciente			Total
	Nuclear	Uniparental	Extensa	
Fue dado de alta	5	0	2	7
Abandonó	4	1	0	5
Total	9	1	2	12

Sobre el tipo de terapia, en la Tabla 8 se puede ver que se brindó el servicio de dos tipos, individual y familiar, siendo que para el primero acudieron 10 personas y para el segundo 2 personas. En el caso de la terapia individual 6 fueron dadas de alta y 4 abandonaron y en las terapias de tipo familiar, de los 2 casos que se tuvieron, uno abandonó y el otro se dio de alta.

Tabla 8.

Tipo de terapia y si el usuario fue dado de alta o abandonó

	Tipo de terapia		Total
	Individual	Familiar	
Fue dado de alta	6	1	7
Abandonó	4	1	5
Total	10	2	12

Referente al tipo de problema del usuario y su ocupación, en la tabla 9 encontramos que en el momento de realizar la primera entrevista, había 3 amas de casa, 3 estudiantes, 3 empleados, 2 que se encontraban sin empleo y 1 comerciante. Sobre el tipo de problema, son 3 por los que se presentaron los usuarios: conductual, emocional y comunicación, ahora bien, por el que un mayor número de pacientes se presentó fue el emocional con 7 personas, seguido del conductual con 3 y finalmente por problemas de comunicación por el cual se tuvieron 2 pacientes.

Al hacer una comparación de las dos variables anteriores, encontramos que los problemas de tipo conductual estaban más presentes en las amas de casa. Por otro lado, 2 de las 3 personas que su ocupación era ser empleados tenían problemas de comunicación.

En esta misma tabla se comparan las variables anteriores y si el usuario fue dado de alta o abandonó la terapia. Acerca de esto, las 3 amas de casa que acudieron fueron dadas de alta, caso contrario a los empleados quienes abandonaron la terapia. Sobre los estudiantes, se tuvieron 2 casos que se dieron de alta y sólo fue 1 el que no la concluyó. Finalmente, en el caso de las personas desempleadas, se encontraron resultados variables, pues de los 2 casos que se tuvieron, 1 abandonó la terapia y 1 fue dado de alta, además de que uno se presentó por un problema emocional y el otro por un problema conductual.

Tabla 9

Tipo de problema y ocupación del usuario y si fue dado de alta o abandono la terapia

Ocupación del paciente		Tipo de problema del paciente			Total
		Conductual	Emocional	Comunicación	
Ama de casa	Dado de alta	2	1		3
	Abandonó	0	0		0
	Total	2	1		3
Estudiante	Dado de alta		2		2
	Abandonó		1		1
	Total		3		3
Empleado	Dado de alta		0	0	0
	Abandonó		1	2	3
	Total		1	2	3
Comerciante	Dado de alta		1		1
	Abandonó		0		0
	Total		1		1
Desempleado	Dado de alta	0	1		1
	Abandonó	1	0		1
	Total	1	1		2
Total	Dado de alta	2	5	0	7
	Abandonó	1	2	2	5
	Total	3	7	2	12

Figura 1

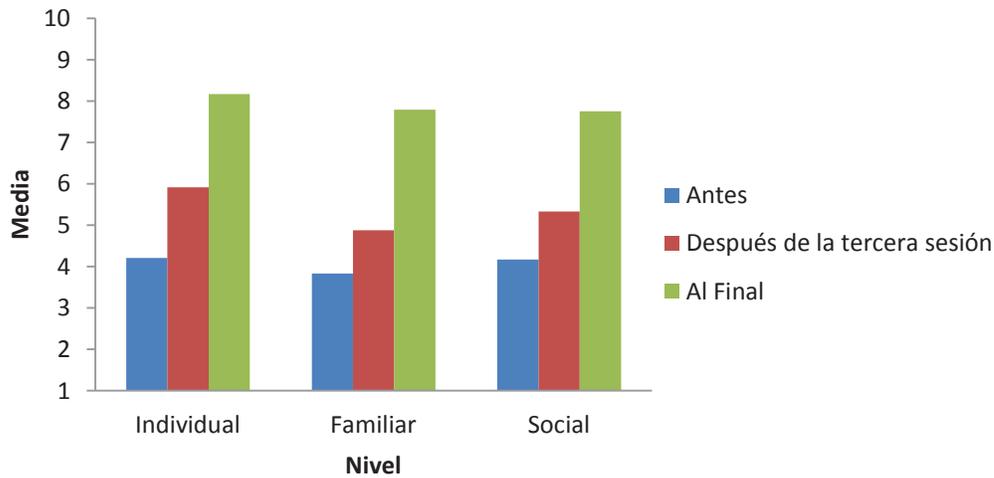
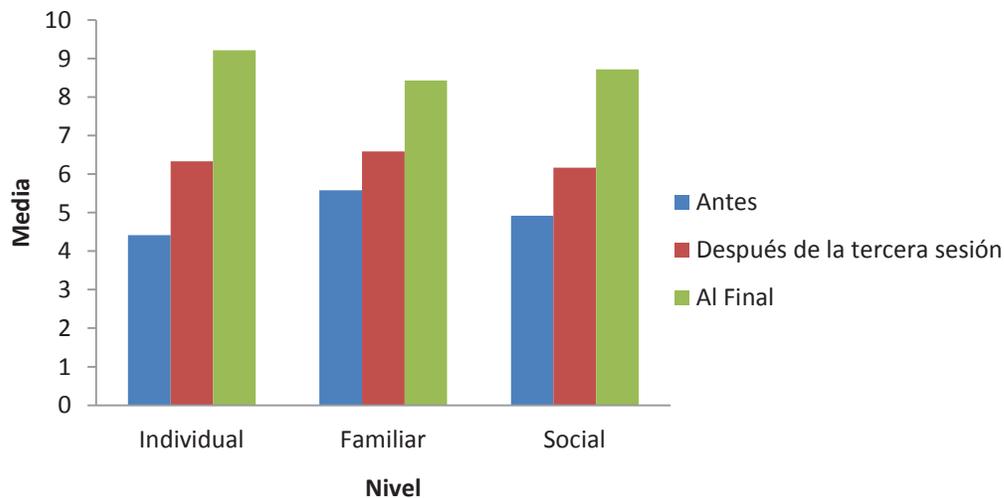
Bienestar psicológico según el terapeuta

Figura 2

Bienestar psicológico según el paciente

Pasando al avance que tuvo el usuario a lo largo de las sesiones, en las Figuras 1 y 2 se puede observar la media del puntaje de cómo fue evaluado éste antes de iniciar la terapia, después de la tercera sesión y al finalizar la terapia. La Figura 1 lo muestra según la percepción que tuvo el terapeuta y la Figura 2 según la percepción del usuario. Primeramente cabe señalar que tanto usuarios como terapeutas perciben que se tuvo un avance a lo largo de la terapia, siendo muy notorio el porcentaje dado en las evaluaciones

del bienestar psicológico en los tres rubros, individual, familiar y social. Por otro lado, se puede observar que los usuarios se otorgaron calificaciones más altas a comparación de las que dieron los terapeutas, lo anterior en todos los niveles y en los tres momentos en que se realizó la evaluación.

Para poder mostrar de una manera más precisa el cambio que se produjo en los usuarios con respecto al bienestar psicológico a nivel individual, familiar y social, a continuación, las tablas 10 y 11 muestran las medias de dichas escalas en tres diferentes momentos, siendo estos antes de ingresar a la terapia, después de la tercera sesión y al final de la terapia, lo anterior según el punto de vista de los pacientes y de los terapeutas.

Tabla 10

Media de la escala de bienestar psicológico individual, familiar y social según el paciente antes de la terapia, después de la tercera sesión y al final de la terapia

	Bienestar psicológico								
	Individual			Familiar			Social		
	AT	DTS	FT	AT	DTS	FT	AT	DTS	FT
Media	4.4167	6.3333	9.2143	5.5833	6.5833	8.4286	4.9167	6.1667	8.7143
N	12	12	7	12	12	7	12	12	7
Desv. típ.	2.712	1.969	1.149	2.574	1.975	1.902	2.712	2.037	2.563

Nota. AT (antes de la terapia), DTS (después de la tercera sesión) y FT (al final de la terapia)

Así, en la tabla 10 se ve un incremento en la percepción de bienestar psicológico del paciente, pues conforme avanza la terapia la media incrementa, siendo que a nivel individual antes de iniciar la terapia es de 4.4167, para que después de la tercera sesión se le otorgue un valor de 6.3333 y ya para el final de esta el valor sea de 9.2143. Un incremento similar es presentado también en el nivel familiar y social, en el caso del familiar antes de iniciar la terapia el valor es de 5.5833, para después de la tercera sesión de 6.5833 y para el final de la terapia el valor sube a 8.4286. Finalmente, en el nivel social antes de iniciar la terapia el valor es de 4.9167, para después de la tercera sesión de 6.1667y ya para el final de la terapia el valor sea de 8.7143. Cabe hacer mención que en el caso de

los usuarios no se logró contactar con todos ellos para tener el dato de los 12 al final de la terapia si no que únicamente se pudo entrevistar a 7 de ellos.

Del mismo modo, se puede observar en la Tabla 11, un incremento en la percepción de bienestar psicológico percibido por los terapeutas, pues la media incrementa, siendo que a nivel individual antes de iniciar la terapia es de 4.2083, para que después de la tercera sesión se le otorgue un valor de 5.9167 y ya para el final de ésta el valor sea de 8.1667. Lo mismo es posible observarse en la escala a nivel familiar y social, en el caso del familiar antes de iniciar la terapia el valor es de 3.8333, para después de la tercera sesión de 4.8750 y ya para el final de la terapia el valor sea de 7.7917. Finalmente, en el nivel social antes de iniciar la terapia el valor es de 4.1667, para después de la tercera sesión de 5.3333 y ya para el final de la terapia el valor sea de 7.7500.

Tabla 11

Media de la escala de bienestar psicológico individual, familiar y social percibida por los terapeutas antes de la terapia, después de la tercera sesión y al final de la terapia

	Bienestar psicológico								
	Individual			Familiar			Social		
	AT	DT	FT	AT	DT	FT	AT	DT	FT
Media	4.2083	5.9167	8.1667	3.8333	4.8750	7.7917	4.1667	5.3333	7.7500
N	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Desv. típ.	2.588	1.729	1.212	2.886	2.469	1.157	2.918	2.188	1.406

Nota. AT (antes de la terapia), DTS (después de la tercera sesión) y FT (al final de la terapia).

Sobre el avance del usuario, se puede ver en la Figura 3 que para la tercera sesión la media es de 33.7% según la percepción del terapeuta y de 30.83% según la percepción del usuario. Así ambas partes perciben que el avance respecto al motivo por el que se acudió a terapia es similar, siendo que el terapeuta otorga una calificación mayor.

Figura 3

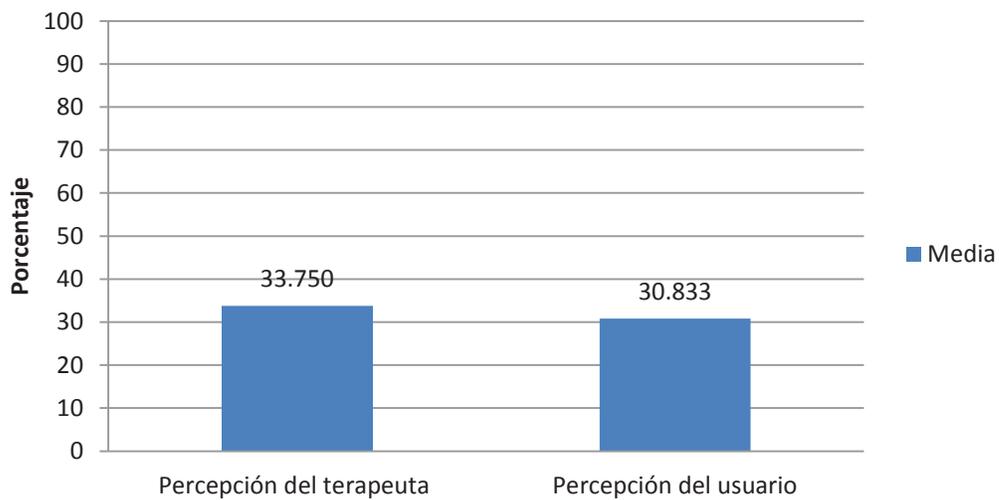
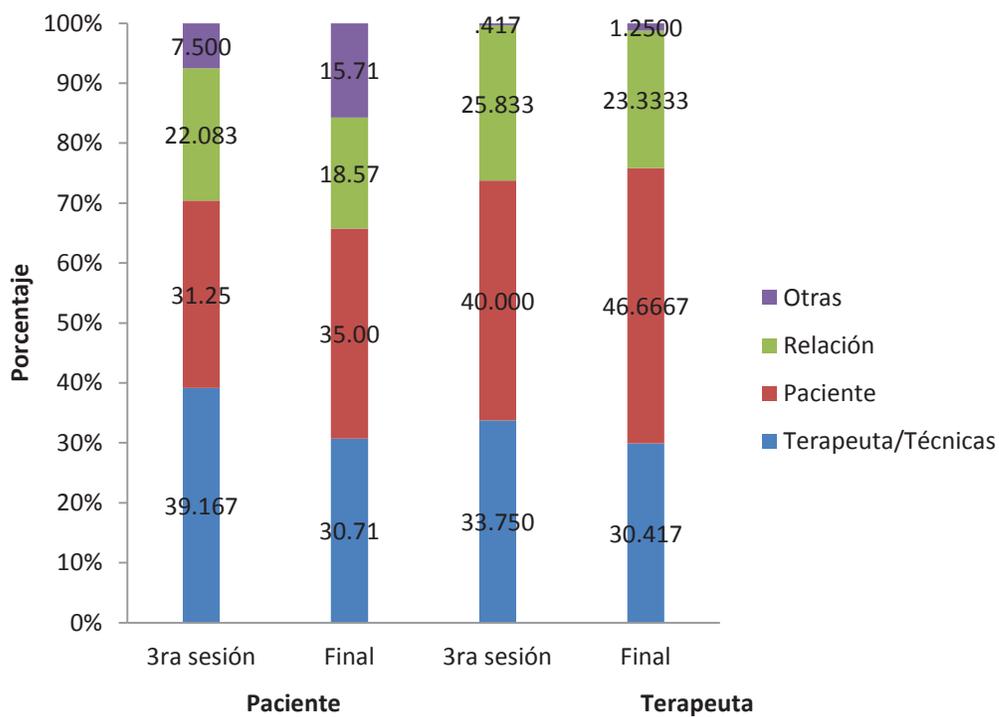
Avance del usuario en la tercera sesión

Figura 4

Atribución al cambio

La Figura 4 muestra las calificaciones que, tanto terapeutas como usuarios, otorgaron a aspectos a los cuales ellos atribuían el cambio que había tenido la persona que

solicitaba la terapia. Como se puede observar, los porcentajes que atribuyen al cambio son similares en las variables del paciente y del terapeuta y sus técnicas, quedando los valores por encima de la variable relación. En el caso de otras variables, el porcentaje atribuido es el más pequeño. Por otro lado, a excepción del caso de los usuarios que en la tercera sesión otorgan el porcentaje más alto a la variable de terapeuta y sus técnicas, en todos los demás casos el porcentaje mayor al cual se le atribuye el cambio es al paciente mismo.

Tabla 12

Número de sesión en la que se reportaron cambios, sesiones que tuvo cada usuario en base a si fue dado de alta o abandono la terapia

Sesión en la que se reportan cambios		Número de sesiones							Total
		4.00	6.00	7.00	8.00	9.00	10.00	12.00	
Primera sesión	Dado de alta		0	1		0		1	2
	Abandono		1	1		1		0	3
	Total		1	2		1		1	5
Segunda sesión	Dado de alta	1	1	0	1	1	1		5
	Abandono	0	0	1	0	0	0		1
	Total	1	1	1	1	1	1		6
Tercera sesión	Dado de alta				0				0
	Abandono				1				1
	Total				1				1
Total	Dado de alta	1	1	1	1	1	1	1	7
	Abandono	0	1	2	1	1	0	0	5
	Total	1	2	3	2	2	1	1	12

Asimismo, en la Tabla 12 se observa la sesión en que los usuarios empezaron a tener cambios con respecto a su motivo de consulta, es de hacerse notar que desde la primera sesión se empezaron a notar cambios, siendo 5 usuarios los que reportaron esto. Aunque aquí cabría señalar que 3 de los 5 usuarios abandonaron la terapia y que 2 fueron dados de alta, siendo uno de estos 2 casos el que tuvo un mayor número de sesiones (12). Entre los usuarios que reportaron cambios en la segunda sesión sólo 1 abandonó y fueron 5 los usuarios los que se dieron de alta, lo anterior con 4, 6, 8 9 y 10 sesiones. Por otro lado, se observa el caso de una persona la cual fue dada de alta y que sólo tuvo 4 sesiones, en

este caso la persona reportó percibir cambios desde la segunda sesión. Además, sólo se presentó un caso que reportó cambios hasta la tercera sesión, siendo que esta persona abandonó en la sesión número 8. Finalmente podemos ver que en total, de los 12 casos que se analizaron, 7 fueron dados de alta y 5 abandonaron la terapia.

Por otro lado, en la Tabla 13 se puede observar una comparación en torno a, según el terapeuta, cuál era el estado de motivo de consulta del usuario en la tercera sesión y en base a éste si el usuario abandonó o concluyó satisfactoriamente con la terapia. Como se puede observar, de los 12 terapeutas, sólo 1 manifestó que consideraba que el estado de su usuario permanecía igual y en cambio el resto dijo que su usuario si había mejorado. De lo anterior, el usuario del terapeuta que dijo que seguía igual, si fue dado de alta, sobre el resto, es decir los que dijeron que su usuario había mejorado, 6 de ellos concluyeron el tratamiento mientras que los 5 restantes lo abandonaron.

Tabla 13

Estado del motivo de consulta después de la tercera sesión según el terapeuta y si el usuario fue dado de alta o abandono la terapia.

	Motivo de consulta		Total
	Igual	Mejóro	
Fue dado de alta	1	6	7
Abandonó	0	5	5
Total	1	11	12

Tabla 14

Estado del motivo de consulta después de la tercera sesión según el paciente y si el usuario fue dado de alta o abandono la terapia

	Motivo de consulta		Total
	Igual	Mejóro	
Fue dado de alta	1	6	7
Abandonó	0	5	5
Total	1	11	12

Lo anterior como ya se mencionó es según la percepción del terapeuta, a continuación, en la Tabla 14, se muestra lo mismo solo que según el paciente. Se observan las mismas respuestas que los terapeutas, por ejemplo, en el caso del usuario que dice que su motivo de consulta continuaba igual, su terapeuta manifestó la misma opinión al momento de realizar la entrevista. Lo mismo sucedió con los otros 11 casos que dijeron que habían mejorado, es decir, su terapeuta expresó la misma opinión.

Del mismo modo, en la Tabla 15, se hace la comparación en torno a lo que se percibió al final de la terapia. Según la percepción de los terapeutas, de los casos que fueron dados de alta, ellos consideran que 3 personas mejoraron con respecto al motivo por el que acudieron y en los 5 casos restantes que el motivo desapareció. En el caso de los usuarios que abandonaron la terapia, en los 5 casos se consideró que la situación por la que la persona estaba acudiendo a las sesiones si había llegado a mejorar.

Tabla 15

Estado del motivo de consulta al final de la terapia según el terapeuta y si el usuario fue dado de alta o abandono la terapia

	Motivo de consulta		Total
	Mejóro	Desapareció	
Fue dado de alta	2	5	7
Abandonó	5	0	5
Total	7	5	12

Por otro lado, en el caso de los usuarios, Tabla 16, de los 7 usuarios que se dieron de alta pudimos contactar a 6 de ellos, de los cuales 4 consideran que su motivo de consulta desapareció y los 2 restantes consideran que este mejoró. Acerca de los usuarios que abandonaron la terapia, únicamente se pudo contactar con 1 de ellos y en este caso la persona afirma que el estado de su motivo por el que acudió a terapia continuó igual.

Tabla 16

Estado del motivo de consulta al final de la terapia según el paciente y si el usuario fue dado de alta o abandono la terapia

	Motivo de consulta			Total
	Igual	Mejóro	Desapareció	
Fue dado de alta	0	2	4	6
Abandonó	1	0	0	1
Total	1	2	4	7

Análisis Inferencial para prueba de hipótesis.

Bienestar psicológico.

Con base en la variable bienestar psicológico, al ser analizada estadísticamente da indicios de que la terapia tuvo efectos positivos en el bienestar psicológico reportado por los usuarios, esto comparando cómo llegaron a la terapia (antes) con el nivel reportado después de la tercera sesión y al final de la terapia, ya que como se puede observar en la Tabla 17, se aplicó la Prueba de Wilcoxon y los resultados demuestran que existen diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes obtenidos antes de la aplicación y los obtenidos después de la tercera sesión, ya que la probabilidad asociada fue .002 a nivel individual, .026 a nivel familiar y .016 a nivel social, las cuales son menores al nivel de significación de .05, lo cual muestra que el cambio presentado si es estadísticamente significativo.

Así mismo ocurre al comparar los puntajes reportados por los pacientes antes y al final de la terapia, ya que la probabilidad asociada fue .018 a nivel personal, .028 a nivel familiar y .027 a nivel social.

Lo mismo sucedió cuando se aplicó la Prueba de Wilcoxon pero respecto a lo reportado por los terapeutas, mostrando indicios de que estos también perciben efectos positivos en el bienestar psicológico de los usuarios, ya que como se puede observar en la Tabla 18 entre los puntajes obtenidos antes de la aplicación y los obtenidos después de la tercera sesión la probabilidad asociada fue .003 a nivel individual, .017 a nivel familiar y .027 a nivel social,

las cuales son menores al nivel de significación de .05 lo cual muestra que el cambio presentado si es estadísticamente significativo.

Tabla 17

Resultados de la prueba de Wilcoxon para probar la efectividad de la terapia cognitivo-conductual con relación a la escala de bienestar psicológico según el paciente

	Bienestar psicológico					
	Individual		Familiar		Social	
	AT Y DTS	AT Y FT	AT Y DTS	AT Y FT	AT Y DTS	AT Y FT
Z	-3.165 ^a	-2.371 ^a	-2.232 ^a	-2.201 ^a	-2.410 ^a	-2.207 ^a
Sig. asintót. (bilateral)	.002	.018	.026	.028	.016	.027

Nota. AT (antes de la terapia), DTS (después de la tercera sesión) y FT (al final de la terapia).

a. Basado en los rangos negativos.

Tabla 18

Resultados de la prueba de Wilcoxon para probar la efectividad de la terapia cognitivo-conductual con relación a la escala de bienestar psicológico según el terapeuta

	Bienestar psicológico					
	Individual		Familiar		Social	
	AT Y DTS	AT Y FT	AT Y DTS	AT Y FT	AT Y DTS	AT Y FT
Z	-2.969 ^a	-3.076 ^a	-2.388 ^a	-2.807 ^a	-2.214 ^a	-2.938 ^a
Sig. asintót. (bilateral)	.003	.002	.017	.005	.027	.003

Nota. AT (antes de la terapia), DTS (después de la tercera sesión) y FT (al final de la terapia).

a. Basado en los rangos negativos

Así mismo ocurre con al comparar los puntajes reportados por los terapeutas antes y al final de la terapia, ya que la probabilidad asociada fue .002 a nivel personal, .005 a nivel familiar y .003 a nivel social.

8.2 Cualitativos.

Paciente.

La mayoría de los pacientes a los que se les realizó la entrevista afirmó que desde las primeras sesiones, donde el objetivo es lograr recabar la mayor cantidad de información, empezaron a notar cambios, de hecho dicen que con la entrevista pudieron plantearse una idea más clara de cómo está estructurada su vida además de poder empezar a entender mejor su motivo de consulta y darse cuenta de que es lo que lo causa, lo anterior lo lograron con el simple hecho de platicarlo pues al hacerlo el terapeuta hace cuestionamientos que provocaron que llegaran a la reflexión.

Comentan también que sentirse escuchados les ayudó, siendo así que el poder expresarse les beneficia y les hace sentirse mejor:

“...hablar con los terapeutas me ayudó mucho”.

“...venir a hablar con ellas y ver otra perspectiva me ayudó a dejar las culpas que no del todo puedo dejar, que es lo que estamos trabajando ahorita en la sesión y poder enfrentar los problemas tranquilamente”.

“...después tomé confianza y tuve que hablar lo que es, hablaba y me sentía mejor porque sacaba lo que traía”.

“... era agradable, porque me sentí en confianza y me preguntaban las cosas y me dejaban hablar, no eran hostigosos en estarme preguntando cosas”.

Notaron que tuvieron cambios en su forma de pensar y de conducirse con las demás personas pues aprendieron formas de tener una buena comunicación.

“... debía hablar con mi esposo de frente, me dijeron como, trabajamos, me pusieron a prueba y lo hice mal y es que a veces uno no sabe hablar o comunicarse con otros, y en esa prueba estuve reclame y reclame y me dijeron que no, que no estuvo bien, si de por si nunca quiere mi esposo hablar conmigo y le reclamo pues menos va a querer hablar, con esa actuación me ayudaron para que pudiera hablar con él”.

“Me ayudó a resolver el problema, los tips que me dan para seguir los pasos que me estuvieron diciendo, por ejemplo, que ya no le reclamara a mi esposo, que hablara bien, ya no reclamarle, lo que pasaba anteriormente, sino ver lo bueno para que pudiera salir adelante”.

Igualmente notaron cambios en la manera en que se ven a sí mismos, logrando estar bien con su persona sin importar lo que otros piensen, del mismo modo pudieron ser más independientes, tomar decisiones propias, decir las cosas que sienten y piensan y dejaron de ser pasivos con sus propias vidas tomando las riendas.

“ En las primeras sesiones me sentía encerrada, no sabía la salida, hablar con ellas me ayudó a poder tomar las decisiones por mí misma, a poder dar un paso más, actuar sin tener que quedarme quieta esperando a que se solucionen los problemas, me ayudan a tener más seguridad en cómo actúo, como veo los problemas...”.

“...me volví más decidida en lo que hacía, en las decisiones que tomaba con respecto a la relación con mi esposo”.

“...y caer en cuenta de que los problemas no eran míos y los tomaba como propios y eso no es cierto y caer en la cuenta de los daños que puedo hacer o me pueden hacer y que me afectan en relación a la salud y al trato con quien me rodea”.

Lograron igualmente identificar qué es lo que les está haciendo mal, que es lo que les está afectando:

“...ya no hago las cosas malas que hacía y en que había actuado mal y me hicieron ver los terapeutas, he cambiado”.

“Muchas veces hay actitudes que te lastiman, pero esas mismas que te lastiman te hacen ser una persona, a lo mejor agresiva, a lo mejor enojona, lo que yo hice de mi parte fue primero identificarlas aquí con la serie de preguntas que te hacen aquí y después sentarme, relajarme, a lo mejor en el transporte ir pensando de haber, que está pasando, o porque reaccionas de esa manera, yo

me puse a reflexionar de mi persona, y he tenido mucha paciencia, he tratado de ser más tolerante, pero no forzado, sino con ganas de cambiar, de ver que en realidad donde estoy no es lo que me hace sentir bien, entonces no creo que sea lo correcto”.

“Antes me estresaba, me deprimía, pero no me daba cuenta, pero gracias a la terapia lo puedo detectar y ahora cuando me siento así aplico mis ejercicios”.

Además, en un caso se comenta que hay cosas que de alguna manera ya sabía y que con lo que se hizo en la terapia logró reafirmar, otra persona dice que él se sentía sin saber qué hacer y la terapia le ayudó a saberlo, finalmente un paciente dice que siente que sólo le faltaba la ayuda profesional para atreverse a dar el cambio.

Sobre la ayuda que les proporcionaban las redes sociales de los pacientes, muchos de ellos mencionaron que no sintieron ayuda por parte de su familia. Por otro lado hubo un caso en que además de tomar la terapia acudía a otros grupos, lo cual le ayudaba mucho, pues menciona que se complementaba lo que veía en terapia con lo que veía en su grupo de ayuda.

También comentaron que las personas con las que conviven normalmente empezaron a notar cambios en su forma de conducirse en la vida.

Por otro lado, sobre las cosas que mencionan hacían para beneficiar su motivo de consulta, muchos de ellos dicen que tenían la voluntad de no querer estar como estaban, además asistían, eran constantes, tenían disposición, interés, hacían lo que los terapeutas les decían, se tomaban en serio el proceso y se abrían a expresarse con su terapeuta.

“Hay cosas que me cuesta mucho trabajo hacer pero sigo poniendo entusiasmo porque de verdad deseo cambiar...”.

“Cada que venía escuchaba lo que me decían y ya en la semana pensaba que iba a hacer, lo que está bien y mal, todo eso me ayudó, reflexiono cada que vengo y pensar en lo que me decían”.

“...quiero aprender, por eso acudo, si no quisiera simplemente faltaría, de hecho siempre me apuro temprano a hacer mis cosas con tal de ir la terapia, nunca hay tiempo pero siempre lo encuentro”.

“...las ganas de cambiar, si quiero vengo, yo quería estar viniendo, por eso lo más importante, tengo la intención de seguir asistiendo porque quiero resolver mi problema, vivo lejos y aun así asistía, llevé a cabo todo lo que me decían, disponibilidad, siempre llegaba feliz a las sesiones, se me hacía poco el tiempo que duraba la terapia, apuntaba...”.

“Tenía mucha disposición al cambio, el material que me solicitaban lo buscaba, intentaba hablar con mi familia, hacía cosas que creía correcto, disponibilidad, puntualidad, mucho interés en aprender, convencí a mi familia de asistir, leía por mi cuenta, hacía muchas cosas por mi cuenta, por eso me mantuve, por las ganas de cambiar, por lo que me prometieron al principio, me dijeron muchas cosas que se iban a hacer durante la terapia... mantenía la “esperanza “ por algo mejor y eso hizo que continuara asistiendo”.

Lo que creen que hicieron los terapeutas para poder ayudar a resolver su situación por la que acudieron a terapia fue:

“Ellas me ayudan dando su punto de vista en las situaciones que se plantean”.

“Las terapeutas me hicieron ver un punto de lo que falla”.

“...por un problema que no detectaba, lo vi cuando ellas me hicieron ver el punto exacto de donde estaba el daño, el cual fui aclarando y reflexionando de porqué esto y porqué el otro, sacaba cosas con el diálogo, siempre me sentí cómoda”.

“Me supieron guiar, me enseñaron muchas cosas y ejercicios de relajación que realmente me ayudaron”.

“Me dieron alternativas, que la vida no es blanco y negro, y que cuando me dé cuenta de esas alternativas va a haber más soluciones, lo cual me resulta gratificante”.

“Me ayuda porque son accesibles, si se ve el interés de que escuchan, su carácter, me ayuda mucho, no me gustaría si viera caras o que el terapeuta me hace una pregunta y no me ve a los ojos o no pone atención, y ellos cuando están conmigo están centrados en mi problema y a escucharme y hacerme reflexionar con su punto de vista, también influye el cómo me hablan o cómo se expresan conmigo, también que nos llevemos bien y me saluden...”.

También comentaron cuáles serían las razones por las que dejarían de acudir a terapia y entre las que comentan son:

“...que no me hubiera gustado, que me hubiera aburrido, siempre lo mismo, sentir que no sirve, cada vez que venía me sentía bien y me iba contenta, me sentía bien toda la semana”.

“...para dejar de venir, que me faltaran al respeto los terapeutas, el trato que me dieran fuera grosero, se burlaran, no tuvieran disponibilidad...”.

Los terapeutas les dieron confianza:

“...se logró establecer un vínculo de más confianza”.

“...se estableció un vínculo de confianza y fue una experiencia agradable, me ayudó mucho”.

“...las terapeutas bien pues desde la primera sesión me dieron confianza”.

“La forma en que me hacen las preguntas es respetuosa y me da la confianza para decir las cosas”.

“...siguen el procedimiento que deben llevar pero también es el ser ellos mismos y darme la confianza de hablar”.

“...confianza, desde la primera sesión y va mejorando, la relación la siento a gusto porque sé que prestan atención a mis problemas, no solo oyen, escuchan, cada sesión recuerdan lo que dije, no es que lo tomen a la ligera, que les entre por un oído y salga por el otro, siento que atienden mi motivo de consulta”.

“...me da más confianza para decir la verdad, decir todo, la considero buena porque no ha habido fricciones y si ha habido química, me dan la confianza y a mi esposa que le es difícil decir las cosas, fomentan la química y la forma de dar las sesiones, con respeto, no tan agresiva como pasa con otras personas, las preguntas las siento muy suaves”.

“...me siento cómoda, me brindan confianza y seguridad, me escuchan, es importante que me presten atención en cuanto a la consulta y aparte son agradables”.

La manera en que manejaron la terapia haciéndole preguntas de su vida fue:

“...cada que iba me preguntaban cómo la pase en la semana, qué hice, qué pasó, las primeras no me sentía bien, pero a través de las sesiones ya mejoré”.

“...algunas preguntas que me hicieron me hicieron pensar...”.

“...en la primera terapia, me dijeron que iban a trabajar conmigo y me preguntaron qué era lo que quería, me iban explicando”.

“...hacen preguntas y el diálogo me ayuda en el sentido de que puedo desahogar con alguien lo que en ese momento pienso, no lo puedo hacer y con ellas se me facilita... mejor porque son ajenas a mi vida y no van a juzgar mis problemas”.

“...la serie de preguntas y cuestionamientos, que uno puede decir apoco nada más con preguntas o así, pero no, porque cada una de las preguntas lleva en sí un objetivo que va saliendo o te preguntan y no estabas pensando en ello pero sale algo que tenías adentro, un conflicto sale y cuando sales de la terapia

empiezas a analizar que me pasó ahí o porqué salió, es en cuestión de la serie de manejo de preguntas”.

“...con preguntas que me dejaban que me hiciera: “pregúntate que realmente te está llevando a esto”, y algunas preguntas me hacían pensar, reflexionar, yo sé que me pasa pero no me he decidido a dar el paso pero con lo que ellos me dicen reflexionó y digo “sí, es cierto” ... una parte sí, pero también una parte es que lo quiera hacer, porque si a mí no me importa o no pongo atención entonces no funcionaría, siento que es un conjunto, lo que ellos me hacen pensar y que yo realmente me ponga a pensar en esto y de un paso adelante”.

La terapia les ayudó en general a:

“...para cuando tiene uno problemas, ayuda a saber cómo no deprimirse o que hacer”.

“...me ayudó mucho y era cada vez que salía de la terapia o saber que me tocaba ir, estar tranquila, no alterarme... no es una salvación total, pero sí era agradable”.

“La terapia ayuda a saber qué causa tus problemas y encontrar una solución. Se te plantea cómo está estructurada tu vida”.

“...me ayudó a tomar por fin la decisión de hacer lo correcto”.

“La terapia me ayudó a modificar ideas erróneas sobre la depresión”.

“Creía que la terapia me iba a poder servir para poder confrontar con el terapeuta cosas que yo creía, o sea que una visión experta me explicara cuál era el problema que veía con mi familia, porque podía ser que hubiera cosas que yo quisiera cambiar en mi esposa o que creía que ella hacía mal, y que el terapeuta podía ayudarme a decirle a mi esposa que ella hacía mal, o incluso me ayudara diciéndome que estaba muy apegado a mis ideas y las tenía que cambiar, estaba abierto a eso, pero creo que además de todo lo que hago, pues

hago reflexiones por mi lado y leo libros, necesito como que la ayuda de alguien que si supiera acerca del tema”.

“La terapia me sirve para desahogarme”.

“Sirve para sacar sentimientos y emociones que se manejan y a veces se manejan mal, a veces sacar el daño que nos hacemos nosotros mismos por nuestras emociones y sentimientos”.

“... me ayudó a resolver el problema, contar con personas que me pudieran guiar”.

Sobre como algunas de las tareas les ayudaron con la terapia:

“Siento que se cumplió el objetivo, ninguna tarea me desagradó”.

“La relajación me ayudó mucho”.

“...dolor en la nuca y entonces me explicaron cómo hacer el ejercicio, funcionó tan bien ese día que cuando llegué a mi casa ya no sentí nada, lo comenté al día siguiente y me dijeron eso, que cuando me sintiera así lo aplicara”.

“...también en caso de que quisiera dejarlo o levantar la demanda, me mandaron a un centro a pedir información, los pasos a dar, lo bueno y lo malo, me explicaron todo, que si quería poner la demanda desde ahorita podía hacerlo, platiqué con la licenciada que me dijo que nada más era de que yo quisiera, me dijeron que podía pasar, se me explicaron los seguimientos, siento que me ayudó, fue difícil, por el tiempo que invertí, mientras en sesión me preguntaron que si había ido, que si había disposición para hacerlo o no y si había porque di de mi tiempo para estar yendo... y es que ya en esos lugares es mucho más fuerte, de decir si estoy mal pero no tanto, siento que no voy a llegar a eso y que una demanda es algo más serio y algo en el que yo tengo que estar firme”.

“Me dejaron ver 2 películas, la primera si la encontramos y de hecho comenté con mi familia y entre todos sacamos conclusiones, es decir que si me ayudó,

pero la segunda que me dejaron no pude encontrarla entonces igual al final quedó al aire”.

“Hacia ejercicios de forma hablada, me enseñaron diálogos asertivos, cambiar palabras por otras que cambian el sentido de la frase”.

Sobre la relación, la mayoría de los pacientes la describieron como buena, bonita, cordial, respetuosa, gracias a esto se sintieron bien, cómodos y contentos, lo cual les benefició pues pudieron abrirse y decir las cosas. Además se percataban de que el terapeuta tenía el interés de ayudarles, sobre esto último caso, hubo un paciente que dejó de ver el interés en las terapeutas, lo cual atribuye a que ellas lo veían sólo como una calificación, a pesar de esto el paciente no desertó en ese momento pues él realmente quería cambiar y llegar a sentirse mejor, aun así esta falta de interés logró hacer que sesiones después abandonara.

Finalmente, algunos de los pacientes que fueron dados de alta mencionan que aunque a veces su problema les sigue afectando ahora se sienten capaces de poder resolverlos solos, de hecho al calificar el avance que tuvieron la mayoría se otorga un 9 porque dicen que el tener un 10 ya no depende de la terapia si no que depende de ellos ya que son cosas que no van a conseguir en terapia sino por su lado.

Terapeuta.

Según la percepción de los terapeutas, entre los factores que mayormente contribuyen al buen resultado de la terapia se encuentran los siguientes.

La entrevista inicial, pues aunque no sea el objetivo de las primeras sesiones, donde lo que se hace es recabar los datos de los clientes, los terapeutas comentan que empezaron a notar que desde estas se encuentran beneficios:

“...entrevista inicial ayuda, pero depende de la disponibilidad del paciente, a lo que ayuda es a recabar información y dejar claras las cosas que ayudan en la terapia...”.

“La entrevista le ayudó a darse cuenta, hacían preguntas de la problemática y ella hacía reflexiones, ella decía algo y nosotras rectificábamos la pregunta y la contextualizábamos: “entonces nos estás diciendo tal y tal” o “a partir de esto nos dijiste tal y tal”, y ya se quedaba pensando...”

“Lo que le ayudó para la segunda sesión fue la entrevista, porque fue muy relacionada con la problemática, aparte de permitirnos obtener información le permitió reflexionar y darse cuenta de la situación así como de las posibles causas y consecuencias”.

“Beneficiosa en ambos lados, en esta te dice lo que el usuario ya tiene preparado, viene pensando que va a decir, ya trae un discurso y con las preguntas le permites y te permites indagar en aspectos que no habían contemplado, entonces le sirve a la persona y te sirve como terapeuta porque abarcas más aspectos relacionados con la problemática”.

“...hay mucha información que en el análisis funcional no es considerada muy relevante, pero si se retoma después puede llevar a una reflexión diferente, pueden ser cositas que te va diciendo conforme va pasando las sesiones, pero si las tienes presentes esas cositas son importantes porque te llevan a que las reflexiones de diferente manera porque te pueden no funcionar ese día, pero te pueden funcionar días después....”.

Sin embargo resaltan la importancia de tener un plan estructurado de cómo es que esta se va a llevar a cabo:

“Las primeras sesiones no es nada más obtener información por obtener sino que también tú sabes por dónde ir, tienes que ir viendo por donde preguntar, porque si te pones a platicar y dejas que el usuario se vaya no tendría ningún sentido, entonces al momento de tu dirigir más o menos hacia dónde va el punto de interés él también se da cuenta y empieza a recordar aspectos y en esos es lo que se trabaja y después lo retoma y tiene más peso”.

“Es muy importante ver por dónde va tu entrevista, porque es bien cierto, si la entrevista se convierte en que no tenga un objetivo no le estas aportando nada al usuario, porque se da cuenta que a lo mejor solo se está platicando de temas como el clima, futbol y entonces poco le podría ayudar, entonces tiene mucho que ver el que le ayudes a darse cuenta el cómo vas guiando las sesiones, los objetivos que tengas de ella”.

“...darle un sentido a las cosas que el paciente dice, saber cómo utilizar la información que el paciente da”.

Otro punto importante es saber escuchar lo que el paciente tiene que decir y más importante aún que sienta que esto es así:

“...le ayuda el hablarlo y el sentirse escuchada”.

“...lo que más le ayudó fue sacar lo que traía pues si eran muchas cosas las que le pesaban, venir y contar de alguna manera le servía, solo venir y hablar y sacarlo y que le devolviéramos con información y ejemplos todo lo que vivía”.

“...hemos establecido un ambiente de confianza porque a ella lo que le mueve es que la escuchen y que le digan los aspectos en puede haber algún problema”.

“...el usuario retoma aspectos cuando los da a conocer y después cuando uno le da un sentido, le explicas, esto ante esto pasa esto, ¿te has dado cuenta? y la persona sabe que si, porque lo estas retomando de su discurso, primero lo dice y después al retomarlo y darle un sentido toma más peso”.

“...escuchar, estar atentos a lo que comentaba y en base a eso hacer las modificaciones pertinentes, reconocer y tener claro que es una caso único, una persona única, y que por eso las técnicas o programas aplicados se tienen que acoplar a las necesidades de él, la observación... además no solo era escuchar sino ver todas las acciones, facciones, gesticulaciones, movimiento que hacía, darle el seguimiento necesario para alcanzar las metas u objetivos que se buscaban”.

“...apoyarla mucho en escucharla, en dar otras alternativas y puntos de vista de lo que ella decía, no interpretar sino más bien solo reflejarle, para que ella se diera cuenta de que estaba diciendo”.

Es importante que vayan acorde a lo que el paciente quiere tratar adaptando el tratamiento a él, no metiéndose en otros ámbitos que no quisiera trabajar, porque de hecho el paciente no lo permite pues son ellos los que van marcando el rumbo de la terapia:

“...si no hubiera esclarecido las cosas que quería hacer en terapia, habría sido más difícil, porque al fin y al cabo tomar la acción es de ella, ya tener las ideas claras fue en lo que nosotros le ayudamos, hicimos que ella pudiera ya tomar las decisiones en su casa, a pesar de todas las cosas que le decían”.

“Para que hablara le dimos su tiempo, era la primera vez que lo hacía ante personas que no conocía, fue poco a poco preguntarle, no dijo todo a la primera, pero después fue hablando de más cosas...”.

“...no la íbamos a obligar a tomar una decisión, nada más a ver las opciones y ella es la que tenía que escoger...”.

“...pero ya después entró en lo familiar y ya no quiso entrar en esa parte, incluso dijo que ese era un problema que no podía solucionar y que no quería solucionar...”.

“...hay cosas que no quiere resolver, hay resistencia para el cambio, son cosas que le lastiman, le duelen, él lo admite, siente esto o aquello pero no quiere solucionar esos problemas, quiere seguir atado a ellos...”.

“...que lo motive algo, que algo sea lo que lo mueva a cambiar o a buscar un cambio, porque así llevas la mejor relación del mundo si él no quiere cambiar se va a ir, porque no está entre sus necesidades, es más bien eso, que a él lo motive algo que quiera cambiar...”.

“...hay cosas que los pacientes no quieren abordar, entonces si no quieren no se pueden tratar en la terapia porque no se van a abrir, es el paciente el que al final decide el ritmo que se va a manejar en la terapia”.

Otro aspecto que consideran importante es realizar revisiones frecuentes sobre qué tan bien se sienten los pacientes con la terapia, pues puede pasar que el terapeuta piense que todo va bien cuando la realidad es otra:

“...fue raro porque la última sesión se veía animada, participativa, decía voy a hacer mi tarea y de repente ya no asistió y no contestó”.

“...de acuerdo a lo que decía en las escala y de cómo se sentía, íbamos preguntando cómo le iba en la semana, que había hecho, que había dejado de hacer para que se sintiera así y ya más o menos de ahí sacábamos puntos que hacían que recayera, le decíamos que encontrara la manera de salir y entonces ella daba soluciones...”.

Los terapeutas dejaban en claro que los pacientes deben tomar un papel activo en sus vidas, que son ellos los que realmente pueden hacer algo para mejorar, recalcándoles que son ellos los que tienen que tomar la decisión:

“...le dejamos claro que podíamos decirle mil y un cosas pero al final él era el dueño de esos cambios y modificaciones, que él era el único que podía crear una nueva vida, pero que nosotros estábamos para brindarle las herramientas y él decidía si ponerlas en práctica o no y de qué manera”.

“Le damos la apertura de su participación, de que no lo que nosotros digamos o proponamos se tiene que hacer al pie de la letra, sino dependiendo de cómo se sienta, de cómo vea que va funcionando se va trabajando, lo que permite una buena relación, le damos su espacio y libertad sin afectar la sesión”.

“...comentábamos propuestas de solución, le recalcábamos que no era receta o algo que tenía que hacer sino algo que nosotros considerábamos que podía servir, pero si él consideraba que era algo que no le servía para nada propusiera como podía llevar a cabo o solucionar el problema, siempre fue

motivarlo a que él buscara su propia alternativa, nosotros le dábamos propuestas pero era de si te funciona, si no entonces cuál propones, o si te funciona pero como la modificarías, puedes cambiarle algunas cosas”.

Y de hecho el ver cómo se volvían más activos con su propia vida es uno de los puntos donde es posible empezar a notar los cambios:

“...la situación por la que acudió ya no era un problema, cuando le preguntábamos qué haría, daba una solución, además se ve el cambio en sus expresiones, se ve más tranquila, contenta, a gusto, ya no se veía angustiada y preocupada, en un momento recayó pero ella solita volvió a encontrar la solución”.

“...está más segura de que es lo que quiere, a comparación del inicio que no sabía qué hacer...”.

“...cambio positivo, porque ya empieza a decir, yo puedo hacer tales cosas para cambiar”.

Los terapeutas hablan como a los pacientes les resulta beneficioso para solucionar su problemática el contar con ciertas redes sociales:

“...ser miembro de un club de fans, la motivaba...”.

“... creo que hay otras cosas que le ayudan pero desconozco que tanto influyen y esas cosas son su familia, deben de estar haciendo algo pero como ella dice se ha alejado de su familia lo cual le genera conflicto, entonces es revalorar esa parte de ahí...”.

“Asistía a talleres de depresión, suicidio, también a un grupo en la tarde de la tercera edad, tenía más grupos donde acudir, lo cual nos ayudó bastante, porque de las cuestiones que tratábamos, a lo mejor allá le daban también hojitas informativas, le daban a leer un libro, entonces todas esas cosas nos ayudaban un poco”.

“Por motivación de él y de su pareja de estar bien, establecer una relación más duradera, regresar, re continuar, todos estos aspectos que lo movían a conseguir un cambio”.

Por otro lado, en los casos donde no se tiene el apoyo de la familia lo que tiene que ver es las ganas de la propia persona de cambiar y de salir adelante:

“...nos parece que su familia no sabe del problema por el que acude a la terapia”.

“...del apoyo familiar, de que la motivaran no, pero tampoco le decían que no viniera, les dijo pero fue de si quieres ve, su familia no le dio comentarios de qué bueno que vayas”.

“Más que familia y amigos, es la disposición de ella, porque no hay alguien que le apoye”.

Otro de los beneficios que tiene la terapia es que los terapeutas lograron observar que al avanzar en el motivo de consulta se obtienen beneficios también en otras áreas:

“...igual la misma apertura de ideas que está teniendo hace que tenga más amigos, que se acerque a más personas...”.

“...familia, amigas, comenzó a tener más relaciones sociales fuera de la familia, estaba relacionada con más, ya empezaba salir con más personas y sentirse mejor”.

También se dijo que depende mucho de lo que el paciente haga, de su disposición para el cambio y que vengan motivados, esto lo ven en diversos aspectos, como lo es:

“...participaba mucho, otros por mucho que se les diga y se les deje tarea no la hacen y no se sienten capaces, lo que le decíamos si lo tomaba en cuenta y lo realizaba, era cooperativa, buscaba sus técnicas, soluciones, cuando se sentía mal le buscaba, por ejemplo era muy desorganizada y entonces empezó a hacer una agenda por ella misma. Anotaba sus tareas y trataba de cumplirlas, porque

como era la apatía y el desgano entonces dejaba las tareas por ahí, y decía no ahora si las voy a hacer, las tengo que hacer”.

“...llegó con toda la disposición de contar su problema, no se limitó en dar información, dice que como no fue a la escuela no comprende algunos textos, pero se pone a leer, investiga, eso le ayuda, ponerse a investigar, estuvo en cursos de depresión, leyendo un libro, en su vida ha identificado en qué momentos le ha pasado, ya sabe que tiene que hacer para que no le vuelva a pasar, es más que nada informarse y eso ha ayudado porque nos hace un favor enorme, ayuda a avanzar más rápido con ella”.

“...ponía mucho de su parte, hacia tareas, si llegaba con una duda a la terapia lo refería, en verdad quería un cambio en ella y lo logró...”.

“...lo demuestra porque es puntual, cuenta sus cosas, dentro del cubículo se hacen bromas, nos pregunta de cosas relacionadas con su carrera, ella se interesa por lo que le decimos y lo muestra corporalmente”.

“... lo mides en cosas como que vino, llego temprano, está preguntándote, está resolviendo dudas, entonces en esos aspectos puedes decir que se mantiene, además los avances que se traían semanalmente eran más notorios”.

“...entusiasta, por las reflexiones que hace, dice es por esto, sólo es irlo guiando un poquito y él va guiando y haciendo su reflexión, lo vemos de que hace su trabajo, llega temprano, participa, hace su tarea, explica dudas, que entendió, como lo entendió, como lo pueden solucionar, está activo, no es de viene y se sienta y no hace nada, sino que trabaja, participa y dice y habla, propone, por esto avanza, porque tiene muchas ganas”.

“... a lo mejor no aplicó todo pero ya va saliendo, no se limitó a escuchar y ya, sino que se tomó el tiempo para pensarlo y empezar a aplicar algunas de las cuestiones que le pedíamos”.

“...ya lo trae medio pensado y es más sencillo ir con ella a la par, además le vamos aclarando algunas dudas que le van surgiendo...”.

“...el mayor cambio fue la toma de decisión, ella llegó ya con la idea pero no se atrevía...”.

“...más disposición a trabajar con nosotros y colaborar con los cambios, porque nos colocaba como que le íbamos a dar la solución, lo cual no es así, ella tenía que cooperar, nosotros dábamos opciones y ella decidía qué era lo que iba a hacer”.

“...se vio en la paciente compromiso, puntualidad, cumplir en los acuerdos, “vamos a acordar que de tarea tienes tal actividad”, y ver si la realizó o no y que inconvenientes se le presentaron, además que quiso venir y quiso hacer un cambio, también esa disposición y flexibilidad, Siempre traía dudas de cosas que no le salían o inconvenientes, comentaba y se trabajaban y ella hacía una reflexión de lo que ella misma hacía, venía a presentarnos lo que había logrado en la semana, si se le había presentado un inconveniente traía la situación y a lo que había llegado después “creo que después ya vi que paso esto” y entonces nosotros retroalimentábamos y entonces llegábamos a algo que decía si ya lo había planteado, ya venía con cosas planteadas, se retomaban solamente, eso ya fue a la mitad de la intervención, porque al principio no, primero se le tuvieron que brindar las herramientas. Fue un trabajo que no fue solo de sesión sino que ella lo trabajaba toda la semana”.

Las tareas pueden ayudar a encontrar problemas que a veces los usuarios no son capaces de expresar, pero que al llevarlas a cabo sale a flote los dilemas que les causa en su vida diaria:

“Cuando le dejamos que siguiera con su cuadro ABC de ELLIS ahí surgió el problema, platicamos acerca de eso y así fue como salió a flote el problema, por la tarea que le habíamos dejado”.

Sobre los cambios que presentaron los pacientes, estos fueron:

“...cambios fueron varios, no uno en específico, sino fueron varias situaciones en las que sí se fue modificando mucho el cómo llegó y el cómo se fue, por

decir situaciones en que ella presentaba sus malestares o su problemática, en esas situaciones empezó a poder hacer algo, empezó a hacer actividades que había dejado de hacer porque no las podía realizar por lo que pensaba, entonces al trabajar esos pensamientos pudo empezar a hacer cosas que antes no podía hacer”.

“El mayor cambio fue la toma de decisión, ella llegó ya con la idea pero no se atrevía, el tema era quiero hacerlo pero no puedo. Aún no comienza como tal el proceso de divorcio pero ya se separaron, ya pidió las llaves, ya lo corrió, ya hace planes de soltera, son cosas que considera que logró a través de la terapia... el mayor cambio es verse ya ella sola, como madre soltera, que no necesita a la ex pareja para salir adelante”.

“... era algo que ya estaba manejando, no era algo que se quedara en el cubículo, sino que sí lo estaba aplicando y sí le estaba funcionando, hasta la paciente lo comentó algún día, “yo no quiero venir toda la vida, yo me siento bien”, “esto, esto y esto y he manejado esto por esto, se me dificulta esto y trabajamos en esto” y entonces ves el avance, entonces llega un momento en que dice ya las tiene y las sigue aplicando”.

“Cambios en su actitud y en la reflexión de la problemática, se empezaba a dar más cuenta del poder que tiene para influir en la problemática, porque pensaba que era externo y que todo recaía en los demás”.

“... cuestionar sus pensamientos, ya lo podía hacer de una manera más automática, que le permitía llegar a la reflexión y darse cuenta que no solo los otros eran los que influían en la problemática, sino que él jugaba un papel muy importante, y que al final de cuentas él era el que iba a establecer las conductas o adquirir los aprendizajes”.

“Comienzan a tomar decisiones por ellos mismos sin que tenga que influir lo que piensen las demás personas acerca de sus vidas”.

“...cuando se empezó a percatar de que las cosas que sacaban adelante a su familia las hacía ella y no su esposo, le ayudó mucho para decir no lo necesito, cambiar esas ideas erróneas”.

Además desde el inicio empezaron a crear un clima facilitador del cambio, con el cual continuaron rescatando sus habilidades así como sus recursos positivos, rescatando sus puntos fuertes y dándole motivación, no juzgándolos ni regañándolos así como centrando su atención en ellos haciéndoles sentir importantes que viera y sintiera que trataban de entenderla:

“...al principio se le dio una visión general de lo que se va a tratar en la terapia, lo que se iba a hacer, las técnicas que se iban a usar, etc.”.

“...presentación de nosotros como terapeutas, el tipo de terapia que iba a ser, se le mostró un panorama general de que perspectiva se iba a abordar, se le dieron estos puntos, reglas, límites, su responsabilidad de él y de nosotras. Incluso al comenzar la terapia se le explicaba qué era lo que se iba a ver, le dabamos una idea general de cómo se iba a llevar a cabo la sesión, de: “hoy vamos a ver habilidades sociales y esto” y así”.

“Le dijimos que no le íbamos a decir si estaba bien o mal, que no la íbamos a juzgar, la paciente siente que si las personas no la aceptan del todo entonces se retrae un poco, entonces nosotros no la íbamos a juzgar, solo íbamos a trabajar sobre eso, pero sin manejar bien o mal, lo que le ayudó a abrirse”.

“...tratamos que no se sienta juzgado o que está mal o tiene que cambiar, el viene por algo y si él nos expone esto o aquello trabajamos con eso, o trabajamos con lo de su cuadro, consideramos que nos ve con disposición de trabajar con él, no de que le llegemos a imponer algo o le digamos tú estás mal por esto”.

Sobre los terapeutas, que es lo que sintieron que ellos hicieron para beneficiar la terapia:

“...nos gustó el trabajo con el paciente, nos comprometimos, pusimos empeño, dedicábamos tiempo, planeábamos bien las cosas, concordábamos mucho con

la teoría, Queríamos la utilidad para el usuario, era ponernos a prueba, el manejo ya de estar en el cubículo, con la usuaria, teníamos expectativas de manejarnos correctamente, sacarla adelante, queríamos que no se fuera”.

“...el compromiso como terapeuta, pasión, gusto y compromiso, algo que realmente te haga estar aquí, que disfrutes lo que estés haciendo, que te muestres comprometido, que no lo hagas por cumplir con un servicio, con una materia, porque al final de cuentas rebasa, creo que no se trata de ver al usuario como una calificación tuya , porque deja de ser ético, verlo en función de escuela sería una gran desventaja, y algo que puede ayudar al usuario es que uno se meta, ahonde en la problemática y realice el trabajo, no como académico sino ya como algo profesional, también es importante informarse...”.

Sobre la relación, en general se comentó que fue buena, pues había la confianza de preguntar y vieron al paciente accesible además a lo largo de las sesiones ésta fue progresando:

“...sintió que fue cambiando, la relación se hizo más cordial, más cercana, incluso podíamos hacerle observaciones más fuertes de lo que él decía, más directas de que lo que veíamos y era igual de parte de él a nosotros”.

“...mejoró a través de las sesiones, más relajada, más personal, menos profesional. La sentimos a gusto, nunca hubo desacuerdos o que no siguiera las tareas, no las hacía al pie de la letra pero sí de la mejor manera”.

“...bien, se ha acercado más, no solo narra o describe lo que sucede, sino que se abre más a expresar sus emociones, cada sesión aumenta esa confianza. El ambiente es relajado, no es como directivo, si tratamos de mantener orden en la sesión, pero dejándole a ella la libertad de que decida de que se va a hablar”.

“...fue abriéndose más hacia lo que vivía, como las aplicaba, y se fue entablando una relación más amable, más amena donde ya no se trataba de

terapeuta y paciente, sino más personal. Esto se fue dando conforme avanzaban las sesiones, esa proximidad, ya no se explicaba con conceptos de psicología, ya hablábamos con ella como persona”.

“...me agradó, sentí que cuando llegaba a las sesiones sí trataba de abrirse y expresar todo lo que quería o cuando se le pedía si quería agregar algo lo hacía...”.

“...ambas partes nos sentimos en confianza, había la disponibilidad, se generaba empatía para trabajar...al final terminó abriéndose más, siempre cooperó pero al final fue más”.

“...buena relación, desde el inicio, muy abierta, llegó a la terapia no de nada más les voy a decir esto, sino comentaba todo. Les facilitó el trabajo en parte porque sin ponerse un límite soltaba todo”.

“...sentimos la relación con la paciente buena, que cambió de la primera sesión a la última, estos cambios fueron la confianza, se notó en la postura, las primeras sesiones un poco más rígida de su cuerpo, más reservada, después ya llegaba, se salía, acomodaba el sillón como ella quería, se sentaba en la posición que quería, se notaba más conocimiento del espacio, además siempre fue una relación respetuosa, algo importante además es la colaboración, siempre hubo trabajo en equipo y ella en alguna ocasión lo refirió así, esto fue planteado las primeras sesiones cuando le dijimos que el 70% del éxito del trabajo era de ella y el 30% de nosotras y entonces se requería un trabajo de ambas partes, que no era responsabilidad solo de una parte sino de ambas, era un trabajo conjunto, y en ese aspecto lo entendió bien y la dinámica se empezó a hacer así, ella comentaba, comentábamos, retroalimentábamos, ella nos decía que estaba entendiendo de lo que decíamos y si era lo que planteábamos le decíamos, si no le explicábamos como era. Siempre había una reflexión de los dos, en ese aspecto ella era muy buena”.

“...era preguntarle y plantearle: “desde acá estamos viendo esto, nos acabas de comentar esto, tú como la ves”, explícitamente fomentábamos el trabajo de

ella, “tú qué piensas, como la ves, como te pareció, como te fue esta semana”, preguntábamos directamente...”.

Finalmente, la Tabla 19 muestra un análisis cuantitativo de lo anteriormente expresado, es decir, de acuerdo a ciertas categorías se cuantificó el número de veces que tanto terapeutas como pacientes mencionaron alguna de ellas. Cabe mencionar que para la realización de este análisis no se hicieron inferencias acerca de si realmente se referían o no a eso, es decir, únicamente se contabilizaron los casos en que ambos se refirieron de manera literal a dicha variable.

Lo que se hizo fue encontrar las expresiones que se repetían más y después contabilizar cuántos de los pacientes y cuántos de los terapeutas hacían mención de ellas. Posteriormente se les dividió para que quedarán asignadas a diversas categorías las cuales podían ser: expectativas del paciente, variables, del paciente, cambios, variables de la relación, técnicas y variables del terapeuta.

Cabe resaltar que a lo que se hace mayor alusión durante las entrevistas es a las características del terapeuta y si a esto agregamos las técnicas podemos concluir que este punto es el mayormente comentado tanto por terapeutas como por los usuarios. Por el lado contrario, se encuentra un menor número de menciones a la categoría variables de la relación, aunque en cuanto a este rubro la confianza fue la que se citó más veces.

Por otro lado, un punto importante a hacer notar es la trascendencia que tiene el que los terapeutas escuchen y que los usuarios sientan que esto es así, pues incluso hay comentarios acerca de que esta característica resultó ser muy importante para lograr el cambio.

Acerca de las características del paciente, vemos que tanto terapeutas como pacientes le dan su importancia, siendo que la participación activa de este resulta ser muy importante para lograr una terapia eficaz, además de que varios terapeutas les resaltaban a estos el que el cambio dependía de ellos.

Tabla 19

Número de veces que terapeutas y pacientes hacen mención de variables específicas que tuvieran relación con el proceso terapéutico

		Terapeuta	Paciente
EXPECTATIVAS DEL PACIENTE			
1	Busca orientación en la toma de decisión	4	5
2	Entenderse/ Entender la situación	3	4
3	Dejar sentir miedo para tomar una decisión	3	3
4	No querer estar como estaba (ganas de cambiar)	7	7
5	Para confrontar las ideas que ya pensaban (experto les explique)	2	4
VARIABLES DEL PACIENTE			
1	No sabía qué hacer	2	5
2	Le costaba hablar	3	3
3	Se resiste	5	0
4	Participa en terapia (traía dudas, daba información)	10	6
5	Asiste y es constante	5	6
7	No tiene apoyo familiar	5	4
8	Es miembro de otro grupo	2	2
9	El cambio de debió al paciente (disposición)	10	6
10	Participa en casa: hacia tareas	7	8
11	Hacen cosas por su cuenta (se informan, lo traen pensado, retoma habilidades en casa)	6	3
12	Les gusta que los escuchen/les ayuda hablarlo	4	6
CAMBIOS			
1	Ya se sentía bien (cambio)	6	5
2	Al salir es parte del paciente	2	5
3	Ser más sociables	4	5
4	Comunicación	8	8
5	Cambio Conductual	8	7
6	Cambio en su modo de pensar	9	7
7	Darse cuenta	4	11
8	Ver que puede hacer la cosas	5	6
9	El usuario ve que influye en lo que le pasa	8	3
10	Toman decisiones por ellos y no por los demás	5	6
11	Decir lo que piensa y siente/expresar mejor sus opiniones	7	5
12	Ver que su comportamiento tiene consecuencias	4	2
13	Daba opciones y soluciones(si pasaba de nuevo)/ya saben que quieren	7	3
14	Se involucran en otras actividades	3	3

VARIABLES DE LA RELACIÓN			
1	Confianza	10	10
2	Empatía	4	1
3	Disponibilidad	2	2
4	Respetuosa	2	5
5	Cooperativa	7	0
6	Agradable	5	10
7	Bien, contentos y cómodos	5	10
8	Buena, la paciente se sintió bien para hablar	8	7
9	Mejóro	12	6
TÉCNICAS			
1	Reestructuración cognitiva	5	0
2	Solución de problemas	5	2
3	Asertividad	6	2
4	Relajación	7	4
5	Fijarse metas	2	3
6	Role playing	6	2
7	Las tareas eran adecuadas, cumplían el objetivo y no eran desagradables	4	4
8	La terapia fue beneficiosa, adecuada, sencilla	7	6
VARIABLES DEL TERAPEUTA			
1	Toman en cuenta su opinión	6	2
3	Son amables/ agradables	1	10
4	No apresuran el cambio	4	2
5	Lo motivan	4	7
6	Lo entienden	4	4
7	No lo regañan/no juzgan	4	1
8	Aclaran dudas	5	3
9	Explican el modo de trabajar	7	3
10	Le ayudan a expresarse en terapia	6	5
11	Preguntan sin ser hostigosos	2	7
12	Hacen que reflexionen	8	10
14	Le explican al paciente que es su decisión	4	4
15	Lo orientan	10	7
16	Le hacen ver en qué falla y le dan ideas	9	9
17	Escuchan/ la dejan hablar	10	11
18	Resaltan sus puntos fuertes (virtudes)	5	2
19	Preguntas a partir de lo que el paciente comenta	6	5
20	Son comprensivos y flexibles	4	2

De las expectativas, podemos afirmar que lo que los usuarios en este estudio esperaban en mayor número era dejar de estar como estaban, orientación, entender la situación por la que pasaban y a sí mismos, que se les ayudara a tomar una decisión y que un experto les explicara su situación.

Por último, sobre los cambios, encontramos que son respecto al modo de pensar y de conducirse, así también, la mayoría de los participantes expresaron que estos tenían que ver con ver que pueden hacer las cosas, tomar las decisiones por ellos mismos sin tomar en cuenta a otros, expresar lo que dicen y piensan y ver las consecuencias que trae sus comportamiento. Otro punto que se indica mucho es la reflexión a la que los terapeutas lograban llevar a sus usuarios.

9. CONCLUSIONES

Primeramente cabe aclarar nuevamente la importancia que tiene esta investigación y es que, como mencionan Bandos, *et al.*, (2002); Hernández (2009); Porcel (2005) y Sirvent (2009), aunque estamos seguros de que cada cliente es único, es necesario buscar criterios para agruparlos, realizando estudios controlados y haciendo generalizaciones, pues si no se hace el clínico carecería de pautas para saber cómo enfocar el tratamiento y deberían de basar sus decisiones únicamente en el sentido común y el juicio clínico.

Por tanto, con esta investigación, los clínicos tendrán más bases científicas justificadas en experiencias que se tienen con otros pacientes que fundamentarían sus decisiones. Conociendo los factores que influyen en el buen resultado de la terapia se incrementaría la calidad en la evaluación y procedimientos, así también se hace posible dar una mejor retroalimentación a la práctica clínica y su supervisión (Cano, 2002).

La psicología clínica, tal como menciona Echeburúa (2008) y Londoño & Valencia (2005), tiene que hacerse valer y estar atenta ante la respuesta que puede dar a las nuevas necesidades mejorando su servicio, solo así seremos más competitivos en el mercado haciendo que la profesión alcance un mejor posicionamiento y con ello la confianza y el fomento del uso de los tratamientos psicológicos y por consiguiente un aumento en la salud mental de la población, de lo cual ya se mencionaron los beneficios.

Además, adicional a otras investigaciones de este tipo, lo que este estudio hizo fue aportar una idea más clara de qué es lo que pasa en terapia con respecto al paciente, pues ya no nos quedamos únicamente con nuestra versión sino que vemos también el otro lado de la moneda preguntándoles a los clientes acerca de su proceso.

Por lo anterior es que el objetivo de la presente investigación fue identificar y comparar los puntos de vista tanto de los terapeutas como de los pacientes acerca de la eficacia de la terapia cognitivo conductual viendo cuales son los factores que según ellos determinan el éxito y lo que se encontró es que se relaciona con la entrevista inicial y con variables que tienen que ver con las características del paciente, de la terapia, del terapeuta y sus técnicas y de la relación.

Entrevista inicial

Por lo que se refiere a la entrevista inicial esta consiste en efectuar una serie de preguntas al usuario sin realizar aún ningún tipo de intervención. La información que es recabada va a servir para que el clínico esclarezca el motivo de consulta del paciente así como recabar datos que le permitan realizar el análisis funcional el cual le ayudará a estructurar su plan de intervención.

En este estudio, en todos los procesos terapéuticos que se analizaron, se dedicaron al menos dos sesiones para la realización de la entrevista, siendo en la tercera sesión donde la mayoría (pues hubo casos donde se usó dicha sesión para seguir recabando datos) empezó a aplicar técnicas de intervención, aun así desde estas primeras sesiones los usuarios y terapeutas comenzaron a notar cambios, esto se vio reflejado en que la media de avance según la percepción del terapeuta antes de la tercera sesión fue de 30.83% y del usuario de 33.7%, además de que ambos mencionaron sentir que había mejoras en el bienestar psicológico familiar, social e individual.

Y es que, como mencionaron los terapeutas, no solo se trata de preguntar por preguntar, la entrevista inicial debe llevar un objetivo de por medio, el cual es conocer más al usuario recolectando información que aclare la razón por la que acuden a terapia así como los factores ambientales que explicarían el problema.

En caso de no hacerse así la terapia podría llegar a desviarse, hablando de trivialidades y convirtiéndose en una simple conversación de amigos, en cambio, con preguntas bien planeadas y estructuradas el terapeuta se permite y le permite al usuario indagar en diversos aspectos, algunos que el usuario ya trae preparados y otros que salen gracias a la reflexión que se da en el momento, los terapeutas hacen preguntas y los pacientes reflexiones, el paciente dice algo y el terapeuta rectifica la pregunta y la contextualiza, se trata de un dar y recibir con beneficios para ambos.

En este punto, a modo de paréntesis, cabe añadir la opinión de los usuarios respecto a lo que ellos creen que les ayudó y esto es la forma que los terapeutas tenían de hacer las preguntas, la cual era respetuosa y suave, no tomaban sus respuestas a la ligera, no eran

hostigosos o agresivos, les dejaban hablar y les ponían atención además de que se centraban en ellos y en sus problemas y recordaban lo que les habían dicho.

Por todo lo mencionado anteriormente es posible concluir que una parte importante de la terapia es la entrevista inicial puesto que muestra tener beneficios tanto para el paciente como para el terapeuta, los cuales se detallaran a continuación:

- Los beneficios para los pacientes van a ser en cuanto a su motivo de consulta, pues con las preguntas que se les formulan es posible que empiecen a hacer reflexiones por ellos mismos así como plantearse más claramente la estructura de su vida y darse cuenta de qué es lo que ocasiona los problemas y es que aunque todavía no se realice una intervención como tal, con estas reflexiones empiezan a realizar cambios en su modo de conducirse.

Lo anterior se encuentra apoyado en la literatura con base en lo expresado por Bandos, *et al.*, (2002); Evans & Murdof (1983); Mustaca (2004) y Myers (2005) respecto a que va a ser mediante la exploración de la vida de las personas que se les puede ayudar a solucionar sus problemas. Además, con este estudio, se logró complementar dicha idea la cual no aclara porque pasa así, entonces con lo comentado se da un acercamiento del porque y como beneficia al paciente la exploración que hace el terapeuta de su vida.

- Los beneficios para los terapeutas se dan en el modo en que ayudan a su usuario, ya que gracias a la información que consiguen les resulta posible manejarlos terapéuticamente pues les facilita diferenciar la forma que tienen de organizar su mundo de significados y conocer que esperan obtener de la terapia para que, en los casos en que lo que esperan no es un objetivo realista, puedan hablarlo y hacerles ver y/o llegar a un consenso de que sería lo ideal. También se benefician pues gracias a la información recabada pueden darse cuenta de las características, motivaciones, cualidades, gustos, apoyos sociales, etc., que los pacientes tienen y usarlos a su favor.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que no solo se trata de obtener información sino también se trata de saber cómo usarla, pues es posible encontrarse con datos que quizás no

son relevantes para el análisis funcional pero que posteriormente pueden funcionar para otros propósitos (por ejemplo, si se conocen las rutinas de los pacientes se hace posible saber que tareas son factibles que pueda realizar y cuáles no). Además, al retomar aspectos que el paciente ya había comentado hace que se sienta escuchado y esto trae consecuencias positivas en la relación y por ende en el resultado.

Lo anterior va de acuerdo con Alcázar (2007); Hernández (2009); Moreno, *et al.*, (2012); Porcel (2005) y Winkler, *et al.*, (1989), acerca de los beneficios de conocer mejor al usuario (expectativas, personalidad, experiencias, necesidades, objetivos) para determinar el mejor tratamiento y poder hacer que se ajuste a él.

Además esto coincide con lo dicho por Echeburúa, *et al.*, (2010) y Sirvent (2009), acerca de que un criterio para el éxito en terapia es tomar en cuenta las diferencias individuales, lo cual también guarda relación con lo que comentan Duncan, *et al.*, (2007), de que es un error prestarle demasiada atención a las técnicas y no tomar en cuenta características del paciente, aspecto que se retomará más adelante con mayor precisión.

Para terminar este punto, resalta el hecho de que, si se comprobó la trascendencia de esta parte del proceso terapéutico entonces, tal como dice Ginarte (2001), debe ser importante que el experto tenga habilidades en técnicas de entrevista, para así poder obtener información, hacer preguntas y que sean las adecuadas. Así también resultarían relevantes las buenas habilidades interpersonales para poder propiciar un buen ambiente que nos permita obtener información.

Variables del usuario, del terapeuta y de la relación

Primeramente hay que señalar que en algunas variables no se encontraron resultados concluyentes sobre el efecto que tuvieron en el resultado de la terapia, sobre este hecho una posible explicación puede estar en lo expresado por Londoño & Valencia (2005) y Sánchez, *et al.*, (1999), siendo que Londoño & Valencia mencionan que puede que una variable por sí sola no produzca efectos pero que en combinación con otra variable se lleguen a presentar cambios, mientras que Sánchez encontró efectos diferenciales de ciertas variables dependiendo de las características del problema del usuario. Entonces, quizás sea por esto que en algunas de las variables de este estudio no se encuentren efectos

diferenciales mientras que en otros estudios si, pues va a depender de con que otra variable interactúen para llegar a tener efectos en la eficacia.

También conviene tomar en cuenta el número reducido de participantes que tuvo el estudio, lo cual limita el poder llegar a establecer conclusiones certeras acerca de los datos encontrados.

Relacionado con lo anterior, hay que hacer hincapié en el hecho de que las variables que se van a mencionar son necesarias más no suficientes para que se produzca el cambio, no bastando la presencia de una de ellas, que ya haya probado su eficacia, para asegurar un resultado positivo, sino que se requiere también de otras variables, para ejemplificar esto se tuvo el caso de un paciente que venía muy motivado para poder cambiar en referencia a su motivo de consulta (la cual, como se mencionará más adelante es una variable trascendente para el cambio), sin embargo empezó a notar que al pasar las sesiones estas iban decayendo pues las terapeutas no le prestaban la atención adecuada sintiendo que solo lo veían como calificación, a pesar de ello continuó en la terapia, pues tenía muchas ganas de cambiar su problema y de mejorar, sin embargo al no encontrar mejoras por parte de sus terapeutas terminó abandonando. Al realizar la entrevista a las terapeutas ellas no mencionaron que hubieran encontrado problemas en su actuación con el paciente, de hecho se describieron como motivadas para ayudarlo a lograr el cambio.

Por lo tanto, lo que se trata dar a entender con esto es que aunque la motivación del paciente es importante no es suficiente para llegar al cambio, siendo también importante que los terapeutas muestren características positivas y que, como menciona Santibáñez, et. al., (2009), los clientes lo noten pues si no es así la terapia puede terminar en abandono.

Variables del usuario

En el caso de las características del paciente Botella & Corbella (2006), mencionan que habría de dos tipos, unas que involucrarían a las que ya trae el paciente, es decir que no es posible realizar modificaciones, sino que simplemente podría hallarse la mejor manera de poder adaptar el tratamiento a ellas y otras en las que tendríamos cierta influencia pudiendo realizarles modificaciones a lo largo del tratamiento.

En este estudio se tratan como estables a las variables sociodemográficas y como factibles de cambio a las variables relacionadas con las expectativas y la disposición personal.

Variables socio demográficas

Se encontró que a terapia acudieron mayoritariamente las mujeres que los hombres, con una diferencia de 10 a 2. Por otro lado, las mujeres asistieron por problemas de tipo emocional, lo cual coincide con lo mencionado por Iraurgi (1998) y Myers (2005), sin embargo por la escasez de hombres en el estudio no se pudo confirmar qué sucede con ellos, siendo que, en este estudio, los problemas de tipo conductual que se encontraron fueron por problemas que se tenían con los hijos.

En el caso de la edad no se encontró relación con respecto a que de esta dependa que se acuda mayormente a terapia. Aunque es posible observar que un significativo número de casos (5) se encontraba en un rango de edad que fluctuaba entre los 19 y los 29 años (3 de ellos estudiantes y 1 exestudiante de la FESI), mientras que en el resto de los usuarios (7) la edad oscila entre un rango más extenso, es decir entre los 30 y los 89 años. Una posible explicación a esto es que las terapias se dan en la CUSI, la cual pertenece a la FESI, por lo cual resulta accesible para los estudiantes el poder asistir a terapia.

Por otro lado, en el caso del número de altas terapéuticas y abandonos no fue posible establecer que mantengan relación con la edad, de igual manera, no se encontraron resultados que nos permitan concluir que el estado civil, el tipo de familia, el tipo de terapia tuvieran efectos en el proceso terapéutico.

Acerca de la ocupación del paciente y el tipo de problema (conductual, emocional, familiar), no es posible afirmar si tienen relación con el abandono, aunque es interesante el hecho de que todas las amas de casa fueron dadas de alta mientras que los empleados abandonaron la terapia, lo cual es posible atribuir al hecho de que las amas de casa pueden disponer de su tiempo de acuerdo a lo que ellas decidan mientras que los empleados dependen de otras personas.

En el caso de la escolaridad resultó notable encontrar que en los casos de usuarios con grados bajos como Primaria y Secundaria no hubo ningún abandono, mientras que en niveles más altos se encontraron datos variables. Sobre esto, cabe hacer mención que no se corroboró el hecho de que a mayor nivel educativo el rol resulte ser más activo, pues además de que las personas con nivel educativo bajo fueron dadas de alta, tanto ellas como sus terapeutas mencionan que se involucraban con la terapia preguntando, buscando el material que se les solicitaba así como también investigando por su cuenta.

Finalmente, es interesante observar que varias personas mencionaron no sentir apoyo por parte de su familia siendo que a veces no estaban enterados o no les parecía correcto que fueran a recibir terapia, lo cual no tuvo influencia en el peor resultado de la terapia. Es relevante pues Rondón, et al., (2009) y Sirvent (2009) hablan de la importancia que tiene el apoyo social en la terapia, aunque lo anterior no es concluyente pues se habría tenido que indagar un poco más acerca de si dichos usuarios no contaban con algún otro apoyo que no fuera la familia.

Disposición personal

Para hablar de este tema, cabe comenzar mencionando que, según terapeutas y pacientes, el mayor peso en el cambio en terapia lo tiene el usuario, lo anterior se ve en las puntuaciones que dieron a variables a las cuales atribuyen el cambio, pues a excepción del caso de los usuarios que en la tercera sesión otorgan el porcentaje más alto a la variable de terapeuta y sus técnicas, en todos los demás casos el porcentaje mayor se le atribuye al paciente.

También se observó en lo que expresaron acerca de esto pues ambos hablan de que depende de la disponibilidad del usuario pues es quien decide si realiza o no la tarea o si se queda o abandona.

Así, en los usuarios se ven comentarios como: “si quiero vengo”, “es mi decisión”, “si no me importa o no pongo atención no funcionaría” y “lo que ellos (terapeutas) me hacen pensar y que realmente me ponga a pensar y de un paso”.

Del mismo modo observamos los comentarios que hacían los terapeutas a los usuarios pues dicen que les dejaron claro que tenían que cooperar, que como terapeutas

podían decirles muchas cosas pero al final ellos son los dueños de esos cambios pues son los únicos que pueden crear una nueva vida, que como terapeutas estaban para brindarles herramientas pero son ellos quienes deciden si lo ponen en práctica y de qué manera, que no era una receta que tenían que hacer a la fuerza y al pie de la letra, que les iban a ayudar a ver opciones dependiendo de lo que consideran podía servir pero si consideraban que era algo que no ayudaba propusieron su propia alternativa o modificaron las que ellos les daban.

Además ambos comentan que entre las cosas que más ayudaron al cambio estuvieron la esperanza por algo mejor, las ganas de cambiar y no querer estar como estaban.

Lo expresado anteriormente lleva a afirmar lo siguiente:

- La disposición personal al tratamiento y al cambio favorece a los resultados.
- Es importante que el paciente se encuentre motivado, con disposición y compromiso pues si no es así no va a sentir el entusiasmo por cambiar, por hacer las cosas y por cumplir con la terapia.

Lo cual pasa a corroborar lo mencionado por Evans & Murdoft (1983); Santibáñez, et, al., (2009) y Winkler, *et al.*, (1989) acerca de que:

- Existe relación entre la disposición personal y la eficacia del tratamiento.
- El grado de involucramiento no difiere en función del tipo de terapia o de tratamiento sino que está determinada por el paciente.
- El entusiasmo posibilita aprovechar las capacidades al máximo y encontrar satisfacción.
- El principal recurso de la humanidad es el potencial humano, sin él no es posible desarrollar otros recursos.

Ahora bien, por lo anterior vemos que la literatura ya afirmaba que era importante, lo trascendente de este estudio además de corroborarlo es que tanto los terapeutas como los pacientes de este estudio lo saben, lo cual es importante porque:

- De nada serviría que existan estudios que traten el tema pero que los hallazgos no tengan repercusiones en la práctica clínica.
- Fomenta que el usuario logre alcanzar, tal como dice Urzúa, *et al.*, (2010), un funcionamiento autónomo y satisfactorio pudiendo afrontar la realidad y asumir la responsabilidad de su vida poniendo remedio a su problema, esto porque:
 - a) Quita el enfoque de trabajo paternalista.
 - b) Promueve que el terapeuta se comporte de manera menos directiva.
 - c) Impulsa al paciente a comportarse como socio activo de su tratamiento, así como también al terapeuta para que lo trate de esta manera.
 - d) El usuario no se hace dependiente del servicio.

Todo esto lo mencionaron Hernández (2009); Libertad (2006); Porcel (2005); Santibáñez, *et al.*, (2008) y Sirvent (2009) respecto a la correcta forma de actuar en terapia refiriéndose a no tratar al usuario como sujeto pasivo.

En otro orden de ideas, sobre los factores donde podemos notar el interés del paciente se observó que ambos mencionaron que es en la asistencia, la puntualidad y ser constantes, pues muchos de los clientes recorrían distancias muy largas solo para poder tener su sesión u organizaban sus actividades y sus horarios para poder ir. También es posible observarlo en los comentarios que hacen los usuarios acerca de cómo se sienten, incluso varios terapeutas hablan de que lo notan en el lenguaje no verbal. Igualmente está el cumplir con las tareas, ser cooperativos, entusiastas, activos, poner atención, proponer ideas, escuchar, aclarar dudas, comentar de inconvenientes o problemas con la realización de las tareas, buscan el material que se les solicita, investigar por su cuenta, retomar en casa lo visto en terapia, etc. Lo anterior hacer que se vea que el cliente se encuentra comprometido, con disponibilidad y disposición.

No obstante, aunque estos indicadores nos dan una idea de cómo es que se siente el paciente con el servicio que se le está otorgando, se corroboró que existen otras formas de saberlo, las cuales son hablar directamente con él así como realizar evaluaciones frecuentes y estandarizadas acerca de su experiencia con la terapia. Y es que tal como expresa Miller & Bargmann (2000), la evaluación formal y discutir la experiencia del cliente del proceso

duplica la tasa de cambio confiable y clínicamente significativa y reduce la tasas de abandono. Pero ¿Cómo es que estas dos armas clínicas nos van a permitir un resultado eficaz?, a continuación se detalla lo anterior:

En el caso de discutir la experiencia del cliente se observó que mediante el acercamiento que se tenga es más fácil ir determinando como es que van respondiendo los pacientes, tal como mencionan los autores Santibáñez, *et al.*, (2009) y Winkler, *et al.*, (1989).

Lo anterior pues, como comentan los pacientes, al sentirse cómodos y en un ambiente cálido y de seguridad para hablar abiertamente de sus problemas se aumentaba la fiabilidad de sus respuestas, además de que favorecía que expresaran sus dudas de las tareas que se les dejaban, los problemas que tenían para realizarlas, sus experiencias al realizarlas y sentimientos intensos que tenían con respecto a estas, así mismo posibilita que expresen si está funcionando o no lo que se trabaja en terapia.

Para citar un ejemplo está el caso de un paciente que manifestó problemas para realizar una tarea, lo anterior a nivel personal, sin embargo gracias al clima propiciado durante la terapia donde se podía expresar y hablar de todos los inconvenientes, además de que no se le juzgó por no poder realizar la tarea, la paciente tuvo la confianza de hablar abiertamente acerca de que era lo que causaba el problema, así como de sentimientos y emociones que había tenido por no poder completarla. Al final con ayuda de los terapeutas consiguió realizarla satisfactoriamente.

Lo anterior también tendría que ver con lo dicho por Ginarte (2001), acerca de permitirnos conocer los problemas con la asistencia o el cumplimiento pues tal vez la tarea este siendo muy compleja por tener un nivel de dificultad personal alto por tratar un tema complicado.

Por otro lado, para complementar los cambios detectados se constató que contamos también con la evaluación formal la cual, como ya dijo Santibáñez y cols., (2009), da la ventaja de la estandarización, la disminución del sesgo y tiene sensibilidad al cambio.

Así, en este estudio lo que se pudo observar es que el instrumento de evaluación utilizado, además del uso científico que se le dio, pudo aprovecharse en terapia para indagar cómo es que el paciente se siente sobre ésta, lo cual podría ayudarle para que se cuestione de cómo es que va su proceso terapéutico y al terapeuta para que sepa cómo va el proceso del cliente. Así, sabiendo con antelación si el usuario está teniendo problemas es posible intervenir a tiempo, lo cual tendría que ver con lo dicho por Santibáñez (2008), acerca de la importancia que tiene la detección precoz.

Variables del terapeuta

En el caso de los clínicos se confirmó, tal como menciona Santibáñez, *et al.*, (2009), que los terapeutas noveles son capaces de dirigir procesos psicoterapéuticos que producen recuperación y mejoría significativa así como establecer un vínculo inicial que estimula al paciente a mantenerse en atención psicológica, y es que de los 12 procesos que se proporcionaron 7 fueron los que se lograron dar de alta siendo que los terapeutas eran estudiantes con una media de edad entre los 21 y los 24 años que brindaban por primera vez este tipo de terapia.

Lo anterior también guarda relación con lo mencionado por Hernández (2009), acerca de que no se han encontrado resultados concluyentes acerca de si el estatus (de plantilla y en formación) o la experiencia profesional tengan relación con el mejor resultado.

Y es que, si bien es cierto lo mencionado por Echeburúa *et al.*, (2010) y Libertad (2006) acerca de que es primordial la preparación científica y las habilidades profesionales, así como tener buenas bases teóricas, experiencia, conocimiento profesional, disposición para estar al día, motivación y confianza, es más importante la confianza que el cliente pueda llegar a tener de nuestro trabajo eficaz, pues de nada serviría un terapeuta con bastas habilidades y conocimientos que tratara con un usuario sin disposición para trabajar con él.

A pesar de lo comentado no deja de ser una variable que, aunque en menor grado, puede llegar a tener efectos por lo cual no podemos dejarla de lado, así que a modo de propuesta cabría analizar la siguiente cuestión, a saber que, al tratarse de terapeutas que apenas empiezan, si es que cuentan con estas características no las tienen aún bien

desarrolladas debido a su limitada experiencia profesional, por lo que sería interesante estudiar más a fondo que tanto manejan dichas características para poder hacer una comparación entre los mismos terapeutas noveles y ver que tanto tiene que ver con la eficacia, así también se podría estudiar la forma en que influye en los alumnos que dan terapia si el profesor que los asesora cuenta con ellas.

En cuanto al género, las terapias fueron dadas por parejas y se observa que el mayor número de altas terapéuticas fue dado por las parejas mixtas, quizás esto sea debido a que estas brindan características personales que se complementan siendo que cada parte, hombre/mujer aporta una porción de su personalidad masculina y femenina. Faltaría realizar más investigación al respecto y estudiar también como es que funcionan los equipos terapéuticos que se encuentran formados por dos hombres.

Por otro lado, se encontró que las 5 altas terapéuticas tienen que ver con lo mencionado por Bandos, *et al.*, (2002); Echeburúa (2008); Echeburúa, *et al.*, (2010); Hernández (2009); Ramallo (1981); Santibáñez, *et al.*, (2009) y Winkler, *et al.*, (1989) esto es que, de acuerdo a lo expresado por terapeutas y pacientes, el éxito se logró gracias a que los terapeutas:

- a) Fueron agradables, accesibles, cordiales, flexibles, pacientes, respetuosos además de contar con características propias de la escuela Rogeriana.
- b) Demostraron ser capaces de obtener información, ordenarla y devolverla a los usuarios logrando que pudieran comprender las causas y por qué mantienen sus problemas, de hecho los usuarios hablan de que una de las cosas que más les ayudaron en la terapia fue la reflexión.

Sobre este punto, los terapeutas dicen que de acuerdo a lo que los usuarios les decían ellos les proporcionaban información, ejemplos y alternativas, les daban su opinión sobre aspectos donde pudiera haber problemas y sentido a lo que expresaban explicándoles: “ante esto pasa esto, ¿te has dado cuenta?” o les reflejaban lo que decían y la persona se daba cuenta porque, de hecho, lo retomaban de su propio discurso.

- c) Se mantuvieron explicándoles la importancia del cambio y los efectos que traía para su vida ese cambio, el paciente debía estar consiente de todas las

repercusiones, era importante que visualizara el panorama completo, (por ejemplo, dejar a su pareja porque era alcohólico), además de hablar acerca de los beneficios a nivel personal de dejar de tratar con una persona así se analizaron las implicaciones que esto conllevaba, como el que sus hijos se podían molestar con esa decisión o el tener que vivir sola, no se trataba simplemente de tomar una decisión sino que le mostraban que implicaba que estuviera preparada para lo que pudiera llegar a suceder.

Así, lo que hicieron los terapeutas fue lo que se detalla a continuación:

- Les daban recomendaciones sin que dejaran de sentir que tenían libertad de elección y haciéndoles que se vieran como agentes de su propio cambio.
- Mantenían en el usuario la esperanza de que iban a poder cambiar sus conductas, pensamientos y emociones, manteniendo expectativas positivas hacia tener nuevas experiencias y aprendizajes y con la seguridad de poder arriesgarse y de que podían manejar el problema, para lo cual fue importante que les informaran cómo resolverlos, enseñándoles habilidades y guiándolos en su ejecución.
- Los reforzaban positivamente y les dejaban ver las características favorables con que contaban en vez de criticarlos y juzgarlos, además evitaron culpabilizar al usuario si fallaba pues puede ser manifestación de su problema.

Sobre cómo mencionan los terapeutas que contribuyeron dicen que se informaron, se comprometieron, pusieron empeño, dedicaron tiempo, planeaban bien las cosas, concordaban con la teoría, querían la utilidad, tenían el compromiso, disfrutaban lo que hacían y tenían muy en cuenta que no era por cumplir con un servicio o una materia sino que trascendía para pasar a ser una cuestión de ética profesional.

Todo lo anterior guarda relación con las tres lecciones que dan Duncan, *et al.*, (2007) para hacer más efectiva la terapia, es decir, (1) que la terapia se maneje bajo el ritmo que vaya dictando el paciente, (2) que se determine cómo van respondiendo al tratamiento y a qué grado y (3) tener el compromiso del cliente y mantenerlo.

Finalmente, como posibles razones que los usuarios mencionaron para dejar de asistir serían que les faltaran al respeto, fueran groseros, se burlaran, no tuvieran disponibilidad, fuera aburrido o monótono y/o sintieran que no obtenían resultados.

Variables de la relación

Sobre la relación, algunos de los puntos mencionados en Botella & Corbella (2003); Cano (2002); Hernández (2009); Santibáñez, *et al.*, (2009) y Winkler, *et al.*, (1989) coinciden con lo que se encontró en este artículo, a saber, que la alianza facilita la aceptación y el seguimiento del trabajo que se maneja a lo largo de las sesiones, por ello hay que crear un vínculo afectivo de confianza, respeto, comunicación, honestidad, sinceridad y aceptación que ayude a sobrellevar el cambio, con el cual también es posible:

- Que el paciente hable con mayor detalle acerca de su vida así como de problemas que tenga con algún tema para llevar a cabo alguna de las tareas.
- Explorar sus preocupaciones y expectativas.
- Compartir las decisiones y lograr un acuerdo sobre las metas, los objetivos y las tareas de la terapia.
- Arreglar malos entendidos.

Así que, relacionado con lo anterior, los pacientes mencionaron sentirse bien por poder hablar de esos temas con alguien que si los escuchaba y que no los juzgaba, lo cual les hizo sentir confianza, la cual fue incrementando a lo largo de las sesiones. Y aunque existieron casos que sintieron la confianza desde el inicio, porque al ser los terapeutas personas ajenas a su vida sintieron que por ello no los iban a juzgar, hubo otros casos en que se tardaron varias sesiones para atreverse a contar sus problemas, pues contrario a los otros pacientes, al ser los terapeutas personas ajenas a sus vidas no sentían al principio la confianza para tratar ciertos temas, es por esto por lo que se habla de que cada caso es distinto y de la importancia de saber distinguir las características particulares de cada usuario.

Acerca de los casos donde les costaba trabajo hablar se les dio tiempo para atreverse, los terapeutas supieron entender la situación la cual en un caso, el cliente les

mencionó que, le era difícil debido a que era la primera vez que lo hacía ante personas que no conocía.

Por lo tanto, ya que la terapia maneja mucha carga emocional y los pacientes tratan temas que son muy importantes y fuertes para ellos, el poderse abrirse con un extraño y poder expresarse y hablar de sus emociones, pensamientos y sentimientos resulta importante para lograr un ambiente de confianza.

En cuanto a la evolución de la relación, se halló coincidencia con lo mencionado por Botella & Corbella (2003) y Krause, *et al.*, (2006), es decir que resulta importante que al inicio el paciente tenga la sensación de apoyo y ayuda experimentando comodidad y sintiéndose acogido y que en fases posteriores exista una sensación de trabajo conjunto que se enfoque a solucionar el problema. Así, en este estudio terapeutas y pacientes dijeron que donde se observó que la relación mejoró fue en que se hizo más cordial, cercana, amable y amena, que podían hacerse observaciones más fuertes y directas y se iba viendo más el trabajo en equipo, además el paciente comentaba más y se abría más, es decir, ya no solo relataban la situación sino que se atrevían a hablar acerca de sus emociones, esto es importante ya que como terapeuta se trabaja con lo que el paciente cuenta en el cubículo, si no tenemos eso no tenemos nada, si los terapeutas entienden esto entonces se observa que dan tiempo para que los pacientes se abran y no los obligan, incluso es importante porque tener un vínculo positivo puede llevar al acuerdo en tareas y objetivos (Santibáñez, *et al.*, 2009).

Otro punto crucial es hacer notar que varios usuarios y terapeutas manifestaron la misma opinión, lo cual es un indicio de una buena relación pues significa que el usuario pudo comprender lo que el terapeuta trataba de explicar y así también quiere decir que el terapeuta logró comprender la situación que el usuario atravesaba.

Así, en una buena relación pasa lo que dice Santibáñez, *et al.*, (2009), a saber que las potencialidades del consultante pasan a ser activadas, las cualidades del terapeuta a ser valoradas y el proceso de cambio se ve fortalecido

Características de la terapia

Primeramente, el enfoque terapéutico usado se basó en el aquí y ahora, poniendo acento en la solución de problemas, lo cual tal como comenta Echeburúa (2008), es importante para lograr la eficacia.

Acerca de las tareas, en el caso de los pacientes, muchos de ellos, independientemente del tipo de motivo de consulta, dicen que una de las que más les ayudó fue la relajación, pues después de realizar los ejercicios se sentían mucho mejor.

Por otro lado mencionan que les benefició el que los terapeutas les mostraran como hacerlo poniéndolos a prueba en el cubículo mediante ejemplos de diversas situaciones, para ahí mismo poder corregir errores o manifestaran dudas que surgieran conforme los realizaban.

En el caso de la técnica, ésta cambió el síntoma, el tipo de interacción y logró que se percibiera el problema de otra forma y que el cliente se viera como recurso, competente y como agente de su propio cambio (Hernández, 2009). En este estudio de hecho algunas tareas y ejercicios hicieron que salieran a flote los verdaderos problemas los cuales, en ocasiones, se encontraban enmascarados y eran la causa real del motivo del problema del usuario.

Por otro lado, en terapia familiar, tal como dice Hernández (2009), fue trascendente que la familia compartiera el propósito de la terapia, que hubiera solidaridad, que vieran que están juntos para mejorar, que valoraran el tiempo que comparten en terapia y mantuvieran un sentimiento de unidad, pues se tuvo el caso de un padre que logró hacer que todos acudieran y que se interesaran por el proceso consiguiendo que a los hijos les gustara acudir, todo esto consiguió que se tuvieran pequeños cambios.

Respecto a la duración de los tratamientos cabe resaltar que con este estudio se verificó lo mencionado por varios autores que a continuación se mencionan:

- Echeburúa & Corral (2001) y Labrador, *et al.*, (2002): Los tratamientos efectivos son de corta duración (2 a 6 meses) y muestran mejoría en los usuarios tras las primeras citas.

En este caso, ya que los terapeutas son estudiantes de la FES Iztacala, la duración de las terapias esta predispuesta ya que tiene que ir acorde al periodo semestral de la UNAM, por lo que en las terapias que se analizaron el número de visitas es corto, de hecho el mayor número de sesiones que se encontró fue de 12. Aun así, con relación a que la terapia que se brindó fue la cognitivo – conductual, es posible afirmar que se confirmó su efectividad pues pocas sesiones fueron suficientes para conseguir el cambio, esto se observó en que se encontraron efectos positivos en el bienestar psicológico reportado por los 6 usuarios que se logró contactar así como los 12 terapeutas, lo anterior al comparar el nivel de bienestar que manifestaron después de la tercera sesión en comparación con el reportado al final, el cual fue mayor; además tanto pacientes como terapeutas comentan haber percibido el cambio desde las primeras sesiones.

- Iraurgi (1998): En las primeras sesiones se dan algunas pautas de intervención, con lo que el problema que generó la demanda desaparece y el usuario logra manejar el caso por sí solo por lo que deja de acudir.
- Santibáñez, *et al.*, (2008): El mayor número de deserciones se dan entre las sesiones 1 a 5 después de lo cual se exceden las expectativas respecto a la duración.
- Bandos, *et al.*, (2002): Los usuarios esperan tratamientos que les ayuden a resolver problemas concretos y breves, 70% espera 10 sesiones o menos y un 50% espera 5 o menos.

No tenemos datos certeros que permitan asegurarlo debido a que solamente contamos con la opinión del terapeuta, pues en los casos de abandono no fue posible localizar al usuario, sin embargo basándonos en lo comentado por el terapeuta estos hicieron mención de que si habían notado cambios en su paciente y que suponían que el motivo por el que habían abandonado era por mejoría.

- Echeburúa & Corral (2001) y Labrador, *et al.*, (2002): En los casos en que los problemas son muy graves y /o cuando son varios se han visto mejores resultados cuando la duración del tratamiento es mayor.

Sobre este último punto, ya que en la actualidad los problemas por los que se acude no se relacionan con trastornos mentales sino con situaciones de infelicidad (Echeburúa, 2008), que además son el tipo de problemas que se atienden con mayor frecuencia en la CUSI, podemos confirmar que pocas sesiones resultan ser suficientes para resolver estos problemas.

- Hernández (2009): Mostrar cambios al inicio es un buen predictor del resultado final e ineficaz si no aparecen. Sin embargo, en este estudio, aunque todos los usuarios manifestaron haber empezado a notar cambios en alguna de las primeras tres sesiones no asegura que el paciente se va a quedar en terapia, como se observó ya que algunos abandonaron, sin embargo puede que sea un indicador de trabajo terapéutico exitoso, pues en el caso de los abandonos estos pudieron deberse a que, ya que el usuario empezó a manifestar cambios sintió ya no necesitar la terapia. Por tanto el cambio en las primeras sesiones pasaría a ser una variable necesaria más no suficiente para el trabajo terapéutico exitoso, pues sería importante que también exista buena comunicación entre ambos para que así quede delimitado satisfactoriamente el momento en que es plausible darlo de alta.

Acerca de lo que la terapia hizo por los usuarios, en general se comentó que les ayudó a atreverse a dar el cambio, pues había muchas cosas que ellos ya sabían pero que al asistir reafirmaron y pudieron atreverse a hacerlas, también comentan les ayudó poder ver otros puntos de vista, enseñándoles que la vida no solo es blanco y negro sino que hay otras alternativas.

Así que, en general, entre los mejores cambios que da la terapia están el poder tener una mejor comunicación con los demás, pues aunque los problemas por los que acudían no eran referentes a esto, el poder aprender a tener una buena comunicación les beneficia para poder mejorar en varios aspectos que influyen en su motivo de consulta.

Otra cosa es que no solamente mejoraron con respecto a su motivo de consulta, sino que también llegaron a encontrar cambios en otros aspectos que aunque no tienen que ver con la razón por la que acudían a terapia también les resultan beneficiosos en sus vidas.

Otros cambios encontrados fueron que los clientes empiezan a hacer cosas que habían dejado de hacer, retomando metas que hace tiempo había abandonado, así también tienen una idea más clara de que es lo que quieren y se dan cuenta de que ellos mismos tienen el poder de influir en los demás así como en sus propias vidas tomando un papel activo. Dos casos ayudan a ejemplificar lo anterior y es que aunque uno terminó en abandono logró encontrar trabajo, mientras que a la paciente a la que se le dio el alta terapéutica al final retomo su proceso de titulación.

Finalmente, sobre los agentes que se encontraron que propician el cambio, se encontró que coinciden con los mencionados por Londoño & Valencia (2005) y Santibáñez, *et al.*, (2008):

- Vivencia afectiva: Pues por lo comentado se observó que se facilitó la activación emocional, llevando al cliente a un estado de preparación para el cambio, pues se sintieron apoyados, cómodos, acogidos y ayudados así como con sentimientos positivos.
- Dominio- cognitivo: Se transmitieron nuevos patrones de percepción y pensamiento que repercutieron en como los pacientes se veían y comprendían su problema dándoles información que no habían contemplado y con las tareas se les dieron nuevas posibilidades de aprendizaje.
- Regulación conductual: Se tuvieron nuevas experiencias positivas lo cual reforzó el cambio, dándoles la oportunidad de verificar cambios y logros en la práctica tanto en el cubículo (role playing) como en la vida real (hablar con sus parejas).

Además, tal como encontró Krause, *et al.*, (2006) pudimos observar cambios en cuanto a contenido en la parte subjetiva (representación de sí y relaciones con entorno), así que ya para las fases finales los pacientes muestran más autonomía, sentimientos de competencia y habilidad para el manejo de los propios problemas, manifestando esos cambios ya no únicamente en el cubículo, sino también en su propia vida lo cual guardaría relación con la autonomía relativa del paciente o la internalización del terapeuta y las técnicas.

Así, muchos terapeutas lograron que para el final de la terapia los usuarios aumentaran sus sensaciones de dominio y auto eficacia volviéndose independientes y responsables de sus vidas, dejando de culpar a otros por sus problemas así como dejando de necesitar al terapeuta, pues ahora cuestionan ellos solos sus pensamientos negativos, empiezan a dar solos sus propias soluciones, aplican las técnicas aprendidas cuando creen necesitarlas y se dan cuenta del poder que tienen en la problemática.

También ahora toman las decisiones con base en ellos y no en los demás, están más seguros de qué quieren cuando al principio algunos esperaban a alguien que les resolviera todo, además dicen que si se les vuelve a presentar el mismo problema ellos ya se sienten capaces de poder resolver cualquier cuestión por ellos mismos. Entonces, tal como dice Libertad (2006), si la terapia resulta ser exitosa se aumenta la capacidad del consultante para resolver sus problemas con lo que las experiencias resultantes de dicho aumento fortalecen el sentimiento de disposición al cambio.

Lo que se hizo entonces fue brindar herramientas a los pacientes que les ayudaran a poder enfrentarse con nuevas situaciones sin tener la necesidad de que el sistema psicológico los resuelva por ellos, (por ejemplo, al sentirse nerviosos usaban sus ejercicios de relajación o al tener algún conflicto con su pareja aplicaban lo aprendido en referencia a la comunicación asertiva).

Para terminar con este punto, varias personas hablan de que al ser dados de alta no consideran estar al 100% pues sienten que para llegar a ese porcentaje ya no es cuestión de la terapia sino que es su parte fuera del cubículo.

Por otro lado, aunque no coincide totalmente la opinión de terapeutas y pacientes con la literatura, si es posible observar algunas coincidencias con respecto a lo mencionado por Botella & Corbella (2003); Hernández (2009) y Krause, *et al.*, (2006) quienes atribuyen el 40% del cambio al paciente, seguido de la relación a la cual dan el 30% y finalmente el terapeuta y sus técnicas que sería el 15% a cada una. A continuación se realiza un análisis respecto a dicho punto:

1. En promedio, según terapeutas y clientes, la explicación del cambio en terapia es atribuida mayormente a la variable paciente, con excepción de los

usuarios que en la tercera sesión otorgan el porcentaje más alto al terapeuta y sus técnicas, quizás esto se explique porque el usuario se va dando cuenta de que es por él que las técnicas tienen efectos en su cambio en terapia.

2. En comparación con los usuarios son los terapeutas quienes otorgaron porcentajes más altos al cliente, es decir los terapeutas le atribuyeron al cliente un 40% en la tercera sesión y un 46% en la última sesión, mientras que los usuarios se otorgan 31% y 35% respectivamente. Lo interesante es que contrario a lo encontrado por Romero (2008), de que la investigación tiene poca repercusión en la práctica clínica, al analizar la atribución que hacen los terapeutas de los factores responsables de la cura, se encontró que no se mantiene la creencia de que son ellos mismos y sus técnicas los responsables del cambio.
3. Como se observa en el punto anterior el porcentaje que atribuyen al cliente, tanto pacientes como terapeutas, aumentó de la tercera sesión a la última, lo cual podría significar dos cosas, la primera es que a lo largo de las sesiones se fueron dando cuenta del papel que juega el usuario en el cambio o la segunda es que el usuario fue tomando un papel más activo conforme avanzó la terapia.
4. Los pacientes si hacen mención de otras variables que pudieron ayudarles a resolver sus problemas mientras que los terapeutas no, quizás esto se deba a que los pacientes sean más conscientes del modo específico en que dichas variables les resultaron beneficiosas haciendo que las tengan más presentes.
5. No se otorga tanta importancia a la variable relación, esto se observa en los comentarios de terapeutas y pacientes pues al preguntárseles a qué atribuyen el cambio la mayoría menciona características del paciente y del terapeuta, haciendo poca referencia a la relación que llevaban entre ellos, de hecho se vio que no hablan de lo que fue la relación a menos de que se les pregunte, lo cual puede tener su explicación en que no saben diferenciar entre las variables del terapeuta y de ellos y de cómo estas tienen que ver con la relación, por ejemplo que el terapeuta los escuchara lo toman como

característica positiva del terapeuta cuando es un beneficio para la relación aunque para ellos no sea evidente, lo mismo aplica para los terapeutas.

Abandono

Aunque no fue posible contactar con los usuarios que abandonaron si se preguntó a los terapeutas las razones, así que, combinando su opinión con la del autor de este estudio, es posible concluir que algunas de las causas que tienen los usuarios para abandonar o empezar a faltar a algunas sesiones coinciden con lo expresado por varios autores, lo cual se presenta a continuación:

Iraurgi (1998), menciona los casos de abandonos que ni siquiera se presentan a su primera cita, atribuyéndoselos a la alta demanda, pues tratando de dar cobertura se espacian más las citas descuidando al usuario quien al verse asistido en periodos más lejanos puede llegar a desistir del tratamiento, en el caso de la FES Iztacala, al solicitar el tratamiento se entra en una lista de espera lo cual provoca que los usuarios esperen mucho para tener una cita por lo que puede haber deserción sin haber tenido ni siquiera una cita, siendo una posible razón el que durante el tiempo de espera piensen que ya no necesitan acudir a terapia o logren resolver su conflicto.

Lo anterior también guardaría relación con lo expresado por:

- Echeburúa, *et al.*, (2010): Las listas de espera largas incrementan la no asistencia y el fenómeno de la puerta giratoria.
- Rondón, *et al.*, (2009): Tener alta urgencia por resolver el problema hace que en vez de esperar por tener una sesión acudan con un amigo, a la oración o se involucren en actividades sociales, opciones que hacen que la percepción de necesidad de ayuda disminuya.

Sin embargo, lo anterior conduce al hecho de que, en caso de que realmente no logren resolver sus problemas, se acarrean todos los problemas sociales, personales y para la psicología que ya se mencionaron, por tanto sería importante tratar de solucionar el problema de la alta demanda que tiene dicho servicio.

Por otro lado, Rondón, *et al.*, (2009) y Sirvent (2009), hablan de varias razones por las que generalmente los usuarios abandonan, las cuales coinciden con varios casos que se tuvieron en este estudio y son:

- Laborales: Los terapeutas comentan que una mujer logró conseguir empleo por lo que se le dificultaba continuar asistiendo.
- Académicas: En varios casos los pacientes eran estudiantes, lo cual en muchas ocasiones dificultaba que acudieran a algunas citas.
- Bajo apoyo o ausencia de redes sociales: Muchos de los pacientes no contaban con apoyo por parte de sus familias, lo cual pudo haber sido un motivo para que desertaran.
- Dificultades por la distancia: Esta fue la causa de que varios de los usuarios se perdieran de algunas citas de su terapia.
- La terapia no va acorde a las ideas del paciente: Un paciente empezó a tratar temas que le resultaban difíciles de poder hablar por lo que se trataba de un problema que él no quería o no se sentía capaz de resolver en ese momento, la cual pudo ser la razón para que dejará de acudir.
- El motivo de consulta ya no preocupa: Puede ser que después de unas cuantas citas varios de los pacientes se sintieran mejor por lo que no consideraran adecuado el seguir acudiendo, lo anterior se explicaría por lo manejado por los siguientes autores:
 - a) Moreno, *et al.*, (2012): Los consultantes solicitan el servicio cuando se encuentran en crisis, pero una vez que logran expresar sus emociones y preocupaciones o entender que les está pasando la situación pasa a ser un problema manejable.
 - b) Rondón, *et al.*, (2009): La percepción de necesidad de ayuda va cambiando, quienes tienen necesidad urgente de soluciones se adhieren rápido y conforme disminuyen se alienta a abandonar pues aumenta la visión optimista y perciben sus problemas como fáciles de afrontar sin ayuda.
 - c) Santibáñez, *et al.*, (2009): Si los objetivos del paciente difieren de los del terapeuta éste termina abandonando cuando ve estos cumplidos, por acuerdo con su terapeuta o no.

Esto acarrea el siguiente problema, a saber que podríamos hallarnos precipitando el abandono parcial y no el total, ya que puede ocurrir que el cliente crea que resolvió su motivo de consulta cuando no es así, con lo que:

- La psicoterapia pierde validez, pues los clientes dejan de confiar en el trabajo de la clínica pues volverían a presentar dificultades y entonces no habrían resuelto su motivo de consulta.
- Al poco tiempo cuando les vuelve a surgir una dificultad regresan, con lo que no estaríamos creando personas autónomas, sino personas dependientes del servicio.

Por ello la importancia de que tanto el terapeuta como el paciente dictaminen el momento en que es adecuado dar el alta terapéutica, así también se resalta la trascendencia de que investigaciones futuras estudien más a fondo y con un mayor número de pacientes acerca de cuáles son los motivos por los que el usuario desertó y el modo predecirlos y que alternativas terapéuticas plantear.

Así también resultará trascendente dar un seguimiento más estrecho a los pacientes que abandonan como a los que son dados de alta, esto con el objetivo de saber, en ambos casos si es que buscan ayuda nuevamente para tratar el mismo motivo por el que acudieron a consulta o por alguno nuevo o ver el modo en que continúan enfrentando las situaciones problemáticas que se les presentan.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Alcázar, R., (2007). Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más sesiones. *Salud mental*, 30(5), 55-62
- Bandos, A., García, E. & Fusté, A., (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *International Journal of Clinical and health psychology* febrero-marzo, año /vol. 2, número 003 Asociación española de psicología conductual.
- Becoña, E., Vázquez M., Miguez, M., Casele, L., Lloves M., Nogueras L., González, V., Lage M., Suárez, S., Gutiérrez, M., Lorenzo, M. & Baamonde, M., (2004). Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica psicológica: una visión desde la clínica. *A fondo*, 87, pp. 9-19.
- Botella L. & Corbella S., (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19(2), 205-221
- Botella L. & Corbella S., (2006). Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes. *Visión Libros, España*, PP. 13 - 53
- Botella L. & Corbella S., (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de Psicología*, 101, 21-33
- Bueno, A., Córdoba, J., Escolar, A. & Carmona J., (2000). Variables asociadas al abandono del tratamiento o la terapia en el equipo de salud mental de distrito de Jerez de la Frontera. *Psiquiatría pública*, 12(2), 139-149
- Cano, B., (2002). La investigación de procesos en psicoterapia: relevancia y estado actual.
- Duncan, B., Miller, S. & Hubble, M., (2007). How being bad can make you better. *Psychotherapy Networker*, November/December, 36-45, 57.
- Echeburúa, E. & Corral, P., (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 181-204.
- Echeburúa, E., (2008). Retos de futuro de la psicología clínica. *Análisis y modificación de conducta*, 31, 175-18

-
- Echeburúa, E., Corral, P. & Salaberría, K., (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(2), 85-99.
- Evans, I. & Murdof R., (1983). Perturbaciones emocionales y mentales. *Terapia y Salud Mental*. En I. Evans & R. Murdof (Ed.), *Psicología para un mundo cambiante* (pp. 246-253, 312 - 341). México: Limusa.
- Froján, M., Montaña, M. & Calero A., (2006). ¿Por qué la gente cambia en terapia? Un estudio preliminar. *Psicothema* 18, (4), 797-803
- García, M., (2004). La psicoterapia hoy desde un enfoque cognitivo-conductual. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 62(121), 505-51
- Ginarte, Y., (2001). La adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 502-505
- Hernández, J., (comp.), (2009). La adherencia en psicoterapia. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 9(1), 1-105
- Iraurgi, J., (1998). Estimación de riesgo de abandono a los tres y seis meses en un servicio de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 18(65), 9-26.
- Kort, F., (1991). Skinner y la terapia cognitiva. *Revista Latinoamericana de psicología*, 23(2), 247-251
- Krause, M., De la Parra, G., Aristegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Vilches, O., Echávarri, O., Ben-Dov, P., Reyes, L., Altimir, C. & Ramírez, I., (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso Psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 299-325.
- Labrador, E., Vallejo, M., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A. & Fernández, J., (2002). La eficacia de los tratamientos psicológicos. Documento de la sociedad española para el avance de la Psicología clínica y de la salud. Siglo XXI. Pp. 1-15.
- Libertad, M., (2006). Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente, *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(3) ,1-10

- Londoño C. & Valencia, S., (2005). La investigación en el proceso de soporte empírico de las terapias: alcances y limitaciones. *Acta colombiana de psicología* 13, 163-181
- Miller, S., & Bargmann, S., (2000). *Feedback Informed Treatment (FIT), Improving Outcome with Male Clients One Man at a Time*. International Center for Clinical Excellence. Chicago.
- Montaño, M., Ruiz, E., Froján M. & Virués, F., (2011). El proceso Terapéutico “Momento a Momento” desde una Perspectiva Analítico – Funcional. *Clínica y Salud*, 22(2), 101-119.
- Moreno, J., Rozo, M. & Cantor, M., (2012). Permanencia y abandono terapéutico en un centro de servicios psicológicos. *Psychologia: avances de la disciplina*, 6(2), 23 - 34
- Morris, C. & Maisto, A., (2005). *Introducción a la psicología*. Pearson, México, 12ª edición. PP. 2 – 46.
- Mustaca, A., (2004). Tratamientos psicológicos eficaces y ciencia básica. *Revista Latinoamericana de psicología*, 36(1), 11-21
- Myers, D., (2005). Los trastornos Psicológicos. La terapia. En D. Myers (Ed.), *Psicología* (pp. 618-648, 658-690). Buenos Aires: Médica panamericana.
- Porcel, M., (2005). El abandono en las terapias psicológicas. *Aposta Revista de Ciencias Sociales*, 14, 1-16.
- Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias
- Puente, F., (1985). *Adherencia Terapéutica, Implicaciones para México*.
- Ramallo, F., (1981). *Las terapias cognitivo-conductuales. Una revisión*. Centro de terapia y modificación de conducta
- Romero, A., (2008). Factores atribucionales de la efectividad psicoterapéutica. *Anales de psicología*, 24(1), 88-99
- Rondón, A., Otálora, I. & Salamanca, Y., (2009). Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 137-147.

-
- Sánchez, J., Alcázar, A. & Olivares, J., (1999). Las técnicas cognitivo-conductuales en problemas clínicos y de salud: Meta análisis de la literatura española. *Psicothema* 11(3), Pp. 641-654.
- Santibáñez, P., Román, M., Chenevard, C., Espinoza, A., Irribarra, D. & Müller, P., (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia psicológica*, 26(1), 89–98
- Santibáñez, P., Román, M. & Vinet, E., (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26(2), 267-287.
- Sirvent, C., (2009). Fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico. *Norte de Salud mental*, 33, 51-58
- Urzúa, A., Arbach, K., Lourido, M., & Mas N., (2010). La directividad en la relación terapéutica: análisis de la evidencia encontrada en investigación. *Terapia psicológica*. 28 (1), 95-107
- Vera-Villarroel, P., (2004). Estrategias de intervención en Psicología Clínica: las intervenciones apoyadas en la evidencia. *Liberabit*, 10(10), 4-10.
- Winkler, M., Cáceres, C., Fernández, I. & Sambueza, J., (1989) Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico una sistematización. *Revista terapia psicológica*, N°11, 34 – 40

11. ANEXOS

Anexo 1: Guía de entrevista

Datos demográficos

Nombre del paciente:

Edad:

Ocupación:

Escolaridad:

Religión:

Estado civil/relación de pareja:

Quiénes viven con él, parentesco, ocupación, escolaridad:

Motivo de consulta:

Quiénes asisten a terapia:

Nombre del terapeuta:

Género:

Edad:

Grado:

Lugar: CUSI (FESI)

Modelos terapéuticos empleados:

Técnicas, procedimientos:

Número de sesiones:

Tipo de terapia (Individual, de pareja, familia.):

Guía de entrevista para el paciente

**Hacer esto después de la tercera sesión*

Antes de iniciar la terapia como evaluabas tu bienestar psicológico individual con una escala donde 0 es muy mal y 10 es excelente _____

Antes de iniciar la terapia cómo evaluabas tu bienestar psicológico familiar con una escala donde 0 es muy mal y 10 es excelente _____

Antes de iniciar la terapia cómo evaluabas tu bienestar psicológico social (otras relaciones, laboral, escolar etc.) Con una escala donde 0 es muy mal y 10 es excelente _____

¿En esta tu 3° sesión tu motivo de consulta se ha modificó positivamente, negativamente, sigue igual o desapareció? _____

Evaluar el bienestar psicológico individual ahora _____

Evaluar el bienestar psicológico familiar ahora _____

Evaluar el bienestar psicológico social ahora _____

El avance que has tenido se lo atribuyes en qué porcentaje (escala del 0 al 100):

Al terapeuta y sus técnicas ____

A ti mismo ____

A la relación que establecieron tu (usted) y el o la terapeuta ____

A otra cosa que nada tiene que ver con lo anterior ____

De manera general ¿Qué puntaje le das al avance que has tenido sobre tu motivo de consulta? Del 0 a 100% _____

¿Desde cuál sesión empezaste a notar los cambios y cuáles?

Datos cualitativos

¿Qué hizo, dijo (pregunta, afirmación, metáfora, historia, cuento, ejemplo, etc.), o qué tarea te dejó el terapeuta que consideras que fue clave para tu avance en la terapia?

¿Qué hiciste tu que consideras que fue clave para tu avance?

¿Cómo fue la relación entre el terapeuta y tú?

¿Qué otros factores que no tienen nada que ver con los anteriores fueron los que te ayudaron?

**Hacer esto al final cuando el paciente ha sido dado de alta. Anotar en qué sesión*

A que atribuyes que hayas resuelto la queja, problema o motivo por el que asististe a terapia en una escala del 0 al 100, de tal manera que al sumar los valores te del 100 por ciento, por ejemplo, 30 al terapeuta, 50 a ti mismo, 10 a la relación que estableciste con el terapeuta y 10 a otras cosas que no tuvieron nada que ver con las anteriores opciones.

Al terapeuta y sus técnicas _____

A ti mismo _____

A la relación que establecieron el terapeuta y tu _____

A otras cosas que nada tienen que ver con las anteriores (especifica). _____

Datos cualitativos

El terapeuta ¿qué hizo, qué te dijo (afirmación, pregunta, historia, metáfora, cuento, ejemplo, etc.), alguna tarea o qué otra cosa fue la clave para tu avance?

Porqué tu ¿qué hiciste, qué pensaste?

Porqué la relación ¿qué hizo el terapeuta y qué hiciste tú?

Otras cosas ¿cuáles?

Guía de entrevista para el terapeuta

**Hacer esto antes de la tercera sesión*

Antes de iniciar la terapia cómo evaluabas el bienestar psicológico individual de tu paciente en una escala donde 0 es muy mal y 10 es excelente _____

Antes de iniciar la terapia cómo evaluabas el bienestar psicológico familiar de tu paciente en una escala donde 0 es muy mal y 10 es excelente _____

Antes de iniciar la terapia cómo evaluabas el bienestar psicológico social de tu paciente (otras relaciones, laboral, escolar etc.), en una escala donde 0 es muy mal y 10 es excelente _____

Para esta 3° sesión la queja de tu paciente se ha modificó positivamente, negativamente, sigue igual o desapareció _____

En esta 3° sesión como evaluarías su bienestar psicológico individual _____

En esta 3° sesión como evaluarías su bienestar psicológico familiar _____

En esta 3° sesión como evaluarías su bienestar psicológico social _____

El avance que ha tenido tu paciente se lo atribuyes en qué porcentaje (escala del 0 al 100):

Al terapeuta (usted) y las técnicas _____

Al paciente _____

A la relación que establecieron tu (usted) y el o la paciente _____

A otra cosa que nada tiene que ver con lo anterior _____

De manera general ¿Qué puntaje le da al avance que has tenido su paciente sobre su motivo de consulta? Del 0 a 100% _____

¿Desde cuál sesión notaste cambios en tu paciente y cuáles?

Datos cualitativos

¿Qué diferencias percibió con respecto al motivo de consulta de su paciente (mejoras, avances, algún cambio importante)?

¿Qué hizo, dijo, o realizó usted durante la sesión (preguntas, afirmaciones, metáforas, historias, cuentos, ejemplos, etc.), o qué tarea le dejó realizar? (Técnicas, procedimientos)

De los aspectos que mencionó anteriormente. ¿Cuáles considera que fueron importantes para provocar un cambio (mejora, avance, cambio importante) en el motivo de consulta del paciente?

¿Qué hizo usted, que consideras que favoreció un cambio o mejora en el motivo de consulta a la terapia de su paciente?

¿Cómo fue la relación entre usted y el paciente?

¿Qué aspectos de la relación entre usted y el paciente (la actitud, trato, etc.) consideras que fueron importantes para propiciar un cambio o mejora sobre el motivo de consulta?

¿Qué otros factores que no tienen nada que ver con los anteriores fueron los que ayudaron en las mejoras del paciente?

**Hacer esto al final cuando el paciente ha sido dado de alta. Anotar en qué sesión*

A que atribuyes que tu paciente haya resuelto la queja, problema o motivo por el que asististe a terapia en una escala del 0 al 100, de tal manera que al sumar los valores te del 100 por ciento, por ejemplo, 30 a ti mismo, 50 al paciente, 10 a la relación que estableciste con el paciente y 10 a otras cosas que no tuvieron nada que ver con las anteriores opciones.

Al terapeuta (usted) y sus técnicas _____

Al paciente _____

A la relación que establecieron tu (usted) y el o la paciente _____

A otras cosas que nada tienen que ver con las anteriores (especifica) _____

Datos cualitativos

¿Qué diferencias percibió con respecto al motivo de consulta de su paciente (mejoras, avances, algún cambio importante)?

¿Qué hizo, dijo, o realizó usted durante la sesión (preguntas, afirmaciones, metáforas, historias, cuentos, ejemplos, etc.), o qué tarea le dejó realizar? (Técnicas, procedimientos)

De los aspectos que mencionó anteriormente. ¿Cuáles considera que fueron importantes para provocar un cambio (mejora, avance, cambio importante) en el motivo de consulta del paciente?

¿Qué hizo usted, que consideras que favoreció un cambio o mejora en el motivo de consulta a la terapia de su paciente?

¿Cómo fue la relación entre usted y el paciente?

¿Qué aspectos de la relación entre usted y el paciente (la actitud, trato, etc.) consideras que fueron importantes para propiciar un cambio o mejora sobre el motivo de consulta?

¿Qué otros factores que no tienen nada que ver con los anteriores fueron los que ayudaron en las mejoras del paciente?

Anexo 2: Consentimiento informado**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO****FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

Se me ha invitado a participar en un estudio de investigación titulado “Identificación y análisis de las percepciones de los terapeutas y de los pacientes sobre la efectividad de la terapia Breve Sistémica y la terapia Cognitivo Conductual para retroalimentar la supervisión de nuevos terapeutas”, la cual está bajo la dirección del Dr. Jaime Montalvo Reyna es profesor de la carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México. Con esta investigación se intentará ayudar a mejorar la terapia que recibo y la calidad del servicio ofrecido a futuros pacientes. Entiendo que fui seleccionado como un participante de este proyecto de investigación ya que me encuentro en proceso terapéutico de terapia sistémica.

Yo seré uno de los aproximadamente 40 participantes del presente estudio. El proceso terapéutico consistirá de dos entrevistas una en la 3 sesión y la otra al ser dado de alta, con una duración aproximada de 15 min en cada una de ellas. Me doy por enterado (a) que las preguntas que se me harán estarán dirigidas a lo que tenga que ver con el proceso terapéutico. Además algunas veces, en este tipo de estudios, se tienen que realizar preguntas que tienen que ver con información personal y privada acerca de mi familia, etc. Si a lo largo del proceso terapéutico aparecen preguntas que yo no deseo responder o situaciones que me sean desagradables, se lo haré saber al terapeuta o entrevistador. Con el fin de respetar mi privacidad se me ha hecho saber que cualquier información que sea obtenida a través de este estudio será estrictamente confidencial y podrá ser revelada solamente en forma anónima tanto como sea posible de acuerdo a las leyes de nuestro país, de dicha información la única persona que tendrá conocimiento de ella será (además del terapeuta) el encargado de asesorar dicho estudio de investigación, es decir, el Profesor Jaime Montalvo Reyna.

Yo doy por entendido que dentro de los beneficios que puedo obtener de este estudio son: mejorar la terapia que recibo por parte de mi terapeuta, ya que este podrá recibir retroalimentación basada en los resultados que se vayan obteniendo con el fin mejorando la calidad del servicio que recibo y de igual manera se ayudará a mejorar la práctica clínica para futuros pacientes.

Comprendo que no recibiré ninguna compensación económica como resultado de mi participación en el presente estudio.

CLÁUSULAS:

1. Entiendo que el consentimiento de información es requerido por todas las personas que participen en el presente proyecto.
2. Que los procedimientos principales y alternativos incluyendo los procedimientos experimentales de este proyecto se me han explicado en un lenguaje claro (que yo pueda comprender claramente).
3. Que los riesgos y los inconvenientes de los procedimientos se me han explicado.
4. Los beneficios que se espera obtener también se me han explicado.
5. Se me ha ofrecido que para ser participe de este estudio, antes, durante o después de la terapia, me puedo contactar con el profesor Jaime Montalvo Reyna de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala al teléfono 044-55-54-51-11-12
6. Asimismo, se me ha hecho saber que mi participación en este estudio es voluntaria y que por lo tanto, yo podría retractarme en cualquier momento durante el transcurso del estudio sin ningún problema o consecuencia.
7. Yo tengo derecho a la “privacidad” y toda la información obtenida en este estudio que sea identificada, puede llegar a ser publicada en tesis o revistas científicas, siempre y cuando no sea identificado mi nombre y apellidos.

Yo “voluntariamente” estoy de acuerdo en participar como paciente y/o usuario de dicho estudio. Me doy por enterado (a) que se me hará entrega de una copia de esta forma de consentimiento que estoy por firmar.

Fecha

Firma del paciente y/o usuario

Usando un lenguaje que es entendible y apropiado, he discutido este estudio y/o proyecto sobre los aspectos antes mencionados con la persona que será entrevistada.

Fecha

Firma del terapeuta y/o tesista

