

UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“Evaluación de la percepción de los terapeutas y pacientes
del turno vespertino 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
Mariana Isabel Delgado Piotrowsky

Director: Dr. **Jaime Montalvo Reyna**

Dictaminadores: Mtro. **Ernesto Arenas Govea**

Lic. **María Salomé Ángeles Escamilla**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2015



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.

A mis padres, por su dedicación, amor, fuerza y desvelo, por ser mi luz y guía en cada paso que doy. Por ustedes lo soy todo.

AGRADECIMIENTOS

“Se alcanza el éxito convirtiendo cada paso en una meta y cada meta en un paso”

Carlos Cortéz

Sí, bien es cierto, para alcanzar una meta es preciso emplear un máximo esfuerzo, aun cuando ese esfuerzo por momentos sintamos que no rinde frutos del todo y con ello querer echar fácilmente todo por la borda, sin embargo a lo largo de este proceso aprendí que es necesaria la voluntad de uno mismo, la constancia, el mantenerse fuerte y no flaquear ante cualquier adversidad que consideremos se atravesase en el camino.

Hoy en día, me atrevo a decir que llegar a este escrito final, el cual marca el cierre de un ciclo que empecé hace unos años, por supuesto que no fue una tarea fácil, puesto que al terminar la carrera me dije a mí misma, “ah, será sencillo” pero sin darme cuenta el verdadero significado de decir “sencillo”, ya que en el transcurso de llevar a cabo dicho reporte, dejé que se perdieran elementos importantes para mí misma, como lo es el perder la constancia, y con ello prácticamente lo volví complicado y queriendo emplear tiempo y esfuerzo en otras cosas que me ayudaran a evitar este compromiso, el cual ya tenía planteado conmigo misma. Afortunadamente dentro de este proceso siempre existieron personas que mantuvieron su apoyo y aliento para seguir en el intento y camino y a su vez para no desistir de este sueño que sé, será benéfico para toda mi vida, por lo que es fácil decir la palabra titulación, pero para mí fue importante descubrir lo que se encuentra detrás de ella, ya que pueden encontrarse uno y mil significados dependiendo de la persona, en mi caso en el aquí y ahora, con dicha palabra encontré el significado de tener la valentía, corazón y coraje para poder culminar lo que un día había empezado y no desistir por más que quisiera darme por vencida.

Es por lo anterior, que quisiera aprovechar las líneas que a continuación presento para expresar mis más sinceros y profundos agradecimientos a aquellas personas que me brindaron su apoyo a lo largo de este camino, principalmente a mi familia y amigos, ya que sin su fuerza, motivación, alegría, exigencias y reflexiones no hubiera podido recuperar el coraje para poder culminar este sueño.

A mi asesor principal de este reporte de investigación, el querido Doctor Jaime Montalvo, muchas gracias principalmente por dejarme formar parte de esta investigación, su paciencia, orientación, seguimiento, apoyo incondicional y motivación brindado a lo largo de estos años para la culminación de dicho trabajo, porque si bien es cierto usted fue una de las principales personas que me impulsó a que no me diera por vencida y retomar la fuerza y decisión para llevarlo a cabo y no desistir de algo que comenzó como una gran sueño e ilusión. Por otro lado, al estimado profesor Ernesto Govea, por siempre recibirme con una grata sonrisa, ofreciendo siempre su apoyo y paciencia para la

realización de mi trabajo, así como su orientación y disponibilidad de tiempo como una medida de apoyo importante para conmigo.

Ahora bien, las personas más importantes de mi vida, mis padres, que a ellos les debo todo, por que siempre se han ocupado de mi bienestar y estudio, y que aprovechando estas líneas me disculpo en primera instancia, por muchos tropiezos que he tenido hacia con ustedes a lo largo de mi vida, que en muchas ocasiones sé fueron temporadas muy difíciles y de incertidumbre, pero gracias a Dios y a ustedes que siempre han mantenido su mano tendida para poder levantarme es como he podido salir adelante, heme aquí entregando un logro más a ustedes y no saben con cuanto gusto y dedicación lo hago. Mami, gracias por ser mi pilar más fuerte, mi mejor amiga y cómplice, mi admiración la tienes totalmente, y por ti he aprendido que la vida por muy dura que se presente, siempre es bueno enfrentarla con una sonrisa en el rostro, gracias por tu dedicación, noches de desvelo, cuidado y sobre todo paciencia, pero principalmente por darme la vida. Papi, gracias por ese carácter tan fuerte que tienes, ya que de él he aprendido muchísimo, sin embargo sé que al final del día puedes doblegarte con tal de verme sonreír, gracias por estar ahí, por tu apoyo, cuidado y consejo. Gracias a ambos por sus palabras de aliento, su confianza, amor incondicional, y por motivarme a querer dar lo mejor de mí cada día, siendo una mujer fuerte y luchona, los amo, esto va por ustedes.

A mi hermosa familia, que es otro de mis pilares, gracias por estar ahí para mí cuando lo he necesitado, por sus palabras de aliento, por estar al pendiente de las alegrías, logros, anécdotas o dificultades que he vivido a lo largo de este camino, para mí la familia es muy importante y amo cada momento que paso con ustedes compartiendo, abuelitas Tere y Paulita, tías y tíos, primas (as), sobrinos gracias por creer en mí.

Finalmente a mis amigos, gracias por ser partícipes en este trayecto, a aquellas personas que conozco de hace años y con quienes mantengo una relación muy estrecha como de hermanos Lily, Mary, Johan, Froy, Ale, Velvet, Alex y por otro lado aquellos amigos que he ido encontrando recientemente en mi camino o bien que fortalecimos lazos Pepe, Samantha, Angy, Miguel, Xanat, Lalo, todos ustedes representan un gran aliento en mi vida, gracias por su apoyo, confianza, tolerancia, consejo y llamadas de atención cuando más lo he necesitado, puedo decir que sus palabras me ayudaron a mantenerme firme en seguir hacia adelante en este proyecto y gracias por no perder la fe en mí. Los quiero mucho

Gracias Dios por permitirme seguir aquí, gracias por brindarme oportunidades excepcionales en mi vida, gracias por guiarme en el camino y gracias por brindarme la fuerza y confianza en mi misma para poder culminar este proyecto y por ende el cierre de un hermoso ciclo, un logro crucial en mi vida.

A todos ustedes ¡¡GRACIAS!!

Con amor y cariño Mary

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	3
2.1 Tratamiento psicológico cognitivo conductual y sus propósitos.	3
2.2 Eficacia y efectividad de los tratamientos psicológicos cognitivo conductuales.	5
2.3 Criterios para la efectividad de la terapia cognitivo- conductual	10
3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	15
3.1 Características propulsoras hacia una eficacia terapéutica	15
3.2 Variables del usuario	15
3.3 Variables del terapeuta	18
3.4 Alianza terapéutica	19
3.5 Posibles factores de deserción en la terapia	22
4. OBJETIVO DEL REPORTE	26
4.1 Objetivo general	26
4.2 Objetivo específico	27
5. MÉTODO	28
5.1 Participantes.	28
5.2 Escenario	28
5.3 Tipo de investigación	28
5.4 Diseño de investigación	28
5.5 Materiales e Instrumentos	29
5.6 Procedimiento	29
6. RESULTADOS	31
6.1 Análisis de datos	31
6.2 Datos cuantitativos	31
6.2.1 Análisis Descriptivo	31

6.2.2 Análisis Inferencial. _____	49
6.3 Datos cualitativos _____	51
6.3.1 Relación Usuario-Terapeuta (percepción del usuario) _____	52
6.3.2 Relación Usuario-Terapeuta (percepción de los terapeutas) _____	56
6.3.3 Actitudes del terapeuta de acuerdo a la percepción del usuario ____	58
6.3.4 Mejorías o avances de acuerdo a la percepción de los usuarios a partir de las primeras sesiones. _____	61
6.3.5 Actividades que el terapeuta realizó con el usuario en la tercera sesión y contribuyó a un avance terapéutico _____	62
6.3.6 Actitudes que el usuario mismo identificó y que contribuyeron al avance de su terapia. _____	64
6.3.7 Técnicas realizadas y percepción de cambio (usuarios y terapeutas) al final de la terapia. _____	66
6.3.8 Deserción de la terapia. _____	69
7. DISCUSIÓN _____	72
8. CONCLUSIONES _____	83
9. REFERENCIAS _____	86
ANEXOS	

RESUMEN

Se llevó a cabo un estudio sobre la percepción de los terapeutas y pacientes o usuarios que se encontraban en tratamiento psicológico del turno vespertino sobre la efectividad de la terapia cognitivo conductual impartida en los cubículos de la CUSI ubicada en las instalaciones de la FES Iztacala, para ello se tomó una muestra de 16 participantes con sus respectivos terapeutas adscritos al enfoque cognitivo conductual, se les realizó una entrevista a ambas partes tomando en cuenta variables del paciente o usuario, terapeuta y relación paciente /terapeuta (alianza). Se contrastaron las respuestas de los terapeutas y usuarios, los resultados mostraron que en su mayoría los pacientes refirieron aspectos positivos en cuanto a la terapia impartida y las técnicas cognitivo conductuales empleadas, aunado a las atribuciones que propiciaron el establecimiento de una relación favorable usuario/terapeutas, siendo este el principal factor que propició un cambio o mejoría en el tratamiento psicológico..

Palabras clave: *tratamiento psicológico, cognitivo conductual, variables, paciente, terapeuta, relación terapeuta/usuario, alianza terapéutica*

1. INTRODUCCIÓN

La psicoterapia es un tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve 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 las personas y grupos. (Santibañez, Román y Vinet, 2009).

Hoy en día psicólogos clínicos han comprobado la efectividad de los tratamientos psicológicos en diversos tipos de problemas como más adelante se señala, sin embargo, cabe destacar que es el modelo cognitivo-conductual el que más ha probado la eficacia de sus intervenciones con sus estrategias metodológicas que incluyen siempre, primero evaluar una línea base de la conducta problema antes de hacer alguna intervención terapéutica y luego continuar midiendo los efectos de la intervención en esa conducta problema.

Asimismo, sabemos que se ha demostrado esa eficacia, sin embargo, poco se ha investigado sobre el porqué funciona o no la terapia, por lo que podría ser bueno buscar una 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 usuarios respecto a lo mismo, ¿habrá coincidencias? ¿habrá diferencias? ¿habrá patrones de problemáticas similares entre los usuarios? ¿nos sorprenderán algunas de las respuestas de los usuarios? ¿El usuario tendrá algún tipo de conciencia de lo que más le ayudó a superar su problema o no?

Dado lo anterior el objetivo principal de este reporte de investigación es reafirmar y responder el porqué la terapia cognitivo–conductual puede ser efectiva o no, y a su vez si ésta puede ser viable desde una perspectiva del usuario, esperando brindar con ello una mayor comprensión del cambio psicológico que se

presente en el mismo usuario, teniendo para ello tanto la perspectiva del los usuarios así como la de los terapeutas, contrarrestando la opinión de ambas partes, para ello se tomarán en cuenta los diferentes factores que pueden intervenir en la terapia clínica supervisada que se brinda en la Clínica Universitaria de Salud Integral de la FES Iztacala.

Para llegar a los factores antes mencionados, se irán abordando diversos capítulos, siendo que a partir del capítulo 2 se abordará una breve reseña del tratamiento psicológico cognitivo-conductual y sus propósitos , posteriormente la efectividad de dichos tratamientos y cuales pueden ser sus criterios para la misma, dando paso al capítulo 3 en el cual se mostrará la justificación de dicha investigación mediante las variables que pueden intervenir en la terapia, tanto por parte del usuario, como del terapeuta, brindando con ello el objetivo de este reporte de investigación, siendo este el capítulo 4. En el capítulo 5 se explicará la metodología empleada y en el capítulo 6 se tratará el análisis de los resultados obtenidos con ella. Finalmente se dará paso a un análisis a profundidad contrarrestado con la teoría abordada y las conclusiones obtenidas a partir del análisis de de los mismos, permitiendo saber si se cumple o no con el objetivo de dicha investigación.

Esperamos que esta información retroalimente y enriquezca 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 una creativa intervención del terapeuta, por lo que la perspectiva hacia ello podría cambiar notablemente.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Tratamiento psicológico cognitivo conductual y sus propósitos.

Hoy en día, puede decirse que es más frecuente escuchar sobre un tratamiento psicológico enfocado a aquellas personas que desean una orientación en diversas problemáticas que lleguen a interferir en su vida diaria, con la percepción de no poseer las herramientas necesarias para sobrellevar o modificar dichas problemáticas, sin embargo es menester ahondar en el concepto de un tratamiento psicológico y sus objetivos, siendo en este caso orientado a un enfoque cognitivo-conductual, es en este sentido y retomando lo mencionado por Labrador, Vallejo, Matellanes, Echeburúa, Bados y Fernández (2002), quienes definen un tratamiento psicológico basado en el modelo conductual, como una intervención profesional basada en técnicas psicológicas en un contexto clínico, en ella, un especialista, siendo este un psicólogo clínico, busca eliminar el sufrimiento de otra persona o enseñarle las habilidades adecuadas para hacer frente a los diversos problemas de la vida cotidiana. Para esto, entre otras cosas, se requiere escuchar con atención al usuario y buscar los aspectos personales, sociales, familiares, etc. que son responsables del problema, también supone informar al usuario sobre cómo puede resolver estos y el empleo de técnicas psicológicas específicas, como el entrenamiento en respiración y relajación, el entrenamiento en habilidades sociales, etc.

Las técnicas antes mencionadas son parte esencial del modelo cognitivo conductual, mismas que han mostrado su efectividad en diversos pacientes.

Por lo tanto, un tratamiento psicológico puede llevarse a cabo desde individualmente, con parejas, hasta familias y grupos que puede durar desde una o unas pocas sesiones hasta varios años, normalmente con una frecuencia semanal, de una hora por sesión. Por otro lado, como ya se mencionó, este se aplica cuando existe un problema que dificulta o le impide a la persona vivir de la forma deseada o que produce malestar o sufrimiento y una alteración clínicamente significativa que duran más de lo normal, son muy fuertes e incapacitantes en el

que hacer diario y provocan un malestar considerable. Así, en este último caso es cuando resulta necesario acudir a tratamiento psicológico ya sea por decisión personal o porque otros se dieron cuenta de la necesidad de este tratamiento, que puede ser el caso de niños, ancianos con demencia o quienes no tienen conciencia del problema o lo niegan. (Labrador y cols.,2002),

Aunado a lo anterior, Vargas e Ibáñez (2002), mencionan que la psicoterapia desde el enfoque cognitivo-conductual, considera a la conducta problema igual que la conducta funcional, siendo que tanto una como la otra son una conducta aprendida, y si la conducta problema es aprendida puede ser modificada mediante el mismo proceso. Cuando el terapeuta se enfrenta a esto hace una evaluación del usuario, misma que se hace mediante la entrevista, que a través de preguntas estructuradas permite un acercamiento entre terapeuta/usuario, a la vez de ir construyendo un cuadro acerca de la problemática del usuario y que al irle planteando estas preguntas estructuradas le permite al mismo crearse una visión que no había hecho en un momento anterior, por lo tanto puede considerarse una intervención desde esta aproximación y posteriormente se planea una intervención utilizando las herramientas necesarias o técnicas, como anteriormente se menciona, para modificar la visión que el usuario tiene sobre su contexto o ambiente con la finalidad de ajustarse mejor al mismo, sin embargo, sobre dichas características se hablará más adelante.

Sobre las técnicas, García (2004) menciona que, la investigación en los últimos años ha permitido desarrollar y contrastar varias de ellas que son eficaces para todo tipo de trastornos mentales y problemas clínicos, desde los más frecuentes (trastornos de ansiedad, depresivos, de abuso y dependencia del alcohol y otras drogas, sexuales, de pareja o del sueño) hasta los más graves (esquizofrenia, demencia, retraso mental o autismo).

Ahora bien, según Santibañez y cols. (2009), en los últimos años se ha notado un aumento en la prevalencia de enfermedades mentales, por lo que se

propone como desafío mejorar y proteger la salud mental de la población, con lo que aumenta la necesidad de tener servicios e instituciones que den apoyo efectivo a este rubro, lo que se traduce en un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno y persistente a las necesidades de los usuarios, aspectos a los que hay que acercarse conociendo la eficacia de las intervenciones.

Tomando en cuenta lo anteriormente expuesto, es importante mencionar que el escenario actual de las psicoterapias en el que radica la psicología como una disciplina, se encuentra ligada a la aparición de instituciones conformada por investigadores para la construcción de nuevos estándares de la práctica clínica psicológica, por lo que hoy en día los diferentes enfoques de la psicoterapia suelen enfrentarse a complejidades conceptuales de diversos cuadros psicopatológicos, es por ello la importancia del conocimiento respecto a las técnicas adecuadas para aminorar los efectos de malestar que producen los mismos en el paciente o usuario, por lo que es menester tomar en cuenta el uso de recursos necesarios para aumentar la calidad de un tratamiento psicológico efectivo (García, 2008).

2.2 Eficacia y efectividad de los tratamientos psicológicos cognitivo conductuales.

Los tratamientos psicológicos deben pasar pruebas y controles científicos para saber si es más eficaz, que no hacer nada o utilizar otro tratamiento, es decir, la evaluación de la eficacia se centra en la identificación de cualquier cambio beneficioso en los pacientes que pueda ser atribuido a la administración del tratamiento y no a otros factores ajenos. 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 disponen de las condiciones óptimas y el máximo control de todo tipo de variables extrañas y utilizan diseños experimentales controlados que maximizan la validez de las conclusiones.

Ahora bien, no todos los tipos de tratamiento han sido sometidos a prueba, sin embargo, el más investigado desde hace años es el cognitivo-conductual, Ramallo (1981) menciona que la corriente conductista es la que ha facilitado la aparición de la terapia cognitiva conductual y que se considera como una rúbrica aplicada a una variedad de técnicas terapéuticas basadas en varios modelos conductuales diferentes, siendo que estos modelos tienen ciertas características como:

- a)** Tanto las conductas adaptativas o inadaptativas, como las pautas afectivas van acompañadas de procesos cognitivos como atención selectiva, códigos simbólicos, etc.
- b)** Estos procesos cognitivos son activados funcionalmente mediante procedimientos isomorfos con aquellos otros obtenidos del aprendizaje humano en el laboratorio.
- c)** La tarea del terapeuta es la de un educador-diagnosticador que evalúa los procesos cognitivos inadecuados.

Asimismo, menciona que la terapia puede verse progresada en tres fases, que parten de la auto-observación en la que el paciente o usuario 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 se pasa a la fase de desarrollar 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, en la tercera fase se tratan de consolidar los cambios efectuados y se trata de crear una base para mantenerlos.

El autor también menciona que desde 1977 se ha tratado de probar la efectividad de la terapia cognitivo-conductual, hecho que viene a reafirmar Bandura en ese mismo año e indicó, que los métodos basados conductualmente eran significativamente más efectivos en producir cambios sobre medidas objetivas y subjetivas múltiples de las funciones psicológicas, que aquellos otros métodos basados en procedimientos verbales, imaginarios o vicarios, cabe

mencionar que el autor no menciona algunos criterios o bases para evaluar la eficacia de la terapia cognitiva.

Siguiendo la misma línea Feixas y Miró (1993) mencionan a Ellis y Beck como pioneros de la terapia cognitiva, pasando de la escucha pasiva a una actitud activa y directiva con los usuarios, posteriormente pasaron a modelos que relacionan la efectividad de la persona para enfrentarse a su entorno con las habilidades y estrategias para la resolución de problemas, mas tarde se utilizan diversas técnicas dentro de la psicoterapia cognitiva, que en términos generales se refieren a procedimientos activos, directivos, estructurados y de una corta duración esto para el tratamiento de una amplia variedad de trastornos psicológicos. A su vez hacen especial referencia a la psicoterapia como un esfuerzo de colaboración mutua que realizan tanto el terapeuta como el paciente, aunado a esto el terapeuta durante la terapia debe mostrarse también activo, identificando los problemas y las dificultades que se presenten, centrándose solo en aspectos concretos. Respecto a esto último en el trabajo de García (2008) se hace mención de que la terapia cognitiva fue conformada a partir de una serie de procedimientos y técnicas que era posible combinarlas y a su vez estudiarlas de forma independiente lo que permitió someterla a diversas metodologías que la llevaron a establecer bases para determinar su confiabilidad y la forma de implementarla en las psicoterapias

Por su lado Dahab, Rivadeneira y Minici (2004) mencionan que hay un gran índice de efectividad, gracias a la terapia cognitivo- conductual en diversas problemáticas y una mejora a largo plazo, y esto es debido a que una vez eliminados los síntomas principales por los que el paciente llega a consulta se obtiene una mejora en la calidad de vida derivada del cambio comportamental que se haya logrado dentro del tratamiento. Es por ello que la efectividad de la terapia cognitivo conductual es debido a los logros que se dan a partir de la evaluación e intervención mediante técnicas combinadas de diversos modos, de manera que

permita un trabajo activo en equipo entre ambas partes y así poder resolver el motivo de consulta del usuario.

Como se ha visto anteriormente, poco a poco ha crecido el interés y uso de la terapia cognitivo conductual y por lo tanto sus definiciones y características, por ejemplo, López y Rodríguez (2009) en un estudio en el que evaluaron la eficacia de la terapia cognitiva en trastornos bipolares, defienden que la terapia cognitiva es un sistema de psicoterapia basado en las teorías sobre el procesamiento patológico de la información en los trastornos mentales. Esta terapia está dirigida esencialmente a modificar las cogniciones distorsionadas o desadaptativas y las alteraciones conductuales y emocionales que conllevan. Se hace un mayor énfasis en problemas específicos o cuestiones de la vida actual del paciente porque estimula la elaboración de planes de acción que pueden ayudar a contrarrestar síntomas disfuncionales. Con la terapia cognitiva se pretende lograr una valoración precisa y objetiva de la validez de las cogniciones y la naturaleza adaptativa de las conductas frente a las desadaptativas. Tal y como lo mencionó Ramallo (1981) en su tiempo. También se dice que si se producen distorsiones cognitivas, el paciente y el terapeuta trabajan juntos para desarrollar una perspectiva más adecuada. Por otra parte, si se identifican experiencias o características actuales negativas, se intentará encontrar formas de afrontarlas o bien cambiarlas. Es por ello que el autor en este estudio comprobó que efectivamente la terapia cognitiva puede ser muy eficaz en el tratamiento de trastornos bipolares, uno de los tantos trastornos en los que puede ser efectiva esta terapia.

En referencia a lo anterior, García (2004) menciona que en 1998 un comité creado al efecto de la División 12 de la Asociación Americana de Psicología, la sección de la APA dedicada a la Psicología Clínica, estableció unos criterios para evaluar la eficacia de los tratamientos psicológicos, esta lista incluía 67 tratamientos para 33 trastornos, y el 85% pertenecían a la perspectiva cognitivo-conductual.

Sobre dichos criterios, éstos permiten hablar de una terapia eficaz para un trastorno específico en la medida que su eficacia venga avalada empíricamente por los resultados de al menos 2 estudios experimentales intergrupos o de 10 estudios experimentales de caso único que demuestren que dicha terapia es superior a un tratamiento farmacológico, a un placebo psicológico o a otro tratamiento psicológico alternativo, o bien, que es equivalente a un tratamiento bien establecido. Los experimentos se deben haber realizado con un diseño adecuado, utilizando manuales de tratamiento y sobre muestras de pacientes cuyas características hayan sido claramente especificadas. Además, al menos dos grupos de investigación tuvieron que haber demostrado los efectos positivos del tratamiento de manera independiente. Así también, en Santibañez y cols. (2009), se menciona que la validez ha planteado desafíos que requieren incluir múltiples variables que influyen, desarrollar criterios operacionales medibles y disponer de muestras que permitan obtener resultados significativos.

Alguien podría pensar, continúa García (2004), que este tipo de estrategia de análisis e investigación es o podría ser excluyente, relegando el desarrollo e investigación de otro tipo de terapias, pero en realidad esto se caracteriza por la exigencia, esto puede verificarse desde diversas perspectivas:

- La de los pacientes, que merecen recibir los tratamientos, que con nuestros mejores conocimientos ofrecen la mejor garantía de solución para sus problemas.
- La de la ciencia, pues incentiva la investigación.
- La de la sociedad, que tiene el derecho a dedicar sus recursos a aquellas psicoterapias que de forma contrastable pueden beneficiar a sus miembros.
- Finalmente nos exige como psicólogos, para aplicar tratamientos cuya eficacia esté suficientemente garantizada.

Con esto se ve, como mencionan Labrador y cols. (2002), que las ventajas de conocer son evidentes para los pacientes pero también para los psicólogos en su ejercicio profesional y su formación.

Retomando las problemáticas en las que es de gran ayuda la terapia cognitivo conductual, Muñoz y Ruíz (2007) mencionan el efecto positivo de esta misma, en pacientes con esquizofrenia, probando ser eficaz para disminuir los síntomas que se derivan de ellos, el terapeuta aplica técnicas en estos casos como el entrenamiento en habilidades sociales, la terapia familiar conductual, entre otras técnicas que ayudan al paciente a tener una actitud más favorable hacia medicamentos, adaptaciones a su ambiente y sobre todo a evitar recaídas. Estas mismas mejoras pueden observarse en pacientes con trastornos adictivos como a la cocaína, por ejemplo, y que con un trabajo multidisciplinar en el que la terapia cognitivo conductual, es de vital importancia dentro del tratamiento, ya que existe una relación recíproca entre los procesos cognitivos de las personas, su afectividad y su conducta. Las conductas adictivas son el resultado de patrones aprendidos a raíz de la interacción del organismo con su entorno por lo que desde un enfoque conductual es posible cambiar comportamientos y reaprender otros empleando los mismos que pueden explicar su adquisición. (Llorente del Pozo y Castillo, 2008).

Así, la evaluación de la efectividad de la intervención psicoterapéutica es un tema socialmente relevante, considerando la necesidad de delimitar los componentes críticos de las intervenciones apoyadas en la evidencia. (Santibañez y cols., 2009). Por lo anterior, la evaluación de sus resultados ha pasado a ser un tema central y su importancia radica en que sus conclusiones permiten un avance en la comprensión del cambio psicológico y una optimización de la práctica clínica.

2.3 Criterios para la efectividad de la terapia cognitivo- conductual

Hoy en día, es necesario contar con intervenciones que sean validadas empíricamente o que sean apoyadas en la evidencia, para que de este modo se permita conocer acerca de su efectividad, tal como lo menciona Vera-Villaroel (2004), quien habla de los tratamientos que son altamente eficaces, probablemente eficaces y los que se encuentran en fase experimental, basándose

en diversos estudios realizados por él, coloca a la psicoterapia cognitivo conductual en la primera, es decir, puede considerarse altamente eficaz, sin embargo, es importante mencionar sobre qué criterios está basando esta afirmación (veáse García, 2004). Una evidencia de ello son los diferentes casos que el autor Vera-Villaruel (2004) expone, como es el aplicado a 32 adolescentes embarazadas con un cuadro de síntoma depresivo, dividiéndolas en 2 grupos uno experimental y uno control y en el que utilizando técnicas como la reestructuración cognitiva, relajación, resolución de problemas y ensayos conductuales, obtuvo que el cuadro depresivo disminuyó significativamente comparando en antes y después y posteriormente comparándolo con el grupo control. Otro estudio realizado por él, fue una intervención cognitivo-conductual breve aplicada a un grupo de mujeres con trastorno mixto ansioso depresivo, en el que también utilizó algunas de las técnicas del estudio anterior complementadas con entrenamiento en asertividad e imaginaria, los resultados arrojados como eran de esperarse fueron efectivos y disminuyendo significativamente los síntomas de ansiedad y depresión. Así como estos estudios se han realizado muchos más para probar la eficacia del modelo cognitivo- conductual.

Asimismo en otro estudio de Duncan, Miller y Hubble (2007) en el cual tomaron el caso de un joven adulto, que amaba su trabajo pero que en ocasiones le causaba conflictos ya que constantemente volaba en avión y eso le producía mucho estrés y ansiedad por lo cual decidió acudir a terapia, decisión que le ayudó en un principio ya que mediante el enfoque cognitivo conductual, le enseñaron algunas técnicas que le ayudaron a reducir esa ansiedad a volar, sin embargo los resultados no fueron muy alentadores ya que el terapeuta por prestarle demasiada atención a ello no tomó en cuenta otros elementos que también eran importantes con respecto a su paciente, por lo que mencionan que en algunas investigaciones se ha hablado de los “super-terapeutas” y son ellos los que comparten tres lecciones para hacer más efectiva la terapia cognitivo-conductual estas son:

Lección 1: Dirigirse hacia la zona de confort del paciente y poner límites de la efectividad de sus resultados, es decir que la terapia se maneje bajo el ritmo que vaya dictando el paciente, siempre y cuando se comprometa a buscar nuevas direcciones y haciéndole a la idea de que el tratamiento va dando resultados bajo la forma que él creyó correcta.

Lección 2: Determinar tan claro como sea posible, cómo los pacientes van respondiendo al tratamiento y a qué grado de mejora, esto puede conocerse también mediante el acercamiento que se tenga entre terapeuta y paciente, ya que es una característica muy importante para que el paciente vaya teniendo avances en la terapia tanto esto como los avances que se van teniendo pueden medirse mediante escalas como las ORS que se enfocan en tres áreas del individuo que es a nivel personal, interpersonal y social.

Lección 3: Buscar, obtener y mantener lo más alto posible el compromiso del cliente. Esto lo menciona ya que en ocasiones los pacientes o clientes creen que a las dos sesiones la terapia no le está ayudando, esto puede deberse a que tal vez el terapeuta no está enfocando en algo que el paciente quiere que lo haga o cuando el paciente tiene la sensación de que no es lo que necesita o simplemente porque no se sienten a gusto con el terapeuta. Por lo que es necesario mencionarle al paciente que es importante el compromiso de ambos y que la terapia es un proceso largo que requiere de paciencia y participación. En general, los tratamientos más efectivos son claros, están centrados en la solución de problemas inmediatos y son de corta duración (2 a 6 meses aunque es mayor en problemas graves o cuando hay varios).

Además de lo anterior, múltiples ensayos clínicos, muestran que la evaluación formal y discutir la experiencia del cliente del proceso y los resultados de la atención duplica la tasa de cambio confiable y clínicamente significativo experimentado por los clientes y reduce las tasas de abandono.

Sobre esto, en un estudio, mencionado en Miller y Bargmann (2000), en donde la mitad de los casos, los médicos recibieron información acerca de la experiencia de las parejas de la relación terapéutica y el progreso en el tratamiento, y en la otra mitad, ninguno. La conclusión del estudio es que las

parejas cuya terapeuta había recibido una respuesta experimentaron el doble de la velocidad de cambio fiable y clínicamente significativo a comparación de los resultados negativos de los de la condición de no-respuesta. Aún más asombroso, en el seguimiento, las parejas tratadas por terapeutas que no reciben retroalimentación, tenían casi el doble de la tasa de separación y el divorcio.

Sobre las técnicas usadas, según Santibañez y cols. (2009), para medir la efectividad de los tratamientos psicológicos, la observación clínica ha sido una técnica muy utilizada, aunque ésta tiene sesgos importantes. Por otro lado, los tests psicológicos pueden ser herramientas útiles para complementar la detección de cambios psíquicos en los pacientes y tienen la ventaja de la estandarización y la disminución del sesgo, siendo relevante su sensibilidad al cambio, entendida como su capacidad de reflejar cambios consecuentes a un avance terapéutico. Así Miller y Bargmann (2000) dicen que 1400 medidas están actualmente en uso para medir la efectividad de la psicoterapia, las escalas particulares empleadas por Miller et al. (2006) para evaluar la relación y el progreso son la Session Rating Scale (SRS [Miller, Duncan & Johnson, 2000]), y la Outcome Rating Scale, (ORS [Miller & Duncan, 2000]), ambas escalas son cortas, 4 ítems, instrumento de auto-informes que se han probado en numerosos estudios y han demostrado tener una fiabilidad sólida y validez. Lo más importante tal vez, la brevedad de las dos medidas asegura que también son factibles para su uso en la práctica clínica diaria.

Además, sobre estos instrumentos, cabe mencionar que:

- 1) Las puntuaciones que se encuentran en o por debajo de 36 se consideran "preocupante" y se debe discutir con los clientes antes de terminar la sesión, pues la disminución de un solo punto en una sesión también se han encontrado para ser asociado con peores resultados en la terminación.
- 2) Ayudan a los médicos a identificar problemas en la alianza (es decir, malos entendidos, desacuerdos sobre las metas y los métodos) a principios de la atención y por lo tanto prevenir el abandono por parte del paciente.

3) Ayuda a identificar la perspectiva del cliente sobre la terapia, es decir, si se habló de los temas que quería, lo menos útil, si las preguntas le hicieron algún sentido, si se le preguntó sobre cosas que éste considerara importante, si las respuestas del terapeuta se sintieron adecuadas, etc.

4) Los clientes que obtienen una puntuación por debajo de 25 son susceptibles de beneficiarse del tratamiento, mientras que los comprendidos en la admisión por encima de 25 son menos propensos a mostrar una mejoría y, de hecho, un mayor riesgo de deterioro. Con respecto a la evidencia última, se indica que entre el 25-33% de las personas que se presentan para el tratamiento están por encima de la puntuación de corte en la admisión, la razón más común dada para la puntuación por encima de la clínica de corte en la primera visita es que alguna otra persona que envía o se cree que necesitan tratamiento. En tales casos, el cliente puede pedir que complete como si fueran la persona que los envió. Otra razón común para la caída de las puntuaciones por encima de la clínica corta en el consumo es que el cliente quiere ayudar con un problema muy específico, que no afecta a la calidad de vida en general o el funcionamiento, pero es preocupante.

3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Características propulsoras hacia una eficacia terapéutica

Es por lo mencionado anteriormente, que el presente estudio está dedicado a la efectividad y percepción de la terapia cognitivo conductual, identificando y comparando los puntos de vista o versiones de los terapeutas y de los usuarios sobre los factores o variables que determinaron el éxito o fracaso de la terapia para poder retroalimentar a la supervisión de futuros terapeutas con base en la información obtenida.

Para esta comprensión y optimización de la terapia, cabe mencionar algunos de los aspectos más importantes de la eficacia terapéutica mencionados por Labrador y cols. (2002), a saber, qué síntomas mejoran y en qué medida, cuánto tarda en aparecer la mejora, grado en que se mantiene, así mismo características del terapeuta y del paciente, entre ellos aspectos sociodemográficos como la edad, el género, grado de estudios (p.e., Meca, Rosa y Olivares, 1999; Urzúa, Arbach, Lourido y Mas., 2010; Rondón, Otálora y Salamanca, 2009) incluso algunos factores como la religión (Korman, Garay y Sarudiansky, 2008) y la deserción terapéutica (Rondón, Otálora y Salamanca, 2009; Porce, 2005., Bados, García y Fusté, 2002; Moreno, Rozo, & Cantor, 2012).

Sobre algunos de estos aspectos se hablará a continuación. Primeramente en cuanto a la mejoría de los síntomas cabe mencionar que los cambios en el nivel de un individuo de la angustia, el funcionamiento de las estrechas relaciones interpersonales y el rendimiento en el trabajo, la escuela, o la configuración de fuera de la casa son fuertes predictores de trabajo terapéutico con éxito (Miller y Bargmann, 2000).

3.2 Variables del usuario

En cuanto al tiempo en que tarda en aparecer la mejora, el cambio al comienzo del tratamiento es un buen predictor del resultado final, y al contrario, se

menciona que hay probabilidad de que la intervención clínica sea ineficaz para un problema específico si el paciente no responde satisfactoriamente tras las primeras sesiones (Corbella y Botella, 2004).

En referencia a aspectos sociodemográficos como la edad y grado de estudios Meca, Rosa y Olivares (1999) afirman que las personas que tienen un nivel o grado de estudios alto tienen una mejor respuesta ya que afirman que tipo de terapias requieren sujetos con un desarrollo cognitivo medianamente alto, asimismo, destacaron el hecho de que las terapias impartidas en universidades principalmente, tienen un mayor efecto positivo, ya que la población que mayor interés tiene hacia un tratamiento psicológico es la estudiantil. Sin embargo puede considerarse que un grado de estudios bajo del paciente, puede solicitar y sentirse de manera más confortable con un terapeuta que sea más directivo en la terapia, asimismo como el género de ambas partes puede involucrarse en esa directividad, ya que en ocasiones dentro de la interacción entre ambas partes implícitamente o no puede establecerse una relación de poderes entre géneros (Urzúa, Arbach, Lourido y Mas, 2010). Aunque por otro lado como lo menciona Rondón, Otálora y Salamanca, (2009) factores como la edad, pueden manejarse como factores desestores, tal y como se menciona más adelante.

Siguiendo la misma línea de aspectos sociodemográficos, en un estudio realizado por Fernández, Larrea y Rodríguez (1994), se enfocaron en describir las características sociodemográficas y clínica de los usuarios que usualmente llegan a abandonar el tratamiento y los que son dados de alta, sin embargo encontraron algunas dificultades, y de acuerdo a otras investigaciones concluyeron que estos datos eran inconsistentes y poco significativos, a excepción de la relación del estatus socio económico del cliente y el abandono de la psicoterapia, ya que abandonan más aquellos que tienen menos recursos. Por otro lado, de acuerdo al estudio realizado por Moreno, Rozo & Cantor (2012), encontraron que algunos usuarios tuvieron una mayor adherencia terapéutica cuando fueron atendidos por terapeutas del sexo femenino que por aquellos que fueron atendidos por el sexo masculino, sin embargo estas mismas diferencias se encontraron respecto al

abandono de la terapia, lo cual contrarresta a lo hallado por García y Fantín (2010), quienes encontraron que se tiene una mayor preferencia por psicólogos de género masculino, sin embargo se mostraron cautos ante estas conclusiones ya que tuvieron un grupo mayoritario sin preferencia alguna, sin embargo de acuerdo a lo mencionado por algunas de las usuarias o pacientes femeninas, determinaron una elección se relaciona principalmente a la necesidad de ser entendidas, siendo entonces que su búsqueda estaría orientada a personas con suficiente capacidad empática para comprender sus problemas; y por otro lado los hombres parecen más interesados en encontrar evidencias de efectividad, por lo que tienden a preferir ser atendidos por psicólogos varones, quienes les brindan mayor confianza en el tratamiento. Sin embargo, cabría ahondar más en la preferencia hacia un género dentro de la psicoterapia ya que no hay datos significativos que indiquen una diferencia entre hombres y mujeres y la permanencia y el abandono terapéutico.

Ahora bien otro de los factores que pueden influir en una efectividad de la terapia cognitiva conductual es la religión en la que Korman, Garay y Sarudiansky (2008), mencionan que las creencias y contextos culturales a las que pertenece el paciente son de relevancia para el psicoterapeuta cognitivo, ya que puede ser necesario al momento de diseñar una estrategia de intervención. En un estudio realizado por ellos afirman que no importa si el terapeuta no comparte los valores religiosos del paciente, ya que esto no garantiza la efectividad de la terapia, sino que es de mayor importancia el conjunto de valores que están implícitos en los procedimientos que se utilizan para obtener un cambio terapéutico y la amplia capacidad del terapeuta para poder respetar esos valores aunque no los comparta. Asimismo los autores mencionan que el tema de la religión y su relación con la psicoterapia, aunque ha sido ampliamente investigada, todavía se encuentra en desarrollo, ya que hay muy pocos tratamientos que tomen como modelo lo religioso y la manera que puede influir dentro de una terapia psicológica.

3.3 Variables del terapeuta

Por otro lado, otro punto importante que no puede desatenderse es el peso de las características personales del terapeuta, pues hay variabilidad dependiendo de éste al margen de las técnicas utilizadas, y es que, aunque se conoce el perfil idóneo hay características que facilitan la alianza terapéutica entre terapeuta y paciente: equilibrio emocional, sentido común, ausencia de rigidez y ganas genuinas de ayuda. (Labrador y cols.,2002). Asimismo, Corbella, Balmaña, Fernández-Álvarez, Saúl, Botella, y García, (2009) y Gómez (2010), como una característica más, hablan de un estilo personal del terapeuta, el cual se refiere al modo particular en el que un terapeuta establece una comunicación y/o la manera de relacionarse con su paciente, y con ello marcar la pauta de su perfil personal al trabajar en la terapia. Aunado a ello, hablan de la teoría de la mente, referida a la habilidad de una persona de atribuir estados mentales independientes, a uno mismo y a los demás con el fin de anticipar y explicar acerca de la conducta de los demás. Esta teoría se encuentra correlacionada con el estilo del terapeuta ya que el desarrollo de la misma permite al terapeuta entender cómo el paciente procesa la información, piensa, siente y actúa asimismo anticipar la conducta del paciente y sus posibles reacciones ante ciertas situaciones. Uno de los factores importantes en el estilo del terapeuta es la flexibilidad, misma que puede facilitar o dificultar al terapeuta adaptarse a las necesidades de su paciente, esto y las características del paciente permiten una adecuada alianza terapéutica.

En relación a lo anterior, otra de las características del terapeuta y que es relevante para una buena interacción entre paciente y terapeuta, es la directividad, que se refiere a aquellas intervenciones del terapeuta que de una forma intencional o no, puede intentar dirigir verbalmente o modelar el actuar natural de su paciente dentro de la terapia y cómo esta característica puede influir en la efectividad de la terapia. En este sentido, los terapeutas para poder ser directivos o no necesitan evaluar en qué situación, considerando el número de las sesiones de la terapia y también teniendo en cuenta el tipo del problema, las expectativas y

características del paciente, entre ellos el género y el nivel de estudios de ambas partes, producirán con mayor probabilidad resultados positivos. Cabe mencionar que aún antes de que se inicie el tratamiento los pacientes llegan a tener una percepción definida del terapeuta al igual que una concepción determinada de lo que esperan de la terapia. El hecho de que el paciente se sienta cómodo con una terapia directiva o no-directiva puede variar de persona a persona.

3.4 Alianza terapéutica

De la misma manera, según Miller y Bargmann (2000)., Corbella y Botella (2004) el factor que más contribuye al éxito del tratamiento es la relación entre paciente y terapeuta, afirmación que también realiza Santibañez y cols. (2009), quienes menciona que la evidencia más sólida que relaciona proceso y resultado, es la alianza terapéutica, la cual está correlacionada positivamente con los resultados del tratamiento, así la ausencia de un ajuste emocional (sentimiento de simpatía y de confianza hacia el terapeuta) pone en peligro el proceso de cambio y lleva a la ruptura de la relación de ayuda. La alianza terapéutica, entendida como la colaboración mutua entre paciente y terapeuta, recalca tres puntos importantes para ésta, el primero es que haya un acuerdo entre ambos respecto a las tareas, que se refiere a lo que se va a ir trabajando durante el proceso, el segundo que se cree un vínculo positivo y tercero, acordar objetivos de resultado dentro de la psicoterapia. (Bordin, 1976, en Botella y Corbella, 2011). La calidad de esta alianza se hace evidente en fases tempranas, pues los pacientes relatan que ya en la primera sesión se dan cuenta si podrán o no establecer una relación emocional positiva. Esta perspectiva del paciente tiende a ser más predictiva del resultado que otras fuentes y la evaluación precoz de la alianza es mejor predictor que las evaluaciones hechas en otros momentos. (Horvarth y Symonds, 1991., Horvarth y Greenberg, 1986 en Corbella y Botella, 2004).

A su vez, Gómez (2010) menciona que la fortaleza de la alianza depende del grado de acuerdo que se establece entre paciente y terapeuta sobre las metas y tareas terapéuticas y de la calidad del vínculo entre ambos. La relación paciente-

terapeuta es por lo tanto un elemento fundamental de la psicoterapia. Por lo que se toma en cuenta que el rol del paciente dentro de la terapia es su disposición a participar dentro del proceso terapéutico y de trabajar en pos de los objetivos y en un buen nivel de motivación son fundamentales para desarrollar y sostener una buena alianza terapéutica. Por el otro lado el rol del paciente, aunque algunas de sus actitudes y comportamientos se consideran universalmente aplicables a todos los pacientes (por ejemplo el respeto, no minimizar los problemas, saber escuchar) hay algunas actitudes que requieren ser adaptadas a los pacientes en particular, tales como la auto-revelación, la calidez, el apoyo, el nivel de formalidad en el trato.

Elementos como la personalidad del terapeuta, la empatía que genere con su paciente, su presentación, abordaje de la problemática y la manera de llevarlo, sus actitudes o trato hacia el paciente, conducen a un término exitoso de la terapia, aunque sin estas características no se establecen desde el principio esto puede generar una baja en la terapia (Rondón, Otálora y Salamanca, 2009).

Por lo que, considerando que la alianza es importante para el proceso y el resultado, surge la pregunta sobre la potencial entrenabilidad de ésta. Se ha encontrado que la efectividad de algunos factores inespecíficos, tales como compromiso y comprensión, son independientes de la formación y la experiencia profesional, que la aplicación rígida de manuales puede llevar al deterioro de la alianza, además de que los terapeutas deben crecer en su capacidad de auto observarse para poder establecer una buena alianza.

Así, en un estudio cuyo objetivo fue evaluar la efectividad de la psicoterapia individual y su relación con la alianza terapéutica, teniendo evaluaciones al inicio y término de la terapia. En el estudio participaron 23 consultantes, cuya psicoterapia era conducida por 11 estudiantes de los últimos niveles de la Carrera de Psicología, que realizaban su primera experiencia o se encontraban efectuando su práctica profesional. Los resultados informan diferencias terapéuticas

significativas, además de que se evidencia una asociación significativa entre la alianza terapéutica percibida por el paciente y el resultado de la psicoterapia.

Respecto a lo anterior, Botella (2008) también realizó un estudio para evaluar el proceso terapéutico y su relación con la alianza terapéutica, asimismo, evaluar los efectos de una ruptura de dicha alianza y el empeoramiento sintomático sobre el resultado y proceso de la terapia, esto lo evaluó a 239 pacientes quienes fueron atendidos por 9 terapeutas con experiencia de 3 hasta 17 años, para evaluar la alianza se utilizó el instrumento en versión reducida del *WAI-S* (Working Alliance Inventory., *WAI Short Version*) elaborada por Tracey y Kokotovic (1989), compuesto de 3 sub-escalas fundamentadas en los tres componentes de la alianza descritos por Bordin (1979) que son: 1) Acuerdo en los objetivos de la terapia, 2) Acuerdo en las tareas de la terapia, y 3) Vínculo emocional entre terapeuta y paciente. Los resultados arrojados fueron que la alianza terapéutica establecida en las tres primeras sesiones predice una terapia exitosa, y una disminución significativa de la sintomatología con la que llega el paciente, si esta alianza no se logra establecer sería un fuerte predictor para que el paciente abandonara la terapia entre otros factores.

Por lo tanto, la terapia cognitiva no solo aporta la adherencia del paciente a las técnicas establecidas con el paciente sino la clave es establecer una buena relación terapéutica, de modo que los pacientes puedan percibir a sus terapeutas como empáticos y con una actitud no crítica y congruente y a su vez facilitar la comunicación entre ellos (Gómez, 2010).

Por otro lado cabe destacar que el bienestar psicológico del paciente juega un papel muy importante dentro de la terapia, para ello Orama, Santana y Vergara (2006) nos hablan de este factor haciendo énfasis en procesos psicológicos asociados con el funcionamiento del sí mismo como regulador, mediador y motivador del bienestar. Hablan del bienestar como un concepto que se ha abordado desde años atrás en el que tiene que ver la satisfacción consigo mismo, felicidad y afecto positivo, concluyendo que ese bienestar psicológico constituye,

pues, un indicador positivo de la relación del sujeto consigo mismo y con su medio, para comprobar esto, los autores presentaron una alternativa de evaluación, que consistió en un cuestionario de bienestar psicológico aplicado a docentes y que tuvo como objetivo analizar su estructura factorial y consistencia interna, asimismo, con el ánimo de conocer su efecto en los procesos de adaptación de las personas, fueron analizadas las asociaciones con indicadores de la salud mental y la vulnerabilidad al estrés. Lo que obtuvieron fue que el bienestar psicológico es una variable medidora en las relaciones de las personas con su entorno, que se manifiesta en el proceso de la interacción de éste con el medio a partir de los recursos psicológicos con que cuenta para afrontar las demandas externas e internas, asimismo actúa como un mecanismo protector para el sujeto y, a su vez como un indicador positivo de su salud mental. Es por ello que el bienestar resulta de importancia dentro del proceso terapéutico, ya que el mismo paciente puede evaluarse en que rango se encuentra ya sea a nivel personal, familiar o social.

3.5 Posibles factores de deserción en la terapia

Ahora bien, en algunas ocasiones se presenta el abandono de terapia, en tanto se le considera consecuencia no deseada o imprevista, incluso es común observar que se recogen resultados positivos y nunca negativos. Además, según Porce (2005), se le define como una interrupción del tratamiento antes de alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos, siendo la ausencia de éste una característica definitoria de éxito, de esto la atención a sus motivos y causas para poder controlarlo hasta donde sea posible. Existen 3 formas distintas en que éste se puede dar: (1) imprevista y no avisada por el cliente, (2) el cliente le avisa a su terapeuta o (3) ambos pueden llegar a un acuerdo. Otros tipos son el abandono cuando se alcanzan algunos objetivos y se habla de abandono por mejoría y en caso de que a esto siga la interrupción permanente de búsqueda de ayuda, estamos ante un abandono total de la psicoterapia.

Algunos de los motivos de abandono en los casos de adultos son:

1) El motivo de consulta ya no preocupa,

- 2) Consejo de otro profesional de corriente teórica distinta
- 3) Cambio de ciudad del cliente,
- 4) Desmotivación por la terapia,
- 5) Incumplimiento de instrucciones,
- 6) Relativizar el problema,
- 7) Tardanza en conseguir objetivos,
- 8) Negación a tocar algunos temas,
- 9) Falta de rapport con el terapeuta,
- 10) Cambio de ciudad del terapeuta

Los que no interesan por su manejabilidad, es decir, el terapeuta no podría evitar son el 3 y el 10. Por otro lado se mencionan además las causas más frecuentes, y entre estas están: bajo estatus socioeconómico, escasa motivación, gravedad y cronicidad del trastorno psicopatológico, débil alianza terapéutica, exceso de actividad verbal del terapeuta, etc.

Reafirmando algunos aspectos de lo anterior, Rondón, Otálora y Salamanca (2009), mencionan que existen diversos factores que pueden influir en la deserción de la terapia, asociados al paciente como lo son la edad, la niñez, vejez o adolescencia, las creencias culturales, las expectativas respecto a su terapeuta, entre otras, sin embargo, no hallaron evidencia respecto a factores como el sexo o el nivel educativo o social. Ahora bien, también existen factores deserrores asociados a la terapia como lo es un mal manejo de la problemática, aplicación de las técnicas, instrumentos de evaluación, no explicar los derechos del paciente y la confidencialidad, esto mediante el consentimiento informado. Los autores preocupados por analizar estos factores y buscar alternativas de solución para prevenir mas deserciones, realizaron un estudio descriptivo en el que se enfocaron en las historias clínicas de 74 pacientes con edades comprendidas entre los 4 y 45 años firmando previamente el debido consentimiento informado, y perteneciendo a una escolaridad primaria y superior prevaleciendo la primera, y la mayoría con estado civil soltero. El 44% de estos pacientes desertaron de terapia, por lo que basándose en sus expedientes, dividieron dos grupos, los que desertaron y no

desertaron, hicieron contacto con los terapeutas del segundo grupo y a la vez con sus pacientes, a estos últimos se les realizó una entrevista telefónica, preguntándoles acerca de su motivo de deserción, algunos mencionaron factores como los antes mencionados por lo que se enfocaron en querer conocer la proporción de ocurrencia de cada variable con respecto al total del grupo entrevistado, se obtuvo mediante una escala de presencia y ausencia y al relacionarla con la proporción en la que se presenta cada una de las variables, con respecto al total de la muestra, sin determinar las relaciones causales directas sino la ocurrencia de la variable en cada uno de los casos, se encontró que en un promedio de 44 días hubo 30 ausencias, asumiendo que los pacientes desertaron durante la fase aún de evaluación, reafirmando que las deserciones se dan por motivos antes mencionados pero prevaleciendo factores como una edad específica (niños, adolescentes y tercera edad), inconformidad con la terapia, los costos de las sesiones, el contexto, etc. sin embargo no encontraron una relación estricta respecto al sexo, nivel educativo y social. (Moreno, Rozo & Cantor, 2012)

Aunado a lo anterior, aunque el tratamiento psicoterapéutico es altamente efectivo para diversos trastornos o problemas, Bados, García y Fusté (2002) confirman que en la práctica el 65% u 80% de los pacientes abandonan la terapia antes de la décima sesión o simplemente no aceptan el tratamiento lo que ha llevado a buscar tratamientos alternativos que sean mayores al cognitivo-conductual, por lo que las orientaciones psicodinámicas, fenomenológicas y sistémicas se han dado a la tarea de investigar la eficacia de esos otros tratamientos. Sin embargo, mencionan que la eficacia de una intervención depende de la calidad de los datos empíricos que la sustentan y aquellos que cumplen las siguientes condiciones: 1) han sido investigados mediante buenos diseños experimentales de grupo o caso único 2) han obtenido resultados superiores que cuando no se tiene un tratamiento o tratamiento alternativo. Además los tratamientos deben estar bien descritos y las características de las muestras empleadas deben ser claramente especificadas, lo anterior puede realizarse bajo un enfoque cognitivo-conductual.

Otro estudio realizado por Moreno, Rozo & Cantor (2012), en el cual su objetivo fue describir los motivos de permanencia terapéutica y abandono terapéutico de los pacientes que asistieron en un tiempo determinado a la Unidad de Servicios Psicológicos en Colombia, tomando en cuenta para su objeto de estudio variables socio demográficas, como el sexo, el grado escolar, composición familiar, variables institucionales como el trato del personal, variables del proceso terapéutico como el número de sesiones que se tuvieron, variables del paciente como el motivo de su consulta, disposición de tiempo, realizar tareas así como variables del terapeuta y la relación de este con el paciente y su motivación hacia el logro de objetivos. No hallaron una discriminación exacta de todas las variables entre la permanencia y abandono de la terapia. A pesar de que todas las variables no arrojaron diferencias significativas se tomaron en cuenta como una evaluación positiva por parte de los pacientes. Por otro lado la relación entre ambas partes y la motivación del terapeuta hacia el cumplimiento de objetivos del paciente, determina una permanencia de mayor tiempo en la terapia. Cabe mencionar que puede considerarse un factor para el abandono el hecho de que, se ha observado que los pacientes solicitan el servicio cuando se encuentran en crisis, pero una vez que logran expresar su sentir o entender lo que les está pasando, los pacientes deciden abandonar el proceso terapéutico. Asimismo otro factor que encontraron determinante para el abandono de la terapia fue la falta de tiempo por parte de los pacientes y razones económicas para su desplazo, por lo que se proponen que se exploren cuestiones de tiempo y situación económica de los pacientes para evitar futuros abandonos.

4. OBJETIVO DEL REPORTE

4.1 Objetivo general

Con el fin de poder reafirmar que el tratamiento cognitivo-conductual es viable desde la perspectiva del usuario y con ello conseguir aún mayores avances en la comprensión y efectividad del cambio psicológico que se da a partir de éste, así como una optimización de la práctica clínica de este tratamiento, siendo ésta mediante la perspectiva tanto del paciente así como la del terapeuta, contrarrestando la opinión de ambas partes y a su vez tomar en cuenta los factores que intervienen dentro de la terapia, es que se pretende identificar y comparar la opinión de usuarios y terapeutas de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, quienes reciben y brindan terapia dentro de la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI).

Es importante mencionar que los estudiantes a quienes se les aplicó este trabajo y quienes fungen como terapeutas (realizando el servicio social) en dicha clínica, tienen como objetivos principales aplicar lo aprendido en semestres anteriores a partir del marco teórico- metodológico y ejercer las destrezas necesarias para solucionar los problemas psicológicos de los usuarios (ej. problemas de relaciones interpersonales, problemas de pareja, familiares, de autocontrol, entre otros) por los cuales acuden a la clínica solicitando el servicio psicológico, asimismo, desarrollar un análisis del problema en relación a los factores contextuales que inciden en el problema, elaborar un diseño de procedimiento de intervención y llevar a cabo una estrategia de intervención terapéutica con técnicas del modelo cognitivo conductual. Los terapeutas son asesorados, supervisados y evaluados continuamente por sus profesores (Ramírez y Landa, 2003).

4.2 Objetivo específico

Las versiones recabadas serán analizadas para determinar por qué se da o no el éxito de la terapia midiendo la eficacia de la terapia cognitivo conductual según algunos aspectos ya dados por la teoría acerca de qué factores son indicadores de ésta. Así, ¿porqué es efectiva o no la terapia cognitivo conductual? Esta es la pregunta que se pretende responder con esta investigación, mediante la percepción del usuario y del terapeuta, llevando una correlación entre ambos. Para poder contestarla, y como ya se mencionó, se hará uso de esos factores que indican la efectividad y son:

- 1) Alianza terapéutica (Relación entre paciente y terapeuta).
- 2) Características personales del terapeuta
- 3) Características personales del usuario
- 4) Características de la terapia
- 5) Si el paciente responde satisfactoriamente tras las primeras sesiones es un buen predictor del cambio.

Además de lo anterior, se sabe que la evaluación formal y discutir la experiencia del cliente del proceso y los resultados de la atención duplica la tasa de cambio confiable y clínicamente significativo experimentado por los clientes y reduce las tasas de abandono, por lo cual, el mantener una evaluación constante puede ayudar al proceso terapéutico en este caso.

5. MÉTODO

5.1 Participantes.

16 usuarios atendidos en la CUSI de la FES Iztacala y sus respectivos terapeutas.

Las versiones de los terapeutas que se tomaron en cuenta para ver el éxito o fracaso de la terapia fueron las de los estudiantes de la Carrera de Psicología que cursan las prácticas profesionales supervisadas correspondientes al 7º y 8º semestre de la carrera de Psicología de la Facultad de estudios Superiores Iztacala. Los terapeutas participantes se adscribieron al enfoque cognitivo-conductual.

Del mismo modo, la muestra de los usuarios, de los que se tomaron las versiones para la realización de este objetivo, fueron constituidas por los consultantes de la CUSI, es decir, los usuarios que se encontraron en tratamiento con estos mismos terapeutas.

5.2 Escenario

Cubículos de la CUSI.

5.3 Tipo de investigación

Mixta (cualitativa-cuantitativa), descriptivo-correlacional.

5.4 Diseño de investigación

Cuasiexperimental con tres fases: ABC

Variables del terapeuta: Género, Experiencia y/o nivel académico, duración de la terapia, tipo de paciente, tipo de terapia (individual, de pareja, familiar), atribuciones del terapeuta sobre qué le ayudó a su paciente

Variables del paciente o usuario: Tipo de problema, bienestar psicológico individual, familiar, y social, atribuciones del paciente sobre cómo y en qué le ayudó el terapeuta para resolver su problema.

Variables de la relación terapeuta-paciente o usuario: tipo de rapport, sintonía o empatía, opiniones al respecto del paciente y del terapeuta, alianza terapéutica.

5.5 Materiales e Instrumentos

Entrevista semi estructurada (ver Anexo 1) en la que se abordó una escala de bienestar psicológico individual, familiar y social, y grabadora de un celular modelo Nokia E5.

5.6 Procedimiento

Se solicitó a algunos profesores del turno vespertino el apoyo tanto de ellos como de sus alumnos para poder tener acceso a algunas sesiones de terapia de los usuarios atendidos por los mismos, y a su vez se les informó que se tendría una entrevista con los usuarios y terapeutas al término de la tercera sesión de terapia y al término del seguimiento o acompañamiento terapéutico.

Momento 1(Fase A): Después de la tercera sesión.

A los usuarios se les entregó un consentimiento informado en el cual se les explicaba el objetivo de la investigación, a su vez se les explicó que las entrevistas estarían siendo grabadas. Una vez que el usuario accediera a la entrevista y ya firmado el consentimiento informado, se procedió a realizar la entrevista a los usuarios en la que se le solicitaron datos como edad, ocupación, escolaridad, religión, estado civil, personas con quien vive, su parentesco con ellas y ocupación de las mismas. En esa misma entrevista se abordó el bienestar psicológico individual, familiar y social de los usuarios. En el caso de los terapeutas también se les preguntó acerca de las escalas antes mencionadas en base a lo reportado por sus usuarios, se les preguntó la edad, y si estaban trabajando de forma individual o por equipos, si su paciente había presentado un

avance y en que porcentaje, y a su vez se abordaron datos cualitativos. Cabe mencionar que las preguntas se realizaron en base a una guía de entrevista semiestructurada (ver Anexo)

Momento 2 (fase B): Al término del acompañamiento psicológico.

Se realizaron unas últimas preguntas, basadas de igual manera en una guía de entrevista (ver Anexo 1) en la que se abordó tanto con el usuario como con el terapeuta o terapeutas, la atribución hacia un avance a lo largo de las sesiones llevadas a cabo, como lo son la atribución a las técnicas, al usuario mismo, a la relación terapeuta/usuario e incluso con otros factores ajenos a la terapia. Asimismo características que los usuarios hayan percibido de los terapeutas que les hayan ayudado a establecer una relación favorable o no, y viceversa. Al final se les agradeció a los participantes tanto usuarios como terapeutas.

Momento 3 (fase C):

Se realizó el mismo procedimiento de las fases A y B con los pacientes que desertaron o abandonaron la terapia.

6. RESULTADOS

6.1 Análisis de datos

Se realizó una correlación entre el tipo de terapia y las técnicas, características del terapeuta, características de los usuarios, semejanzas y diferencias en cuanto a atribuciones de los pacientes y los terapeutas, entre los diferentes tipos de problemas, quien mejoró más y más rápido. Dichos resultados se muestran a continuación, sin embargo, cabe señalar que se hicieron análisis de datos cuantitativos, con análisis descriptivo e inferencial, y por otro lado un análisis cualitativo, basado en las grabaciones realizadas durante las entrevistas.

6.2 Datos cuantitativos

En los siguientes resultados se hicieron dos tipos de análisis: el descriptivo, que se utiliza para obtener, organizar y describir una serie de datos, para hacer este análisis se utilizó tanto la frecuencia de datos como la media aritmética y por otro lado se realizó un análisis inferencial para comprobar si hubo un cambio significativo respecto a los datos obtenidos. Los datos analizados se hicieron en base al programa SPSS versión 21.

6.2.1 Análisis Descriptivo

A continuación se muestran los resultados del análisis de datos obtenidos a partir de las entrevistas que se realizaron tanto a los pacientes, como a los terapeutas de los últimos semestres de la carrera de Psicología dentro de la CUSI en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

En la Tabla 1 se observa el género de él o los 16 terapeutas en total a los que se les entrevistó acerca de la terapia impartida a su usuario. Se tomó en cuenta que en ocasiones la terapia era llevada a cabo por equipos de 2 personas ya fueran del género femenino o mixto. En ella se puede observar que se tuvo una

mayor frecuencia de participación en equipos de 2 mujeres, seguida por la participación de terapeuta individual del género femenino, y posteriormente por el género masculino. También se puede observar que en una sola ocasión se contó con un equipo de 3 terapeutas y un equipo mixto, es decir un hombre y una mujer. Por lo que el mayor porcentaje de participación es de 62,5 perteneciente al equipo de 2 féminas.

Tabla 1. Género del terapeuta

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Terapeuta hombre	1	6,3	6,3
Terapeuta mujer	3	18,8	25,0
Equipo de 2 mujeres	10	62,5	87,5
Equipo mixto	1	6,3	93,8
Equipo de 3 terapeutas	1	6,3	100,0
Total	16	100,0	

Asimismo, en la Tabla 1.1 se muestra en esta ocasión, el género de los usuarios que fueron entrevistados en relación a la terapia brindada por los terapeutas dentro de la CUSI, en ella se observa que hay una mayor frecuencia y porcentaje de participación por parte del género femenino, siendo trece mujeres y tres hombres de un total de dieciséis los que respondieron a la entrevista.

Tabla 1.1. Género del usuario

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Femenino	13	81,3	81,3
Masculino	3	18,8	100,0
Total	16	100,0	

Por otro lado, en la Tabla 2 se muestran las edades de los terapeutas que oscilan entre los veinte y veinticinco años, a excepción de un caso de cuarenta y nueve años. Se observa que las edades de veintiuno y veintidós fueron las edades con mayor frecuencia de participación y las de veinte, veinticuatro y cuarenta y nueve las de menor frecuencia de participación.

Tabla 2. Edad del terapeuta

<i>Edades</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
20	1	6,3	6,3
21	4	25,0	31,3
22	4	25,0	56,3
23	3	18,8	75,0
24	1	6,3	81,3
25	2	12,5	93,8
49	1	6,3	100,0
Total	16	100,0	

Del mismo modo, en la tabla 2.1 se muestran las edades de los usuarios entrevistados, en la misma se observa que las edades van desde los diecisiete a los cincuenta y tres años, las que se presentaron con mayor frecuencia y porcentaje fueran las personas con la edad de diecinueve, veinte y treinta y siete años, seguidas de las edades restantes. Cabe destacar que algunos de los pacientes con edad más frecuente eran estudiantes de otras carreras de la FES Iztacala.

Tabla 2.1 Frecuencia y porcentaje de Edad del Usuario

<i>Edades</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
17	1	6,3	6,3
18	1	6,3	12,5
19	2	12,5	25,0
20	2	12,5	37,5
22	1	6,3	43,8
26	1	6,3	50,0
27	1	6,3	56,3
30	1	6,3	62,5
36	1	6,3	68,8
37	2	12,5	81,3
40	1	6,3	87,5
44	1	6,3	93,8
53	1	6,3	100,0
Total	16	100,0	

En la tabla 3 se muestran las escolaridades que fueron mencionadas dentro de la entrevista, siendo la escolaridad de Licenciatura la que tiene un mayor índice de porcentaje entre los entrevistados, seguidos del bachillerato y secundaria.

Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de la escolaridad de usuarios

<i>Escolaridad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Primaria	1	6.3	6.3
Secundaria	3	18.8	25.0
Bachillerato	3	18.8	43.8
Licenciatura	9	56.3	100.0
Total	16	100.0	

Es importante mencionar que el contexto de la terapia se llevó a cabo en la Clínica Universitaria de Salud Integral, mejor conocida como CUSI que se encuentra dentro las instalaciones de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, siendo que en esta clínica se ofrecen servicios multidisciplinarios a la comunidad en general, Psicología es uno de ellos, y este servicio es brindado por estudiantes que cursan el octavo semestre de la carrera, como parte del servicio social marcado en el plan de estudios, mismo que permite al estudiante tener un acercamiento y experiencia al ámbito de la práctica clínica.

Por otro lado, en la tabla 4 se puede observar las ocupaciones más frecuentes entre los entrevistados, siendo que la ocupación de ama de casa y estudiantes son los que tuvieron un mismo porcentaje y a su vez el más alto, dejando a otras ocupaciones con el menor porcentaje dentro de las entrevistas.

Tabla 4. Frecuencia y porcentaje de las ocupaciones de los usuarios.

<i>Ocupaciones</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Ama de casa	5	31.3	31.3
Estudiante	5	31.3	62.5
Empleado	4	25.0	87.5
Otro	2	12.5	100.0
Total	16	100.0	

En la tabla 5 se muestra la frecuencia del estado civil del terapeuta, como se observa el estado civil soltero es el que tuvo una mayor frecuencia entre los participantes, a su vez es el que tiene un mayor porcentaje, por otro lado sólo se tuvo una situación de un terapeuta que fuera casado.

Tabla 5. Frecuencia y porcentaje del estado civil del terapeuta

<i>Estado civil</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Soltero	15	93,8	93,8
Casado	1	6,3	100,0
Total	16	100,0	

A su vez, en la tabla 5.1 se observa en este caso, el estado civil del usuario, como se muestra se les brindaron tres opciones de respuesta a los usuarios, siendo que el estado civil soltero fue el que tuvo una mayor frecuencia y por lo tanto un mayor porcentaje de respuesta, seguido del estado civil casado y el que tuvo un menor porcentaje fue el de unión libre.

Tabla 5.1 Frecuencia y porcentaje del estado civil del usuario.

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Soltero	10	62.5	62.5
Unión libre	1	6.3	68.8
Casado	5	31.3	100.0
Total	16	100.0	

En la tabla 6, se muestra la frecuencia respecto a la pregunta referida, a la religión que profesa el paciente, teniendo como opciones la católica o ninguna, siendo que la primera tiene una mayor frecuencia y porcentaje de respuesta entre los usuarios, es decir trece de dieciséis pacientes practican la religión católica.

Tabla 6. Frecuencia y porcentaje de la religión practicante de los usuarios

<i>Religión</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Católico	13	81.3	81.3
Ninguna	3	18.8	100.0
Total	16	100.0	

Por otro lado, en la tabla 7 se muestra la frecuencia y porcentaje del tipo de familia del usuario, es decir, al usuario se le preguntó acerca de las personas que conformaban su hogar y a partir de ello se determinó el tipo de familia a la que pertenecía, por ejemplo la nuclear es aquella que conformaba la mamá, el papá y los hijos, a su vez la reconstruida es aquella en donde los padres son divorciados y formaron otra familia cada uno por su lado y por último la uniparental es aquella en la que los hijos viven con sólo uno de los padres, o en su caso los hijos viven independientemente. Por lo tanto en la tabla se muestra que el tipo de familia con mayor frecuencia es la nuclear, misma que a su vez, tiene el mayor porcentaje de respuesta por parte de los usuarios entrevistados.

Tabla 7. Frecuencia y porcentaje del tipo de familia perteneciente a los usuarios.

<i>Familia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Nuclear	8	50,0	50,0
Reconstruida	4	25,0	75,0
Uniparental	4	25,0	100,0
Total	16	100,0	

En otra instancia en la tabla 8, puede observarse la frecuencia del tipo del problema con el que llegaron los usuarios y por los cuales solicitaron ayuda al servicio de Psicología dentro de la CUSI, los tipos de problemas que se reportaron fueron de tipo conductual, emocional, de comunicación y de relación. El que tuvo una mayor prevalencia fue el de tipo conductual, seguido del tipo problemas de relación, posteriormente problemas de comunicación interpersonal y por problemáticas de carácter emocional.

Tabla 8. Frecuencia y porcentaje del tipo de problema del usuario.

<i>Problema</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Conductual	7	43.8	43.8
Emocional	1	6.3	50.0
Comunicación	2	12.5	62.5
Relación	6	37.5	100.0
Total	16	100.0	

Respecto a las escalas de bienestar psicológico que se le preguntaron tanto al usuario como al terapeuta, se obtuvieron las medias a partir de la sumatoria de los datos de cada una de las escalas y la división entre el número total de datos, a su vez se hizo una comparación del antes de la terapia y después de la tercera sesión de su intervención psicológica. Cabe mencionar que las escalas tuvieron una puntuación del 1 al 10 en la que el usuario se calificaba en tres dimensiones: individual, familiar y social.

Como puede observarse en la Figura 1 se muestra la media de la escala de bienestar psicológico individual de acuerdo a lo que los usuarios reportaron antes de la terapia, se obtuvo la media a partir del promedio de las respuestas dadas por los usuarios y esta fue de 5.563, posteriormente se les volvió a preguntar esa misma escala pero al término de la tercera sesión, la media que se obtuvo fue de 7 en total, por lo que la escala se modificó positivamente entre la primera y tercera sesión del proceso terapéutico.

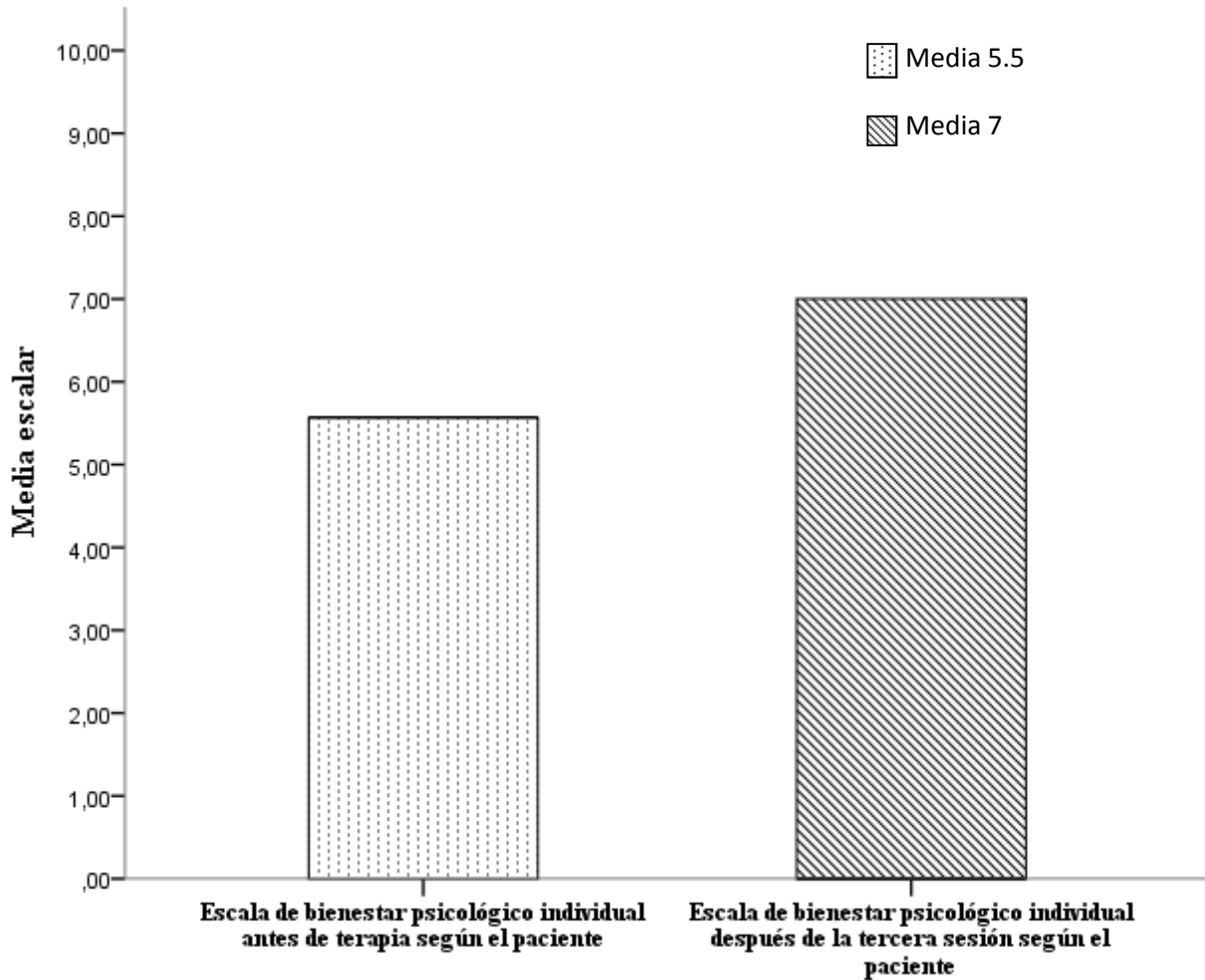


Figura 1. Media de las escalas de bienestar psicológico individual del antes de la terapia y después de la tercera sesión según el usuario.

Como se mencionó anteriormente la escala se planteó en tres dimensiones, la Figura 2 muestra la Escala de Bienestar Psicológico Familiar, en la cual los usuarios tenían que calificarse del 1 al 10 en como se sentían en su ámbito familiar, de acuerdo a las respuestas promedio de los usuarios, se observa que la media obtenida en el antes de la terapia es de 5.625, posteriormente se les volvió a preguntar sobre la misma escala, pero esta vez al término de la tercera sesión de su proceso terapéutico por lo que se tiene que la media de acuerdo a las respuestas de los usuarios es de 6.25 en promedio, por lo tanto hay una marcada diferencia, denotando un avance de los usuarios entre el como se percibían antes de comenzar su proceso de terapia y entre el como fue modificando su conducta

conforme este proceso avanzaba, por ende esta modificación se considera como un aspecto positivo.

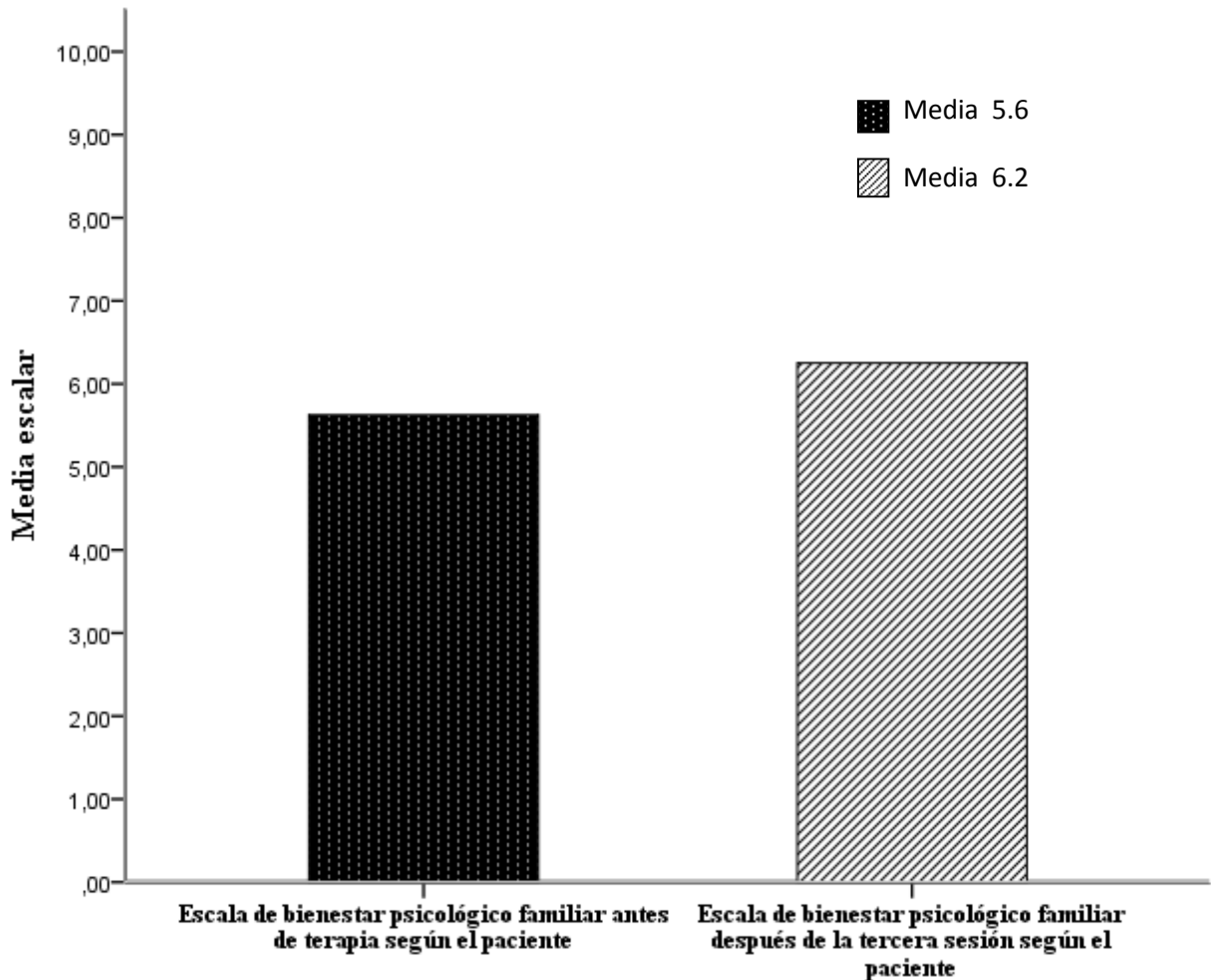


Figura 2. Media de las escalas de bienestar psicológico familiar del antes de la terapia y después de la tercera sesión según el usuario.

Por otro lado, se tiene la Escala de Bienestar Social en la que de igual manera a las anteriores se le pregunta al usuario como califica su bienestar psicológico en su entorno social, en el entendido del establecimiento de relaciones interpersonales laborales, escolares, amigos, noviazgos, etc., por lo que de acuerdo a las respuestas promedio de los usuarios en la figura 3 se muestra la media obtenida del antes de la terapia que fue de 7.43, al preguntarles de nuevo esta escala pero al término de la tercera sesión se obtuvo el promedio de la media

que fue de 7. 81, como se observa en la figura hubo un avance positivo del antes de empezar la terapia al después de la tercera sesión, recordando que bienestar psicológico social se refiere a las relaciones interpersonales del usuario con personas ajenas a su núcleo familiar principal tales como pueden ser amigos, pareja, compañeros de trabajo, religión, etc., es decir el desenvolvimiento del individuo en un contexto social, mismo que puede ser de beneficio para su bienestar psicológico individual.

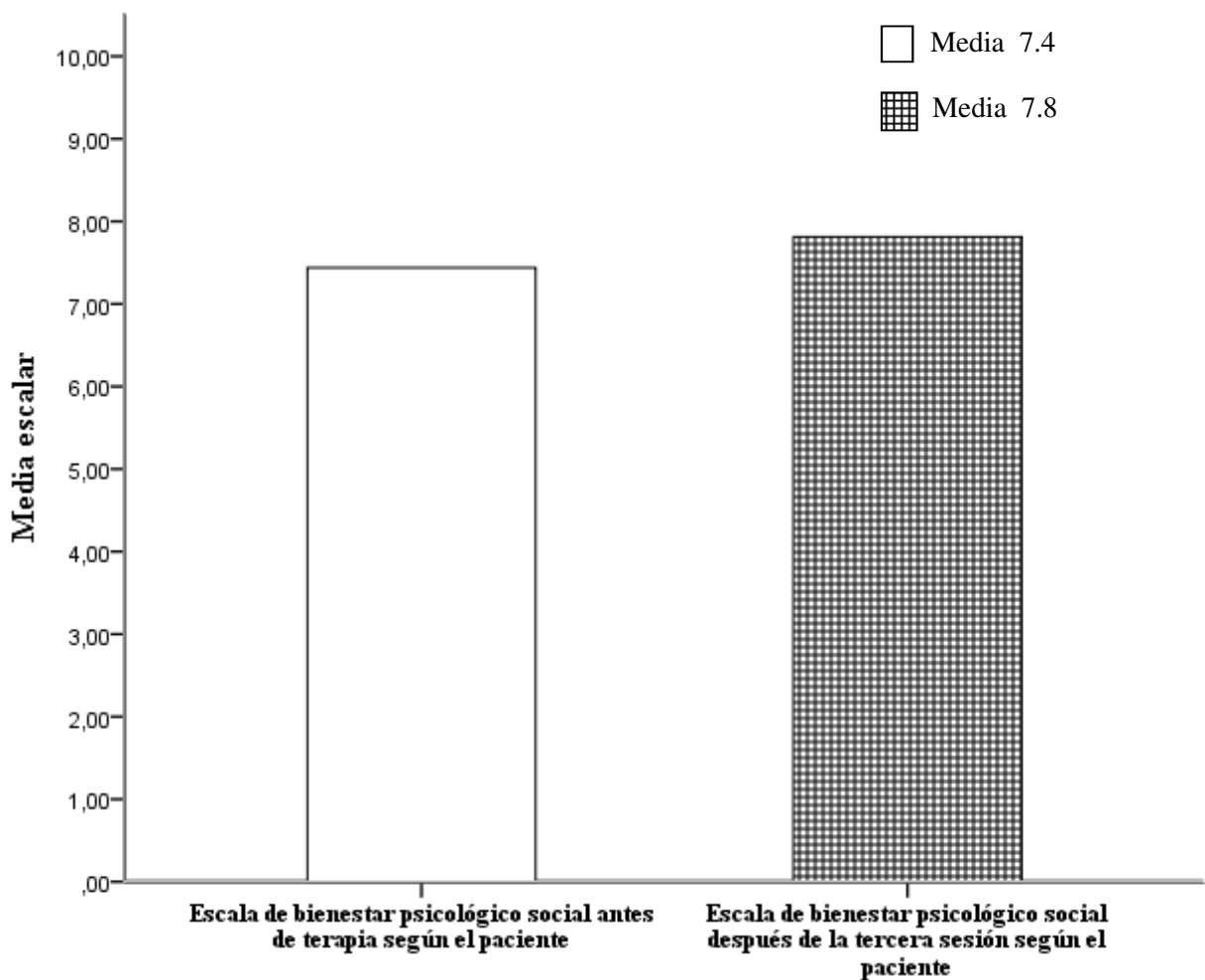


Figura 3. Media de escalas de bienestar psicológico social del antes de la terapia y después de la tercera sesión.

Retomando las escalas psicológicas anteriores, se hizo una recopilación de las mismas haciendo una comparación de estas con la puntuación proporcionada por los terapeutas, para ello se obtuvo la media de cada puntaje (figura 4), por lo que respecto a la primera escala enfocada al bienestar psicológico individual antes de la terapia, tanto los usuarios como los terapeutas tuvieron un puntaje similar, mientras que la media del puntaje de ambos, después de la tercera sesión mostraron un punto de diferencia. Ahora bien, en la escala de bienestar psicológico familiar del antes de la terapia, se presentó un punto de diferencia entre usuario y terapeuta, situación similar al puntaje de la media obtenida después de la tercera sesión. Por último en la escala del bienestar psicológico social, en el antes y después de la tercera sesión de paciente y terapeutas respectivamente, se presenta un punto de diferencia entre ellas.

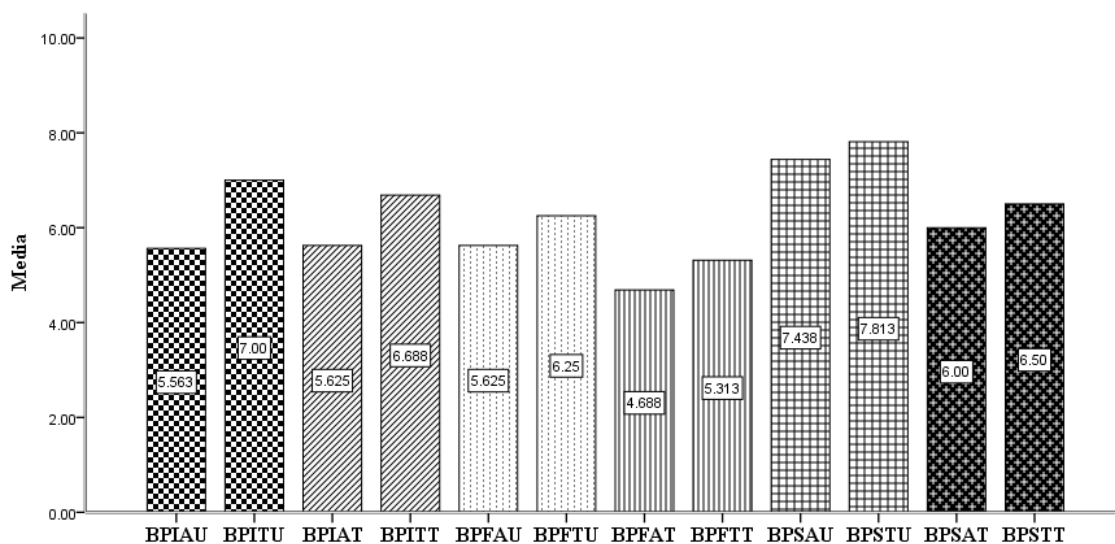


Figura 4. Gráfica de Bienestar psicológico individual, familiar y social, del usuario y terapeuta antes y después de la tercera sesión.

En otra instancia, se le preguntó al usuario si había considerado avances significativos sobre su motivo de consulta, y a que atribuía que habían sido esos avances, en su mayor parte los usuarios reportaron cambios positivos,

posteriormente se les pidió que les dieran un porcentaje a cuatro variables importantes por los cuales se había dado dicho mejoramiento, los cuales fueron: atribución al terapeuta y sus técnicas empleadas en la sesiones, al paciente mismo y el trabajo hecho en las sesiones, a la relación terapeuta-usuario y por último a variables externas a las sesiones de terapia como lo podían ser familia, religión, amigos, etc., a cada punto el paciente tenía que brindarle un porcentaje de manera que al sumarlos dieran un total de 100%.

Los puntos mencionados anteriormente se le preguntaron al término de la tercera sesión y al término de su proceso terapéutico en la clínica, es así que en la figura 5 se muestran los promedios de los porcentajes que se le dieron a cada uno de dichos puntos; por lo que en primera instancia, se observa un promedio de porcentaje a la atribución hacia el terapeuta y sus técnica, siendo este de un 28% el cual se presentó después de la tercera sesión, mientras que al final del proceso terapéutico se tiene una disminución a un 22%, en segunda instancia se observa la variable del trabajo o participación del usuario o paciente dentro de la terapia, para lo cual se tiene un porcentaje de 33% al final de la tercera sesión, mientras que al final de la terapia o del proceso terapéutico el porcentaje se redujo a un 22%, en tercera instancia se obtuvo el promedio del porcentaje para la relación usuario/terapeuta, el cual fue de un 28% después de la tercera sesión, mientras que para al final de la terapia el porcentaje atribuido por parte del usuario fue de un 19%. Por último el promedio del porcentaje atribuido a variables externas a la terapia, se observa que entre después de la tercera sesión y al final de la terapia no hay una diferencia muy marcada ya que se tiene un 9% y 8% respectivamente.

Tomando en cuenta lo anterior, es posible decir que la percepción de los usuarios se vio modificada con el paso de las sesiones de terapia, siendo que estos porcentajes cambiaron a ser proporcionales entre unos y otros, ya que en un principio los usuarios posiblemente tenían una perspectiva de que el mayor trabajo lo llevaban a cabo ellos, sin embargo al término de su proceso las atribuciones en la relación, las técnicas y los usuarios se repartieron equitativamente, dando a

entender que posiblemente la atribución de los usuarios a sí mismos se da por la aceptación de asistir a terapia, sin embargo, en sesiones posteriores algunos de ellos mencionan que el trabajo fue tanto de terapeuta como de uno mismo, en el entendido de las tareas o técnicas que llevaban a cabo con ellos.

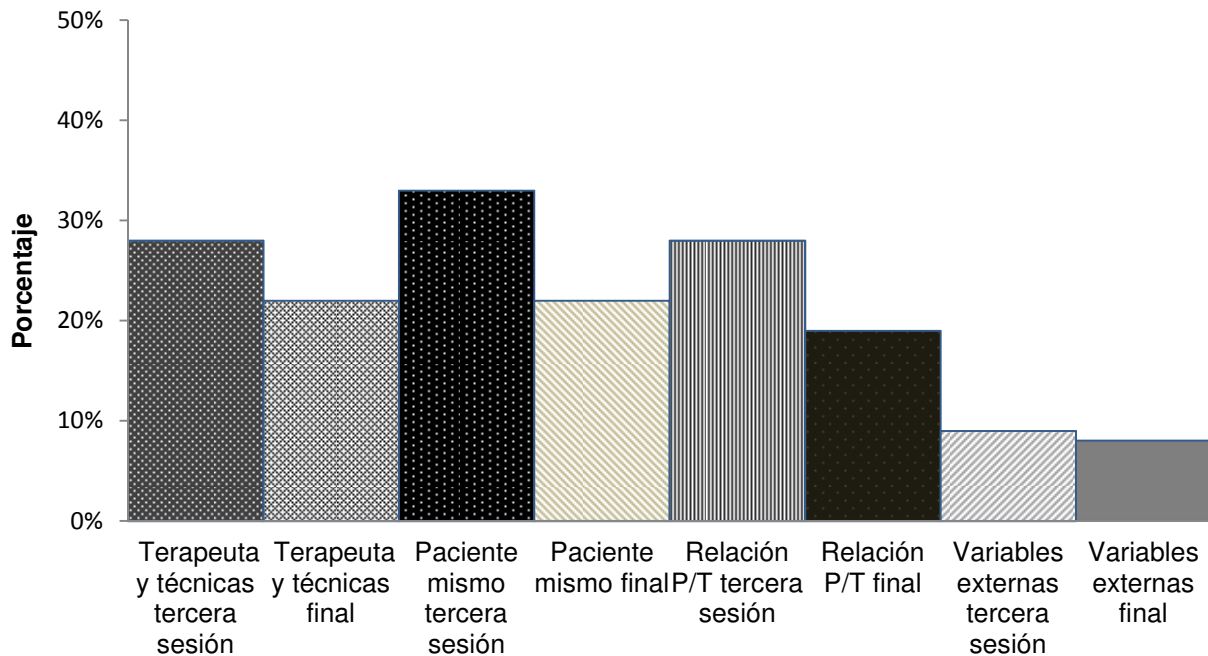


Figura 5. Atribuciones del usuario a variables significativas para su avance en terapia.

Por otro lado, se hizo un análisis descriptivo acerca del estado de motivo de consulta según el usuario, esto enfocado solo después de la tercera sesión, el usuario tenía la opción de decir si su estado había permanecido igual hasta ese momento, si había mejorado o incluso empeorado. De acuerdo a lo que se muestra en la tabla 9, puede observarse que hubo una mayor frecuencia es decir 11 de los 16 pacientes, en el estado de “mejoró o cambió positivamente”, mientras que los 4 restantes mencionaron que hasta ese momento habían permanecido igual respecto a su motivo de consulta.

Tabla 9. Estado del motivo de consulta después de la tercera sesión según el usuario.

<i>Estado del usuario</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Igual	5	31,3	31,3
Mejóro (cambió positivamente)	11	68,8	100,0
Total	16	100,0	

Asimismo se evaluó el estado de motivo de consulta del usuario sólo que esta vez al término del proceso de terapia, siendo esto para el conocimiento de cómo se percibía el usuario al concluir, por lo que en la tabla 10 puede observarse que se obtuvo una frecuencia de 9, siendo entonces los pacientes que reportaron cambios positivos, mientras que una frecuencia de 2 permaneció en un estado igual a como comenzó su proceso terapéutico, cabe mencionar que 5 usuarios fueron dados de baja, tal como se muestra en la tabla, ya que no continuaron su proceso terapéutico, esto de acuerdo a lo reportado por sus terapeutas por problemas personales o incluso enfermedad, por lo que no se obtuvo una respuesta de ellos hacia su estado psicológico al término del acompañamiento terapéutico.

Tabla 10. Estado del motivo de consulta al final de la terapia según el usuario

<i>Estado del usuario</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Igual	2	12,5	16,7
Mejoró (cambió positivamente)	9	62,5	100,0
Total	11	75,0	
Dados de baja	5	25,0	
	16	100,0	

Por último dentro del análisis descriptivo, fue de suma importancia obtener la frecuencia acerca del número de la sesión en la que se obtuvieron cambios significativos en el usuario, cabe destacar que esto sólo fue reportado por los terapeutas, los resultados arrojados (ver Tabla 11) fueron una frecuencia mayor, es decir de 9 en la tercera sesión de la terapia, mientras que otros 6 reportaron un mejoramiento en la segunda sesión y solo 1 reportó algún cambio después de una tercera sesión.

Tabla 11. Sesión en la que se reportaron cambios

<i>Sesión</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
En la segunda sesión	6	37,5	37,5
En la tercera sesión	9	56,3	93,8
Después de la tercera sesión	1	6,3	100,0
Total	16	100,0	

6.2.2 Análisis Inferencial.

Respecto a las escalas de bienestar psicológico tanto individual, familiar y social, antes de iniciar con sus sesiones de terapia y al término de la tercera sesión de terapia de la persona, se aplicó la prueba de rangos con signo de Wilcoxon esto para comprobar si hubo diferencias estadísticamente significativas.

De acuerdo a los rangos obtenidos solo en dos de las escalas hubo diferencias significativas tal como se muestra en la tabla 12, en ella se observa el antes y después de la tercera sesión y de acuerdo con la prueba de rangos de Wilcoxon, en escala de bienestar psicológico individual se tiene (.003, $p < 0.05$) y escala de bienestar psicológico familiar (.007, $p < 0.05$). Lo anterior muestra que el avance de los usuarios entre la primera y tercera sesión fueron de vital importancia dentro de la terapia. Solo en la escala de bienestar psicológico social no se mostraron diferencias estadísticamente significativas.

En la misma tabla se muestran los rangos positivos y negativos de cada una de las escalas aplicadas en este trabajo, entre las comparaciones del antes de terapia y después de la tercera sesión, siendo que los rangos negativos son el

número de usuarios que dieron un puntaje más bajo al antes de la terapia y por ende un puntaje más alto a la escala aplicada después de la tercera sesión. Así mismo el rango positivo se refiere a lo contrario de lo anterior, un puntaje mas alto en el antes que el después de la tercera sesión y por último los empates se refieren a aquellos usuarios que permanecieron con un mismo puntaje en la escala entre el antes de la terapia y después de la tercera sesión, como se observa fueron más los usuarios con rangos negativos que positivos.

Tabla 12. Reporte de las escalas de bienestar psicológico antes de terapia y después de tercera sesión

<i>Rangos</i>		<i>N</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>Resultados de la prueba de rangos de Wilcoxon</i>
Escala de bienestar psicológico individual antes de terapia según el usuario	Rangos negativos	11	6.00	.003
	Rangos positivos	0	.00	
Escala de bienestar psicológico individual después de la tercera sesión según el usuario.	Empates	5		
	Total	16		
Escala de bienestar psicológico Familiar antes de terapia según el usuario.	Rangos negativos	8	4.50	.007
	Rangos positivos	0	.00	
Escala de bienestar psicológico Familiar después de la tercera sesión según el usuario.	Empates	8		
	Total	16		

Escala de bienestar psicológico Social antes de terapia según el usuario.	Rangos negativos	6	4.08	
Escala de bienestar psicológico Social después de la tercera sesión según el usuario.	Rangos positivos	1	3.50	.058
	Empates	9		
	Total	16		

6.3 Datos cualitativos

Una vez obtenidos los datos cuantitativos, en el que se realizó un análisis de los porcentajes de la población evaluada y los datos significativos que se obtuvieron de la misma, se procede a hacer un análisis cualitativo, en el cual se abarca lo reportado por los usuarios dentro de la terapia, ya que si bien es importante tener un panorama estadístico también lo es tanto la percepción de los usuarios hacia el modo en que llevaron su participación en la terapia y así mismo la participación de los terapeutas, ya que esto parte del supuesto en el que se basa este reporte, que es así mismo la percepción hacia la efectividad de la terapia y gracias a que se ha dado esta. Para ello se tomaron en cuenta fragmentos de la entrevistas que se le realizaron a ambos (terapeuta-usuario) en dos momentos, una al término de la tercera sesión, mientras que en el segundo momento se abordó al término del seguimiento terapéutico, a su vez se identificaron cinco elementos importantes que pueden denotar cambios en las sesiones terapéuticas, siendo entonces

- 1) percepción de los usuarios hacia la relación establecida con sus terapeutas,
- 2) percepción de los terapeutas hacia la relación establecida con su usuario(a),
- 3) actitudes del terapeuta de acuerdo a la percepción del usuario, 4) mejorías o

avances de acuerdo a la percepción de los usuarios a partir de las primeras sesiones.

5) Actividades que el terapeuta realizó con el usuario en la tercera sesión y contribuyó a un avance terapéutico, 6) Actitudes que el usuario mismo identificó y que contribuyeron al avance de su terapia. 7) Técnicas realizadas y percepción de cambio (usuarios y terapeutas) al final de la terapia, 8) Deserción de la terapia.

6.3.1 Relación Usuario-Terapeuta (percepción del usuario)

Retomando lo que se mencionó al principio de la investigación, muchas veces los terapeutas asumen que los cambios que llegan a notar en los usuarios se deben principalmente a las técnicas empleadas dentro de la terapia, sin embargo pueden estar dejando de lado el hecho de la relación que establecen con sus usuarios y como a partir de esta pueden verse cambios significativos en él, asimismo el papel que juega esta relación para conllevar al involucramiento del usuario hacia la terapia y la disposición de estos en la misma, siendo ésta importante para poder asumir y aceptar las tareas o seguimiento que se le esté proporcionando, y por ende que el usuario lo lleve a cabo de una forma adecuada y consistente que le permita darse cuenta de cambios en el motivo del porqué asistió a terapia y a su vez conlleve a avances significativos, por que hay que recordar que los terapeutas solo brindan las herramientas necesarias a los usuarios que los lleven a modificar ciertas conductas que consideren negativas, mas no es un proceso en el que solo el terapeuta tenga participación, ya que es un trabajo en conjunto en el que el usuario toma una mayor parte, siendo esto en beneficio de su persona.

Tomando en consideración lo anteriormente planteado podemos decir que la importancia de establecer una buena relación con el usuario es un posible aliciente a que la efectividad de la terapia sea exitosa o que se tengan avances significativos en la misma, ya que al establecer vínculos de confianza o empatía pueden conllevar a que el desenvolvimiento del mismo marque la pauta en el

entendimiento de las técnicas a llevar en la terapia y el seguimiento de las mismas, es por ello que dentro de la investigación se realizó la siguiente pregunta al usuario: “¿cómo consideras la relación con tus terapeutas o terapeuta?” a lo que la mayoría respondió de una forma positiva recalcando el hecho de haber establecido una buena relación que les permitió sentirse importantes tal y como lo reportan algunos de los usuarios a los que se les entrevistó:

“...Muy cordial, muy... este ha sido como muy personal, o sea si la he sentido como... si seguramente han de tener más pacientes, pero como que están preocupadas por mi situación, entonces la considero como muy (pausa y se queda pensando)... cuál sería la palabra? Mmmm Entrevistadora: ¿Cree que exista empatía? Usuaría: Aja sí, eso es”

“...Son muy lindas son muy amables, muy atentas, muy comprensivas, este si llegue con un estado muy tristonza, o sea yo si lo sentía de depresión ¿verdad? Dejé de trabajar, dedicarme a la casa, y eso si hizo sentirme pues mal, y pues ellas fueron las que vieron baja mi autoestima y pues ya me empezaron a decir que podía mejorar en muchas cosas y que propusiera en cambiar en mi misma, en el sentido de que también piense en mí, no nadamás en los que están alrededor de mí que es mi familia, entonces si me ha servido, si he tenido resultados..”

“...Muy Buena”

“...Es buena, pues porque hemos podido platicar así como que muy abiertamente con confianza, hemos podido o sea siento que esa parte ha sido buena, o sea hay veces que no hay química con la gente de entrada y creo que este no es el caso, al contrario, o sea como que si hemos podido entablar una buena relación”

“...Me he sentido bien, me dan confianza, he asistido a otras terapias y no ha sido igual a como ahorita, en otras terapias como que a fuerza quieren sacarte las cosas, y aquí no, como que me han dado la confianza de ir expresando lo que yo siento”

“...la he sentido bastante bien, yo soy muy sociable, me gusta mucho hacer amigos, a lo mejor se que no va a haber tanta confianza de hacer amistad con estas chavas pero trato de llevarme bien con ellas”

De igual manera se presentó un caso en el que el usuario asistió a terapia con su hija, para el trabajo con la misma y refiere que la atención de las terapeutas hacia su hija fue satisfactoria y se sintió a gusto con dicha situación, tal y como lo refiere:

“...yo lo veo en el aspecto de que si ya supieron como llegarle a la niña, yo si lo veo que fue rápido, se enfocaron mucho en que mi hija ama los animales y pues apenas empezaron a platicar con ella, pero si supieron como acercarse con ella y que a su vez se abriera con las terapeutas”

Algunos de los usuarios en su mayoría mujeres, se expresaron ampliamente acerca de la relación que establecieron con sus terapeutas, explicaron su sentir hacia ellos y cómo fue que emocionalmente impactó ésta en su persona, mencionan el hecho de que se estableció una relación de confianza en la que el usuario se daba la libertad de expresarse abiertamente y sin limitaciones, ya que con otras personas podían llegar a sentirse cohibidas o con pena de expresar sus pensamientos o sentimientos. Siendo que estas afirmaciones las reportaron desde las primeras sesiones, tomaron en cuenta como les hizo sentir el hablar con sus terapeutas y el vínculo y la importancia de éste que establecieron

con ellos desde un primer momento recalcando la importancia en ello y siendo esto importante para dar un seguimiento favorable hacia la terapia.

Posteriormente al término del proceso de terapia, las afirmaciones de los usuarios hacia sus terapeutas fue igual de consistente a lo que habían comentado en un primer momento, siendo que mencionan lo siguiente:

“...Fue muy empática y siempre fue una relación de terapia parte y parte, fue así de nosotras te apoyamos y te retroalimentamos pero solo somos tus terapeutas”

“...La considero bien, me quedo con un buen aprendizaje, me quedo con muchas herramientas que voy a seguir utilizando y pues a mí me ayudó mucho”

“...Excelente, o sea los tres se prestaron para que yo tuviera confianza, para que pudiera hablar demasiado abiertamente”

“...La considero bien, me quedo con un buen aprendizaje, me quedo con muchas herramientas que voy a seguir utilizando y pues a mí me ayudó mucho”

“...sí, son muy buena onda, me llevo muy bien con ellas, todas pusimos de nuestra parte, siempre me trataron muy bien, así muy respetuosamente, así muy bien y pues venía así con la actitud de querer salir adelante y no decir pues nada más vengo a hacer caras y así, ni a que te sermoneen, pues más que nada con las ganas de estar bien, no sé, pues por eso la relación fue buena”

“...fue muy agradable, la verdad es que fue muy padre, muy agradable la verdad nos entendemos muy bien”

“... desde la primera sesión me dieron mucha confianza”

Como puede apreciarse de acuerdo a los argumentos de los usuarios, la relación en su mayoría con los terapeutas les produjo primeramente confianza de poder externar sus problemáticas a los mismos, hacen énfasis en el trabajo en conjunto, y los aspectos positivos que éste les dejó, asimismo también es importante considerar la postura de los usuarios hacia las actitudes que tomaron los terapeutas con ellos que ha contribuido a establecer ese vínculo de confianza usuario- terapeuta.

6.3.2 Relación Usuario-Terapeuta (percepción de los terapeutas)

Tomando en cuenta lo anterior, así como el usuario, externó su sentir hacia la relación que había llegado a establecer con sus terapeutas, es interesante saber la otra postura, es decir, la percepción de los terapeutas hacia la relación establecida, esto con el fin de identificar si hubo consistencias entre lo que percibían cada uno del otro, así como el sentir de los terapeutas al reflexionar acerca de cómo habían establecido la relación con sus usuarios y los pros que este pudo dejarles. Por lo tanto se tiene lo siguiente:

“...Pues es muy amable, es muy (pausa).. o sea sincera porque te dice así tal cual le ocurren las cosas, amable, no es así alguien que sea renuente que te diga las cosas como son”

“...Es agradable, es muy agradable la señora y yo creo que también le agradamos”

“...pues bien nosotras la vemos bien, tiene mucha soltura al hablar nos agarró confianza y nos dice todo lo que le pasa y no se reserva nada”

“...Pues sentimos que si hay mucha empatía, que ella nos tiene mucha confianza, de hecho en alguna de las sesiones nos despedimos de beso y abrazo porque ella quiso, de hecho nos dijo hay que despedirnos de beso y abrazo, entonces como que es una

muy buena relación, y el hecho de que fuéramos tres terapeutas con ella, le agradó mucho y nos dijo: ¡bien, pues vamos a ser un gran equipo! Entonces hay muy buena relación.- interviene otro de los terapeutas- de hecho ella viene a su terapia ¿no? No hay nada que la distraiga de eso, o sea saca su celular, porque está muy pendiente de sus hijos, pero fuera de eso no pregunta ni qué hora es porque se tiene que ir pronto, al principio dijo que se quería ir antes, ya ni pregunta por el horario, o sea ya viene con disposición, ya ha habido cambios en cuanto a su actitud, o sea la manera en que.. bueno ella ya había tenido como un trabajo terapéutico pero de otras cosas, entonces ya eso como que le daba una idea de mejorar ciertas cosas, pero ya venir y estar trabajando eso que a ella le interesa, sí se nota mucho su disposición de querer venir y o sea se encontró con algo que cubriera sus expectativas de nosotros como terapeutas, entonces ella viene sin ningún problema a trabajar, y de hecho hasta como que nos presiona y nos dice: ¡ya, ya quiero trabajar! Y eso nos agrada..”

“...pues supongo que buena, muy buena”

“... La relación es muy buena, como que tratamos de empatizar mucho con ella, entonces pues como que se ha dado más confianza, cuando menciona por ejemplo una palabrota, le decimos no hay problema estas en confianza, lo puedes decir, lo que tú quieras y en la forma que quieras hablar lo puedes hacer, entonces ella como que se ha sentido bien, porque dice que precisamente sus amigas como que la reprimen en este aspecto”

“...La verdad sí, como que logramos mucha comunicación con ella y fue lo que favoreció, -interviene la otra terapeuta- y llegaba a sus terapias, hacía lo posible por llegar, porque llegaba corriendo desde

biología (carrera que cursa), aunque también le considerábamos el tiempo que hacía, yo particularmente considero la relación muy buena y si tuviera que calificarla le pondría un 9, además de que nunca faltó a las terapias, siempre nos avisaba cuando no iba a venir o no podía, y 9 porque luego no hacía sus tareas, nos llevamos bien y siento que había mucha sincronía”

Como se puede observar los terapeutas refieren comentarios positivos acerca del trabajo que han realizado con sus usuarios, en su mayoría menciona que la relación fue buena, y que les deja mucho aprendizaje, así mismo mencionan los puntos clave que les ayudaron a entablar dicha relación y el vínculo de confianza que establecieron con ellos, estos son considerados elementos primordiales que pueden contribuir a un seguimiento terapéutico favorable.

6.3.3 Actitudes del terapeuta de acuerdo a la percepción del usuario

Ahora bien, cabe mencionar que dentro del seguimiento de la terapia, existen actitudes de los terapeutas que pueden sobrellevar las sesiones y que ayudan a que el establecimiento de la relación entre terapeuta y usuarios se establezca favorablemente, esto para encaminar la efectividad de la terapia, estas actitudes van desde mostrarse en una posición de escucha activa, en el que el terapeuta mediante la expresión corporal denota al usuario la atención que se le está prestando y así mismo el seguimiento a lo que dice en ese momento, a su vez, las actitudes que son más frecuentes reportadas por los usuarios son las de confianza, disposición y mostrarse agradable frente a ellos:

“... Pues la confianza que me brindan”

“... Hay muy buena comunicación”

“...Pues ellas saben escuchar y no juzgan, me siento en confianza”

“...pues que son muy amables, son muy atentas, si no entendía algo me lo vuelven a explicar, me siento a gusto”

“...Son muy lindas, muy amables”

“...son muy accesibles, respecto a lo que yo les quiero decir, me dan mucha confianza, el hecho de que muestren interés en mi problema, me da la confianza para contarles lo que siento”

“...es cordial y confiable”

“...pues tienen una buena actitud o no sé, son buena onda, me llevo muy bien con ellas, siempre me trataron muy bien”

“...fue muy agradable su interacción conmigo, era como mi diario personal, entonces si hubo esa empatía, para mí fue algo muy bueno”

“...comprenden mi situación y me escuchan”

“...el que te dejen hablar y expresar lo que sientes ayude a que haya una relación de más confianza”

Como puede observarse, uno de los pilares en el seguimiento de la terapia fue la confianza que los terapeutas pudieron brindarle a sus pacientes, aunado a ello el interés o atención que les brindaban a sus usuarios, mostrándose accesibles en cuanto a dudas que tuvieran acerca de las tareas o planteamientos que ellos externaran. Así mismo, es posible decir que el vínculo de comunicación establecido fue favorable, ya que el usuario podía expresarse sin sentirse juzgado o limitado.

Por otro lado los terapeutas refieren que la característica más importante para que hubiera una bien cimentada relación entre terapeuta-usuario fue el establecer empatía con el usuario, es decir ponerse en el lugar de éste para que se sintiera identificado y en confianza en el momento de poder expresar su motivo de consulta, lo que contribuyó a que el terapeuta notara cambios en el modo de desenvolverse del usuario, así mismo permitió notar las actitudes que tomaba éste hacia la terapia.

“...Yo considero que si tendríamos que dar una calificación yo le pondría un diez, porque logramos mucha empatía con ella y solo en estas últimas citas si hubo descontrol, porque manifestaba que tenía muchísimo trabajo y estaba ocasionándole estrés entonces, tuvimos que ser accesibles en ese aspecto y por eso es que llegamos hasta el término del proceso. Pero la verdad sí, como que logramos mucha comunicación con ella y fue lo que favoreció”

“...Estrecha, de confianza y empatía. Siempre basada en el respeto y en la comunicación de intereses de ambas partes (terapeutas-paciente y paciente-terapeutas)”

“...Si ha habido química e interacción entre terapeuta- paciente y conforme ha pasado el tiempo la relación se ha vuelto más cálida, cuando en un principio era más fría”

“...yo creo que si un psicólogo sabe llevar una buena relación con el paciente, el paciente da un poquito más de el para poder mejorar, es mucho que el paciente quiera mejorar, pero si el terapeuta lo sabe guiar el paciente quiere dar un poquito más”

“...yo creo que una de las cosas es que intentamos hacer el ambiente relajado, intentamos darle confianza, nuestra forma de ser con él no fue tan rígida en decirle yo aquí soy el especialista y haces lo que se dice, no así no fue, sino más bien le dábamos la libertad de

que fuera más abierto o ser como realmente era ante cualquier otra circunstancia sin que sintiera presión”

6.3.4 Mejorías o avances de acuerdo a la percepción de los usuarios a partir de las primeras sesiones.

Dado lo anterior, en el transcurso de las intervenciones con los usuarios pudieron notarse cambios considerables en cada uno de ellos, siendo estos de acuerdo a lo que mencionaron desde las primeras sesiones, siendo esto coincidente con el supuesto de que desde una tercera sesión se podían apreciar cambios significativos reportando:

“...a partir de la tercer cita ya empecé a ver cosas como para que yo cambiara o de ver resultados, ya no peleo tanto, la relación con mi familia es más unida”

“...Pues no sé es un tanto ella y un tanto nosotras pues como es mujer, pues es más fácil interactuar con ella, pues nada más la relación es empática, se relacionó con nosotras como si estuviera hablando con otra persona y eso lo notamos desde la segunda sesión. Entonces fue el cambio más notorio”

“...en un principio me sentía en desconfianza, ya que no las conocía, sin embargo ya en esta tercera sesión me sentía confiada”

“... desde la entrevista inicial, me permití llorar y lo que me devolvían me ayudó mucho”

Dado lo anterior puede decirse que desde las primeras sesiones pudieron notar un cambio en ellos mismos, en la tercera sesión existió un vínculo de confianza que marcó la pauta de que el usuario expresara sus emociones de una forma que le resultara favorable, por lo tanto puede decirse que lo reportado en las primeras sesiones, pueden ser predictores a una mejora del usuario, aunado a la

participación e involucramiento del mismo en la terapia, en el entendido de llevar a cabo las técnicas que llegasen a impartir dentro de la misma o bien las tareas encomendadas a modificar las conducta problema.

6.3.5 Actividades que el terapeuta realizó con el usuario en la tercera sesión y contribuyó a un avance terapéutico

De acuerdo a la entrevista que se les realizó a los usuarios al término de la tercera sesión, se les preguntó que actividades había hecho el terapeuta con ellos que consideraran había contribuido a un avance terapéutico, siendo que respondieron lo siguiente:

“...me dieron una técnica de que cuando yo me peleara con quien fuera, yo tenía que anotar en ese papelito cual fue el motivo de la discusión, como me sentí yo en el antes y después, si levante la voz o si dije groserías, y sí me ayudo porque en el momento de querer pelear con una persona me decía a mi misma ¡chin! Voy a tener que anotar en el papelito, entonces eso evitaba que yo peleara”

“... me ha ayudado la entrevista en sí”

“...siento que con el simple hecho de las preguntas que me han hecho hasta ahorita son muy específicas en base a lo que quiero o a lo que quiero lograr y siento que hacen que reflexione yo misma respecto a mi problema con simples preguntas, aparte me han dejado diarios de la semana, que ha sido muy bueno porque siento que me hacen poner más atención a lo que estoy haciendo y hacia lo que realmente estoy haciendo bien y lo que estoy haciendo mal”

“...que me pusieran en el otro lado, que era lo que yo pretendía, porque a lo mejor yo imponía mucho mi punto de vista sin que

permitiera que hubiera un diálogo, entonces es lo que me decían ellas, ahora hay que ver desde el otro punto de vista si en realidad usted como lo haría y eso considero me ayudó”

“...el ubicar cual era o escribir una típica discusión con mi pareja y con todo lo que implicaba”

“...me dieron consejos respecto a una técnica que me ayudaría para controlar los berrinches de mi hija”

“...el hablar con mi terapeuta me ayudó para saber que he dejado de hacer y así, me han hecho entrevistas y por medio de ellas me he dado cuenta de muchas cosas”

“... el hacer mi proyecto de vida a corto plazo, me dan consejos para que yo trate de cambiar en muchas cosas, sobre todo la relación con mi papá, me dieron una hojita que tengo que leer todas las noches”

“... pues yo creo que hasta ahorita lo que me ha ayudado mucho es la confianza, no hemos realizado ninguna actividad pero la entrevista que me han realizado siento que si me ha ayudado mucho”

“...conversar sobre las nuevas reglas que se establecerían en casa a partir del cambio de vida para la niña, de manera que tuviera claro quién sería a partir de ese momento la figura de autoridad”

“...simplemente el mencionar la situación con ellos e irla planteando conforme ellos me han ido ayudando a plasmarla, yo creo que me ha ayudado, a pesar de que no hemos entrado en acción de soluciones, simplemente el plantearlo a mi me ha servido”

“...escucharme principalmente, me han dejado dos tareas desde la segunda sesión en la que escribiera cuando me sentía mal y las razones por las cuales me sentí mal, las sensaciones, etc, y en otra hoja en donde pusiera tres cosas que me gustaran de mí y cuales no, y eso me ha ayudado a generarme un poco mas de conciencia en lo que hago”

Como puede observarse, no en todas las terceras sesiones que se llevaron a cabo con los usuarios se aplicó alguna técnica, sin embargo los usuarios reportan algunas tareas o actividades cortas que les ayudaron de acuerdo a lo que refieren, siendo que les ayudó a cambiar su perspectiva respecto a la problemática o motivo de consulta por la que estaban asistiendo a terapia, así mismo refieren que incluso con la sola entrevista les permitió notar un cambio en ellos mismos, ya que los llevaba a una reflexión acerca de diversas situaciones que se fueron planteando junto con el terapeuta durante las sesiones, a su vez hacen mención de algunas actitudes de los terapeutas hacia ellos que les permite llevar a cabo un mayor análisis de los planteamientos ya que gracias a que existe la confianza que ellos requieren, conlleva a que el usuario se sienta en libertad de expresar lo que estuviera pensando en ese momento. Respecto a las tareas que les solicitaban los terapeutas a los usuarios, muchos referían el identificar ciertos momentos en los que la conducta problema se hiciera presente y que posibles acciones podrían tomar sobre ello, lo que contribuía a que el usuario replanteara detenidamente esa conducta problema ayudándolo a tomar una posible acción sobre ello o bien que la conducta tratara modificarse o aminorarse.

6.3.6 Actitudes que el usuario mismo identificó y que contribuyeron al avance de su terapia.

Durante la entrevista realizada en apoyo a esta investigación, se les preguntó a los usuarios que actitudes o que habían percibido de ellos mismos que

les haya ayudado a considerar un avance en su terapia, siendo que se obtuvo lo siguiente:

“...Empezar por aceptar que necesitaba ayuda para salir, también salir adelante, distraerme, se siento en la disposición de venir a terapia”

“...poner en práctica tanto lo que ellas me han dicho como hacer unas modificaciones en mi casa”

“...el estar haciendo cosas que dejé de hacer mucho tiempo”

“...yo creo que la actitud ¿no? Principalmente aceptar que necesita ayuda psicológica, me siento muy dispuesta al venir”

“...la participación en las sesiones tanto mía como de mis padres”

“...tomar mucho en cuenta de lo que me dicen mis terapeutas y la disposición de venir y lo que me puedan decir ellas”

“...me siento confiada en venir a que me apoyen”

“...sentirme motivado y dispuesto a que me ayuden”

En su mayoría los pacientes refieren que lo que principalmente les ayudó fue el sentirse dispuestos a lograr un cambio o bien que se les pudiera ayudar, así mismo en dar seguimiento a las actividades que les solicitaban los terapeutas tanto dentro de las sesiones como fuera de ellas, siendo que realizaban las tareas que les encomendaban, así mismo la participación que tenían en cada una de las sesiones. Siendo esto importante para lograr un cambio respecto a su motivo de consulta, ya que de ser que el usuario se mostrara apático a las actividades que le

encomendaran permearía la relación terapéutica y así mismo no permitiría que se obtuviera un avance significativo en su motivo de consulta, lo que en su momento pudiera llevar a una percepción errónea del usuario hacia el terapeuta, en el entendido de que este último tomara acción por completo en resolver la problemática, sin embargo es importante señalar que para lograr un cambio es necesaria la disposición del usuario dentro de las sesiones, siendo esto un buen predictor de cambio.

6.3.7 Técnicas realizadas y percepción de cambio (usuarios y terapeutas) al final de la terapia.

Al final del seguimiento terapéutico se les realizó una segunda entrevista tanto a terapeutas como usuarios con la cual se pretendió conocer que cambios identificaron al final de su proceso y si estos habían sido positivos o no, así mismo se les preguntó que era lo que habían trabajado en las sesiones junto con sus terapeutas que consideran fueron clave para lograr una modificación en sus conductas por las cuales habían asistido a terapia, por lo tanto se obtuvo lo siguiente:

Usuarios

“...primero así como que me daban ejemplos, y me hacían razonar las cosas, que me planteara las cosas en un cuadro en las que escribiera que consecuencias o beneficios me traerían actuar de tal forma, eso me ayudó bastante, otra cosa era que registrara que tantos avances iba teniendo, todo lo bueno y lo malo”

“...me dieron muchas herramientas para que pueda enfrentar de mejor manera mi problema, hicimos un análisis yo explicandoles la problemática y ellos analizando la situación, y de ahí en adelante si básicamente si utilizaron técnicas de comunicación, resolución de problemas y yo creo que eso fue lo que ayudó, dejandome ejemplos y tareas”

“...me dejaron hacer varias tareas, hacer cosas con mi niña, poner horarios con ella, leer un libro que me ayudara con mi problema, si estuve aplicando todas las técnicas que me dijeron”

“...las tareas que me dejaba pues era así como algo que si me servía porque siempre era abordar un tema o lo que yo sentía era lo que hacíamos, por ejemplo a veces me daba mucho miedo de hablar y ella me dejaba hacer un ejercicio de que cuando fuera a cualquier lado yo fuera el que hablara primero, adquirí mayor seguridad, fui agarrando mayor confianza”

“...bueno considero que la mas importante es el establecimiento de metas, con ello te fijas en lo que quieres, lo que tienes que hacer y ubicarte en ello considero que es clave, esto me hizo sentir bien porque todo lo que consideraba negativo realmente así no lo era solo que no estaba bien aplicado”

De acuerdo a la percepción de los usuarios puede observarse que las tareas que se les dejaron o actividades que realizaron en las sesiones de terapia fueron claras para ellos, debido a que los terapeutas utilizaban ejemplos que refirieran la actividad que les estuvieran solicitando, algunos de ellos denotan la claridad del objetivo de dichas actividades y que cambios fueron los que observaron a partir de la aplicación de las mismas, siendo esto importante para el avance que tuvieron, así mismo se reportaron cambios positivos en su conducta por los cuales habían asistido a terapia.

Terapeutas

Por otro lado también se les preguntó a los terapeutas que cambios habían notado en sus usuarios y de que forma los calificaban positivos, negativos o habían permanecido igual, así mismo se les preguntó sobre las técnicas utilizadas dentro

de las sesiones que contribuyeron a un cambio respecto al motivo de consulta del usuario, siendo que se obtuvo lo siguiente:

“...Se le dejó de tarea técnicas de relajación para que cuando ella se sintiera ansiosa las realizara, utilizamos reestructuración cognitiva y relajación.”

“...en las últimas sesiones ya se notaba más serena y tranquila, ya se le podía preguntar el cómo estaba como se sentía sin que llorara, ya está más consciente de lo que hace, ya hubo una mejor disposición. Trabajamos con ella control de la ira, manejo de contingencias y toma de decisiones”

“...ya es más capaz de tomar sus propias decisiones, aplica bastante bien las técnicas que le enseñamos como lo fueron asertividad, habilidades sociales, solución de problemas y terapia racional emotiva de Ellis”

“...ya tenía más seguridad al hablar, ya estructuraba más sus frases, trabajé con él asertividad que fue lo que le ayudó más”

“...La paciente mejoró en cuanto a su autoestima y seguridad en sí misma, se trabajó en el desarrollo de la asertividad como principal habilidad social y en aspectos físicos que iban desde la postura hasta el lenguaje corporal, se utilizaron situaciones reales para demostrar y dejar en claro las conductas problema y la manera en la que podía abordarlas.

“...se le dejó una tarea en la que tenía que describir cómo es que se veía el mismo y considerando las preguntas que también le realizábamos de las primeras sesiones a las últimas si se notó un gran cambio, desde su postura al hablar y el acercamiento que hubo con nosotros”

De acuerdo a lo referido por los terapeutas, las técnicas cognitivo conductuales que mayormente se utilizaron fueron las de asertividad, habilidades sociales y solución de problemas, mismas que produjeron un cambio positivo en sus usuarios ya que considerando lo referido por los mismos anteriormente, esto es coincidente a lo que reporta el terapeuta, lo que da por entendido que la comunicación bien establecida y el vínculo de confianza establecido entre terapeuta y usuario permite una mayor claridad de objetivos y a su vez claridad en el diálogo que permitiera el entendimiento entre ambas partes conllevando a un éxito en la terapia, que si bien no se había logrado modificar totalmente la conducta problema, permitiría que el usuario terminara con las herramientas suficientes para afrontar o llevar un seguimiento sobre su motivo de consulta.

6.3.8 Deserción de la terapia.

Durante el seguimiento de este reporte, se encontraron casos de deserción de la terapia por parte de algunos usuarios, por lo que se les preguntó a los terapeutas a que se debía esta situación ellos mencionaron lo siguiente:

“...la paciente mencionó que tenía que dejar la terapia debido a un problema familiar muy fuerte y que incluso tenía que salir de la ciudad, fue lo único que nos dijo”

Para esta situación se intentó establecer contacto con la usuaria vía telefónica, sin embargo no se obtuvo respuesta alguna, pese a ello sus terapeutas referían que el seguimiento terapéutico que llevaban con ella lo consideraban satisfactorio, ya que la usuaria ponía mucha disposición y trabajaba en sus tareas.

Lo que a manera contraria, en otra situación de deserción se encontró lo siguiente:

“...considerábamos la relación buena, sin embargo al final ni nos dijo porque abandonaba la terapia, simplemente dejó de asistir. Se le había explicado al principio que el trabajo de terapia era 70% ella y nosotras 30% y al final como que ella asumió que nosotras haríamos todo”

Sin embargo al localizar a la usuaria vía telefónica mencionó que la terapia que llevaba no la consideraba del todo satisfactoria, ya que imaginaba que las acciones de las terapeutas serían más inmediatas y que a su vez estaba tomando un seguimiento de terapia de orden psiquiátrico, por lo tanto es posible decir que aunque se haya referido una buena relación al principio, probablemente las terapeutas no hayan sido claras en cuanto a la forma de trabajo que llevarían a cabo con ella, aunado a ello se pudo percibir una actitud poco participativa en el transcurso de las sesiones, lo que conllevó a que el seguimiento terapéutico no funcionara. Dicho lo anterior, es posible que no se estableciera una relación del todo empática con la usuaria y a su vez a que ella pudo haber asumido lo que se ha llegado a mencionar, que el trabajo terapéutico sería en mayor parte de los terapeutas, sin embargo dicho trabajo es por ambas partes, siendo que es un trabajo mayor el del usuario, considerando de forma relevante la participación y disposición del mismo, esto para lograr una efectividad terapéutica.

Por otro lado, se tuvo otro caso de deserción, mismo que fue derivado por cuestiones de tiempo, ya que a la usuaria se le dificultaba llegar a tiempo a sus sesiones debido a cuestiones laborales, esto de acuerdo a lo que mencionaron sus terapeutas y el cual pudo confirmarse ya que se localizó a la usuaria, misma que refirió dificultades de administración de tiempo, debido a que atendía un consultorio dental, sin embargo consideraba que llevaba un seguimiento terapéutico favorable junto con sus terapeutas.

En otra instancia se encontró el caso de un usuario que desertó por cuestiones de salud de acuerdo a lo reportado por su terapeuta:

“...a nosotros nada más nos dijo que se había retirado por motivos de salud y ya, nada más mando un mensaje diciendo que ya no iba a venir por esa cuestión pero fue lo único que me dijo, sin embargo ya al final de la última sesión lo noté extraño, distante, pero lo atribuyo a que realmente si se notaba enfermo”

Para dicha cuestión se intentó comunicar posteriormente con el usuario, sin embargo no fue posible localizarlo, por lo que no se pudo confirmar este hecho,

sin embargo de acuerdo a lo que refirió el terapeuta el considera que el usuario llevaba una buena relación con ellos y que si era participativa la relación, e incluso que el percibía que llevaba buenos avances y por lo tanto se notaba en su forma de expresarse, por lo tanto estos datos aunque no se pudieron confirmar del todo, es evidente que la percepción del terapeuta hacia el trabajo que llevaba realizando con su usuario era positiva, actitud que posiblemente se deba a que habían establecido una relación usuario-terapeuta favorable.

Una vez revisados los análisis cualitativos, es posible decir que se los usuarios en su mayoría refirieron comentarios positivos en cuanto la relación terapeuta- usuario , ya que esta desde un principio les brindó la confianza para poder expresarse como ellos quisieran , sin el hecho de sentirse limitados o juzgados, por lo tanto es de importancia considerar todos los elementos de las entrevistas antes mencionados lo que contribuye a que se siga por una misma línea en lo que respecta a los terapeutas , ya que es una retroalimentación que permite reflexionar acerca de que mejoras o acciones podrían llevar a un mejor aprendizaje respecto a la terapia cognitivo-conductual.

7. DISCUSIÓN

La presente investigación evaluó la percepción que tienen los pacientes y terapeutas del turno vespertino sobre la efectividad de la terapia cognitivo conductual en la práctica superviada dentro de la FES Iztacala. Los resultados partieron de variables centradas en la entrevista, entendidos como datos sociodemográficos, como género del terapeuta y paciente, edades de terapeuta y paciente respectivamente, escolaridad del paciente, ocupación del paciente, estado civil del terapeuta y paciente, religión, tipo de familia, tipo de problema o queja.

De acuerdo a los datos obtenidos hubo una mayor participación de mujeres que hombres en la terapia, de igual manera sucedió respecto a los terapeutas, ya que la mayor frecuencia de género que atendieron a los pacientes fue el femenino. La incidencia de este género no coincide estrictamente con lo mencionado por García y Fantín (2010) quienes de acuerdo a un estudio que realizaron encontraron que algunos usuarios del género femenino tenían una mayor inclinación hacia los terapeutas masculinos y que de igual manera los usuarios o clientes masculinos preferían ser atendidos por hombres, sin embargo las conclusiones que proporcionaron lo hicieron con cautela ya que solo es un porcentaje menor quienes refirieron lo anterior, y por otro lado tuvieron un grupo mayoritario sin ninguna preferencia específica, por lo tanto puede decirse que no se halló una diferencia significativa entre hombres y mujeres, y tomando en cuenta los resultados de esta investigación, puede decirse que el hecho de haberse presentado un mayor número de mujeres a terapia no radica en la preferencia hacia un solo género que puede atenderlas, aunado a que el grupo designado por el profesor que brindó la oportunidad de entrevistar a sus alumnos y usuarios, la mayor parte eran del género femenino, siendo que en algunos casos estas trabajaron en equipo de dos mujeres y en un caso se trabajó de forma mixta. Entonces la efectividad del tratamiento psicológico puede basarse en la relación

que hayan establecido entre ambos, sin embargo dicho aspecto se abordará más adelante.

En relación a lo anterior, se encontró un caso en el que la usuaria fue atendida por tres terapeutas, dos mujeres y un hombre, mismos que mencionaron la incertidumbre de presentarse una incomodidad por parte de la usuaria respecto a tres terapeutas, entre ellos un varón, siendo que la respuesta fue contraria ya que la usuaria, reportó haberse sentido a gusto con dicha situación teniendo diversas perspectivas hacia su motivo de consulta, haciendo caso omiso al género, siendo esto un claro ejemplo de que no hay una marcada diferencia entre géneros y que pueda afectar la percepción del usuario y su motivo de consulta.

Por otro lado en cuanto a los datos sociodemográficos como la edad de los terapeutas y usuarios, se tiene que tanto las edades de los primeros con los últimos, difieren siendo que la mayoría de los terapeutas se encuentran en un rango de 20 a 25 años, tomando en cuenta que estos son estudiantes de la FES Iztacala, y por el otro lado se encontró diversidad en cuanto a la edad de los usuarios, sin embargo de acuerdo a lo referido por los usuarios, no se hace mención de que la diferencia de edades haya sido un interceptor en el seguimiento de la terapia. A su vez cabe mencionar, que no se encontraron datos significativos en el aspecto de que los usuarios se hayan mostrado apáticos ante el hecho de que la terapia haya sido dirigida por estudiantes y por ende que haya derivado en una percepción negativa, ya que se entiende que los usuarios están al tanto de que las terapias impartidas en la Clínica Universitaria de Salud Integral es dirigida por los estudiantes, que aun cuando no tengan la debida experiencia, están siendo constantemente asesorados por sus profesores, tal como lo establece Ramírez y Landa (2003), por lo tanto se puede decir que la inexperiencia en este caso no fue un factor que interfiera con una percepción positiva hacia la eficacia de la terapia, destacando también que la población que solicitó un seguimiento terapéutico en un porcentaje fue la estudiantil lo que sería coincidente a lo que mencionan Meca, Rosa y Olivares (1999) ya que refieren que las terapias que llegan a ser impartidas en universidades tienen una amplia tendencia de generar efectos positivos, por lo

que podría decirse que considerando los resultados obtenidos, se tuvo una referencia positiva por parte de los usuarios hacia el servicio brindado.

En relación a lo anterior, respecto a la escolaridad , ocupación y estado civil de los usuarios y de los terapeutas, se encontró una mayor incidencia de una escolaridad por parte de los usuarios en licenciatura, que en concordancia con lo mencionado por Meca, Rosa y Olivares (1999), en el que afirman que aquellas personas que tienen un nivel o grado de estudios mayor, como en este caso licenciatura, requieren sujetos con un desarrollo cognitivo medianamente alto, considerando en este caso que los terapeutas están cursando licenciatura, a su vez mencionan que las terapias que llegan a ser impartidas en universidades tienen un mayor efecto positivo, siendo entonces que puede entenderse que la prevalencia de un nivel alto de estudios sugieren dicha efectividad y una percepción positiva hacia la terapia impartida dentro de los cubículos de la FES Iztacala, esto bien puede relacionarse también con la ocupación de los usuarios, ya que por un lado se tuvo una mayor incidencia de usuarios estudiantes y por otro lado amas de casa, los primeros bien podría relacionarse con lo mencionado con anterioridad en el hecho de buscar afines en la terapia (estudiantes- con estudiantes universitarios) y por otro lado las personas que se dedican al hogar, y considerando que algunas de ellas tienen una escolaridad hasta secundaria o bachillerato, puede relacionarse con lo que mencionan Urzúa, Arbach, Lourido y Mas (2010) en el entendido de que aquellas personas con dichas características pueden llegar a sentirse más cómodas con terapeutas que sean más directivos en la terapia, es decir la manera tan puntual en la que pueda dirigir la misma, la cual puede verse en función de que son estudiantes universitarios con el debido asesoramiento quienes la llevan a cabo. Por otro lado en cuanto a aquellas personas que desertaron, no se encontraron resultados coincidentes a un abandono respecto a las características sociodemográficas, tal y como lo postularon Fernández, Larrea y Rodríguez (1994) en su momento, quienes se toparon con algunas dificultades concluyendo que estos datos eran inconsistentes y poco significativos, para justificación de un abandono de la terapia.

En cuanto a los datos que refieren la religión de los usuarios, se encontró una mayor inclinación hacia la católica, sin embargo estos datos no se consideraron como relevantes para evaluar la percepción de la efectividad de la terapia cognitivo conductual, ya que no encontró una relación entre dichos factores, sin embargo es importante considerar lo mencionado por Korman, Garay y Sarudiansky (2008), quienes aseguran que no importa si el terapeuta comparte o no los valores religiosos del usuario, ya que esta característica no garantiza la efectividad de la terapia, pese a ello este elemento si debe considerarse en el momento de diseñar una estrategia de intervención, en cuanto a más datos que hubiera podido arrojar su estudio, no se obtuvieron más, sin embargo enfatizan en estudios posteriores hacia la relación religión- psicoterapia.

Respecto a las escalas de bienestar psicológico individual, familiar y social, se encontraron diferencias significativas entre aquellas de un primer momento a un segundo momento, en el que se puede decir que se modificaron positivamente, es decir se encontraron mejorías o avances, sobre todo en el aspecto personal, siendo que estos resultados fueron coincidentes de acuerdo a la percepción del terapeuta respecto a las mismas, por lo tanto puede decirse que de acuerdo a la directividad del terapeuta es como se pudieron percibir estos cambios, contribuyendo a que su bienestar psicológico se viera favorecido, tal y como lo refirieron Orama, Santana y Vergara (2006) quienes relacionaron los procesos psicológicos asociados con el funcionamiento de sí mismo como un regulador y motivador de satisfacción consigo mismo, por lo que en dichos resultados pueden considerarse como un indicador positivo de la relación del sujeto o persona consigo mismo y su medio, a su vez este puede considerarse como un mediador en las relaciones de las personas con su medio a partir de los recursos psicológicos con que cuenta para afrontar las demandas de su entorno, por lo tanto de acuerdo a la investigación realizada puede decirse que el bienestar se modificó positivamente contribuyendo a un avance terapéutico.

En relación a las atribuciones del usuario a variables que consideraran significativas y que contribuyeran a un avance a lo largo de las sesiones de terapia, se encontró que de acuerdo a su percepción en el lapso de tres sesiones, las modificaciones o avances respecto a su motivo de consulta se lo atribuían en su mayoría al trabajo que ellos mismos realizaban en las sesiones, por otro lado con un porcentaje igual entre la relación y las actividades realizadas hasta ese momento, y al final, en un porcentaje menor a otras variables ajenas a la terapia, sin embargo al volverseles a preguntar dichas atribuciones al término de su seguimiento terapéutico se encontró que los porcentajes se modificaron y distribuyeron equitativamente entre dichos aspectos es decir a las técnicas, al trabajo del paciente mismo, a la relación y por último a variables externas, por lo que puede decirse que la percepción de los usuarios se modificó en el entendido de que se realizó un trabajo en conjunto tanto de los usuarios con los terapeutas y a su vez que este partiera estrechamente de la relación establecida entre ambos desde un primer momento, siendo esto sustentable de acuerdo a lo referido por los usuarios, dicha relación se relaciona principalmente con la alianza terapéutica, siendo que ésta de acuerdo a Bordin, 1976 (en Botella y Corbella, 2011) es entendida como la colaboración mutua entre paciente y terapeuta, y a su vez considera tres puntos importantes para esta, el primero es que haya un acuerdo entre ambos respecto a las tareas, que se refiere a lo que se va a ir trabajando durante el proceso, el segundo que se cree un vínculo positivo y tercero, acordar objetivos de resultado dentro de la psicoterapia. Por lo tanto puede decirse que la alianza terapéutica es uno de los principales factores que propicien la efectividad de la terapia, hecho que confirma el postulado de Miller y Bargmann (2000), Corbella y Botella (2004).

Retomando lo anterior, es posible decir que la característica mayormente predictora a un mejoramiento o avance terapéutico y por ende encaminada a una efectividad de la terapia es la relación establecida entre el usuario y terapeuta, misma que es considerada por Santibañez y cols. (2009) y a su vez Miller y Bargmann (2000), Corbella y Botella (2004) como una alianza terapéutica, por lo

que de acuerdo a los resultados cualitativos obtenidos, se pudo encontrar que los usuarios en su mayoría, refirieron una relación bien establecida con sus terapeutas, siendo que les transmitieron confianza desde un principio, que los terapeutas se mostraron agradables y empáticos, que hubo una buena comunicación con ellos en la que podían expresarse libremente sin temor a que fueran juzgados, y que esta pudo observarse desde un primer momento o no, ya que tal y como lo refirió una usuaria “desde el primer momento que estableces un primer contacto con tu terapeuta puedes darte cuenta si puedes confiar en él o no” siendo que esto reafirma lo dicho por Horvarth y Symonds (1991), Horvarth y Greenberg, 1986 (en Corbella y Botella), 2004 ya que mencionan que la calidad de esta alianza o relación se hace evidente desde fases tempranas, pues los pacientes relatan que ya en la primera sesión se dan cuenta si podrán o no establecer una relación emocional positiva.

A su vez, Gómez (2010) menciona que la relación paciente-terapeuta es por lo tanto un elemento fundamental de la psicoterapia. Por lo que se toma en cuenta que el rol del paciente dentro de la terapia es su disposición a participar dentro del proceso terapéutico y de trabajar en pos de los objetivos y en un buen nivel de motivación son fundamentales para desarrollar y sostener una buena alianza terapéutica, lo que nos lleva a las actitudes propias del usuario que contribuyeron a un cambio o mejora en la terapia, siendo que ellos mismos percibieron que todo parte de la disposición que tienen de asistir a terapia, en el cumplimiento de tareas que les eran dejadas por sus terapeutas y la actitud de trabajar en conjunto con los mismos.

Por otro lado, considerando los resultados cualitativos en los que se les preguntó a los usuarios a partir de que sesión habían percibido un cambio respecto a su motivo de consulta, estos refirieron que a partir de la tercera sesión, siendo que en ésta, la mayoría de los entrevistados seguían en el proceso de la entrevista, sin embargo ésta les había ayudado a delimitar ciertos planteamientos que en su momento el usuario no había percibido, lo cual es consistente a lo que

refieren Vargas e Ibañez (2002) ya que mencionan que en el primer contacto que el terapeuta tiene con el usuario se enfrenta a la conducta problema, sin embargo se tiene que realizar una evaluación del mismo mediante una entrevista semiestructurada que marca la pauta a que el usuario se percate de situaciones que en su momento no lo había hecho y por lo tanto este primer acercamiento puede considerarse como una primera intervención enfocada a modificar la conducta problema del mismo mediante una intervención definida.

Aunado a lo anterior, respecto al tiempo en el que puede ser observable una mejora en el usuario y tomando en cuenta los resultados obtenidos, es posible decir que estos se dieron en su mayoría a partir de la tercera sesión, lo que confirma el supuesto de esta investigación, ya que los usuarios reportaron que notaron cambios incluso desde una segunda sesión, ya que en el momento de que sus terapeutas les iban realizando la entrevista, ésta les permitía identificar ciertos patrones o actitudes que anteriormente no habían identificado y que ajenos al motivo de consulta podían estar perjudicándolos, aunado a que las preguntas que les realizaban estuvieran bien planteadas, definidas y enfocadas a la problemática que estuvieran presentado, lo que podía ser un buen predictor de cambio al final de la terapia, lo que viene a ser consistente a lo mencionado por Corbella y Botella (2004).

Respecto a las técnicas cognitivo conductuales aplicadas a los usuarios, es posible decir que fueron consideradas efectivas por los mismos, ya que les permitieron irse planteando diversas fases en las que partían desde identificar ellos mismos la conducta problema y en que momentos se presentaba la misma, considerando esta una fase de auto observación, posteriormente ellos podían ir planteando las posibles situaciones y soluciones junto con la guía adecuada de los terapeutas, tal y como lo mencionaba Ramallo (1981) ya que planteaba que la terapia cognitivo conductual se basaba en el entendido que era un proceso con fases diferentes en las que el paciente partía de la auto observación para identificar conductas de las cuales posiblemente no se había percatado con

anterioridad, una vez identificadas se pasaba a la fase de reconceptualización del problema ya que se pueden presentar pensamientos incompatibles a las manifestaciones del problema, para posteriormente pasar a un estado de posibles modificaciones a dicha conducta y el que esta modificación se mantuviera vigente en pro del bienestar del usuario.

Ahora bien de acuerdo acuerdo a los resultados obtenidos, se tiene que las técnicas mayormente utilizadas con los usuarios fueron las de resolución de problemas, asertividad y habilidades sociales, mismas que fueron aplicadas ya fuera de forma aislada o en conjunto, siendo que estas considerando la guía de los terapeutas fueron aprendidas y aplicadas satisfactoriamente por los usuarios, estas técnicas demuestran su efectividad desde un momento de evaluación y en el proceso de intervención, siendo partícipes tanto el terapeuta como el usuario, trabajando de manera conjunta lo que permite una resolución del problema de una forma eficaz y acertada siendo esto consistente con Dahab, Rivadeneira y Minici (2004) . A su vez López y Rodríguez (2009) en un estudio que realizaron en donde evaluaron la eficacia de la terapia cognitiva conductual en trastornos bipolares, mencionan que este tipo de terapia esta orientada a modificar cogniciones desadaptativas y sus alteraciones ya sean conductuales o emocionales, mismas que con la terapia cognitiva se pretende lograr una valoración precisa y objetiva de la validez de las cogniciones y naturaleza adaptativa de las conductas frente a las desadaptativas, identificando experiencias o características negativas que estén afectando al usuario y por ende se intenta encontrar la forma de afrontar o bien modificar esa conducta.

En cuanto a las características que pueden contribuir a un avance terapéutico, se encuentran las actitudes y/o características del terapeuta, mismas que Corbella, Calaña, Fernández-Álvarez, Saúl, Botella, y García, 2009., Gómez. (2010) mencionan que es importante el estilo particular que el terapeuta utiliza para poder establecer una comunicación favorable con su paciente y/o usuario, siendo esto el marcar su perfil personal con el que trabajarán a lo largo de la

terapia, por lo que tomando en cuenta los resultados obtenidos, se tiene que los usuarios refirieron en ocasiones que los terapeutas se mostraban muy accesibles, “buena onda” y agradables, siendo que estas características les permitía establecer una empatía que a su vez conllevara a una confianza con el terapeuta, así mismo refirieron directividad por parte de los mismos, permitiendo que el usuario se sintiera entendido y escuchado, ya que esta directividad se refiere a las intervenciones que puede llegar a hacer el terapeuta en el que intente dirigir o modelar el actuar del usuario dentro de la terapia y como esta contribuye a una efectividad en la terapia, siendo entonces importante que el terapeuta debe tomar en cuenta diversos elementos para una mayor probabilidad de resultados positivos. Cabe mencionar entonces, que aún antes de que se inicie el tratamiento los pacientes llegan a tener una percepción definida del terapeuta al igual que una concepción determinada de lo que esperan de la terapia. El hecho de que el paciente se sienta cómodo con una terapia directiva o no-directiva puede variar de persona a persona.

Dado lo anterior, es posible decir entonces que las características personales de los terapeutas es un fuerte aliciente que contribuye a un mejoramiento o avance de los usuarios en la terapia, siendo esto coincidente a lo postulado por Rondón, Otálora y Salamanca (2009) quienes mencionan que elementos como la personalidad del terapeuta, la empatía que genere con su paciente o usuario, su presentación, abordaje de la problemática y la manera de llevarlo (directividad), sus actitudes o trato hacia el paciente, conducen a un término exitoso de la terapia, aunque sin estas características no se establecen desde el principio esto puede generar una baja en la terapia.

Lo anterior nos lleva a las deserciones o bajas en la terapia, que se presentaron a lo largo de la investigación, entendiendo éstas de acuerdo a Porce (2005), como una interrupción del tratamiento antes de alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos, dicha interrupción puede deberse a diversos factores, siendo en el caso de la presente investigación que los principios que se presentaron, fueron debido a problemas familiares, cambio de residencia, falta de

tiempo y por enfermedad, lo cual es consistente a lo postulado por el autor antes mencionado quien menciona que existen tres formas distintas en que este abandono o deserción de la terapia puede presentarse (1) imprevista y no avisada por el cliente, (2) el cliente le avisa a su terapeuta o (3) ambos pueden llegar a un acuerdo, siendo que los primeros dos puntos fueron los que mas prevalecieron, así mismo, podría decirse que este abandono de terapia pueda deberse a características sociodemográficas como lo son la edad, creencias culturales entre otras como lo refirieron en su momento Rondón, Otálora y Salamanca (2009), sin embargo al igual que ellos no se encontraron datos significativos que refieran dicha relación, pese a ello podría considerarse que existen otros factores que deriven en un abandono de terapia, tal como lo puede ser un mal manejo de la problemática por parte de los terapeutas, el manejo de la confidencialidad, el aplicar mal las técnicas empleadas en las sesiones, o bien un mal planteamiento de las expectativas a cubrir durante el proceso de la terapia, bien podrían relacionarse con un caso en el que la usuaria refirió que había abandonado su psicoterapia debido a que no era lo que ella esperaba, por lo tanto aquí puede traducirse como un mal planteamiento de objetivos y expectativas por parte de las terapeutas que llevaban su caso, así mismo refirió que a su vez llevaba otro tratamiento que le complementara al que llevaba en la CUSI, sin embargo esta situación puede relacionarse a lo planteado por Bados, García y Fusté (2002) quienes confirman que en la práctica el 65% u 80% de los pacientes abandonan la terapia antes de la décima sesión o simplemente no aceptan el tratamiento lo que ha llevado a buscar tratamientos alternativos al cognitivo-conductual, por lo tanto cabría enfatizar en el aspecto del establecimiento de una relación favorable entre ambas partes y la motivación del terapeuta hacia el cumplimiento de objetivos del paciente, siendo este un predictor de acuerdo a Moreno, Roza & Cantor (2012) que determina una permanencia de mayor tiempo en la terapia, que a su vez conlleva a una efectividad de la misma.

Aunado a lo anterior, otro de los factores desertores que se presentaron fueron el de cambio de residencia o falta de tiempo, siendo que para este último no se encontraron datos significativos que estén en correlación con una percepción negativa hacia la efectividad de la terapia, ya que de acuerdo a lo referido por la usuaria que presentó dicha situación, consideraba una relación estrecha con sus terapeutas y a su vez un manejo de las sesiones favorable, sin embargo debido a falta de tiempo le era imposible seguir asistiendo a psicoterapia, por lo que siendo coincidente con lo expresado por Moreno, Rozo & Cantor (2012), se necesita un estudio que relacione dichos factores que permitan entender mejor la cuestión de deserción de terapia.

8. CONCLUSIONES

Dados los elementos anteriormente mencionados, es posible decir que dentro de la práctica supervisada llevada a cabo por parte de los alumnos del turno vespertino que cursan el 7mo y 8avo semestre de la carrera de Psicología, se encontró que la percepción de los usuarios atendidos en la Clínica Universitaria de Salud Integral, refieren una eficacia de las técnicas aplicadas enfocadas a la terapia cognitivo conductual, de las cuales fue posible en gran medida a la relación establecida o alianza terapéutica con los terapeutas que los atendieron, así mismo tomando en cuenta características importantes como la actitud o el trato de estos hacia los usuarios, enriquecieron la relación y por ende un seguimiento adecuado de las técnicas cognitivo-conductuales empleadas en cada una de las sesiones, así mismo, de acuerdo a los datos cualitativos recopilados, puede decirse que estos permiten un panorama de retroalimentación a los terapeutas que contribuyan a posibles mejoras futuras y por ende a contribuir a que la efectividad de la terapia orientada a este enfoque siga enriqueciendo futuros asesoramientos terapéuticos.

Asimismo, de acuerdo a los datos obtenidos, es menester considerar el planteamiento bien definido de las expectativas de la terapia y considerar que la efectividad de la terapia no solo radica en la aplicación de unas cuantas técnicas, sino que se deben tomar en cuenta elementos importantes como lo son una evaluación e intervención mediante las técnicas adecuadas a la problemática que está presentando la persona y a su vez que estas permitan un trabajo en conjunto favorable, tal como lo mencionan Dahab, Rivadeneira y Minici (2004), quienes hacen énfasis en dicho aspecto y a su vez en prestar atención a la eliminación de los principales síntomas con el que el usuario llega a consulta siendo este un predictor de mejora en las sesiones posteriores, mismo que es coincidente con los resultados obtenidos, ya que se refirieron mejoras o avances durante las tres primeras sesiones de la terapia, por lo tanto condujo a una culminación exitosa y con referencias favorables del seguimiento terapéutico, claro sin hacer a un lado

los casos de deserción o abandono que se presentaron, considerando los datos que se pudieron rescatar de aquellas personas que desertaron, fueron que se debió a factores personales o laborales, sin embargo debido a que no se pudo localizar por completo a las personas que desertaron es difícil dar una conclusión certera respecto al tema, sin embargo si se puede mencionar el hecho de que la percepción de los terapeutas hacia estas personas en unas fue favorable y en otras se presentó la incertidumbre de no saber que fue lo que había sucedido exactamente con su usuario, por lo tanto sería importante que los terapeutas que se encuentren ante estas situaciones consideren una autoevaluación sobre la directividad que estaban tomando en parte en la terapia, y el estado de la relación que estaban llevando a cabo con su usuario ya que en ocasiones al carecer de sentimientos de empatía, simpatía o bien desconfianza por parte de los usuarios hacia los terapeutas, no permiten que se establezca un vínculo en el que el usuario se sienta en un ambiente de confort, situación que es coincidente a lo expresado por Santibañez y cols. (2009).

Una vez expresado lo anterior es posible decir que el objetivo planteado en dicho reporte de investigación cumplió con las expectativas planteadas, ya que se obtuvieron resultados o bien, opiniones que son de considerarse importantes por parte de ambas partes que fueron partícipes dentro de la terapia, es decir usuario y terapeuta, considerando de relevancia, en primera instancia, la relación que se establezca entre ambas partes, ya que al contrarrestar la teoría con los resultados obtenidos, se puede afirmar que dicha relación es una fuerte predictora que apunta hacia una efectividad de la terapia cognitivo-conductual dentro de la práctica clínica supervisada, brindada en la CUSI misma que se encuentra dentro de la FES Iztacala. A su vez, cabe mencionar que se reafirmaron otros factores o variables que pueden contribuir hacia dicha efectividad, como lo es la opinión de los usuarios de sus terapeutas, las técnicas empleadas, la participación e implicación del usuario, entre otros, lo cual permite una constante retroalimentación para los estudiantes que fungen como terapeutas y los cuales pertenecen al 7º y 8º semestre de la carrera de Psicología, y con ello encaminar o

dirigir a su usuario hacia la resolución de conflicto por el cual acuden a solicitar los servicios de la terapia psicológica.

Por otro lado, cabría rescatar para futuros estudios la relación de aspectos sociodemográficos como el género y una relación con la efectividad de la terapia, así como los elementos que implica cada género tanto el femenino como el masculino que conllevan a un establecimiento de relación terapéutica favorable, ya que no se encontraron datos significativos que muestren dicha relación.

9. REFERENCIAS

Bados, A., García, E y Fusté, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología clínica y de la salud. Asociación Española de Psicología Conductual*. 2 (3): 477-502.

Botella, L. (2008). Resultado y proceso en psicoterapia cognitivo- constructivista integradora. *Apuntes de Psicología*. 26 (2): 229-241

Botella, L y Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de Psicología*. No. 101 pp. 21-33

Corbella,S y Botella, L. (2004). Investigación en Psicoterapia: proceso, resultados y factores comunes. España. Editorial Vision Net. Cap. 1 sección 1.5.3

Corbella, S., Balmaña, N., Fernández-Álvarez, H., Saúl, L. A., Botella, L., y García, F. (2009). Estilo Personal del Terapeuta y teoría de la mente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 125-133.

Dahab, J., Rivadeneira, C y Minici, A. (2004). ¿Por qué elegimos terapia cognitivo conductual? *Revista de Terapia Cognitivo Conductual* No. 6.

Duncan, B., Miller, S., & Hubble, M. (2007). How being bad can make you better. *Psychotherapy Networker*, November/December, 57: 36-45

Feixas, G., & Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. *Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós. Capítulo 3, sección 3.4, 212-228

Fernández, E., Larrea, M. C., & Rodríguez, A. J. (1996). Sobre el abandono del tratamiento en tres Centros de Salud Mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 16(58), 213-234.

García, H. D., & Fantin, M. B. (2010). Percepción de eficacia de la psicoterapia en Argentina. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 21, 155-169.

García, L. N. (2008). Historia reciente de la investigación en psicoterapia. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 1(1).

García, M. (2004). La psicoterapia hoy desde un enfoque cognitivo-conductual. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 62(121): 505-511.

Gómez, B. (2010). La relación terapéutica en Terapia Cognitiva. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*, 1, pp. 1-21.

Korman, G. P., Garay, C. J., & Sarudiansky, M. (2004). Psicoterapia cognitiva y religión: ¿Qué debe saber un terapeuta cognitivo de la diversidad religiosa de la Capital Federal y el Co-nurbano Bonaerense? *Cognitive Psychotherapy and religion. What needs to know a cog-nitive therapist about religious diversity in Buenos Aires City and*. *SUMMA Psicológica UST*. Vol.5 No. 2, 53-62.

Labrador, E., Vallejo, M., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A y 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. 1-15.

López, A y Rodríguez, E. (2009). Objetivos y eficacia de la terapia cognitiva para trastornos bipolares *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 12 (4) Universidad Católica de Santa Fe, Argentina.

Llorente del Pozo, J & Iraurgi, I. (2008). Tratamiento cognitivo conductual aplicado a la deshabituación de cocaína. *Trastornos adictivos*.10 (4): 252-74.

Mateluna, X, Weldt, C., Almarza, E., & Reyes, M. (2005) Medición de la calidad del servicio de Salud Mental de un servicio de salud universitario en función de los índices de satisfacción de un grupo de usuarios. *Terapia psicológica*, 23(2), 45-54.

Meca, J., Rosa, A y Olivares, J. (1999). Las técnicas cognitivo- conductuales en problemas clínicos y de la salud. Un meta-análisis de la literatura española. Universidad de Murcia. *Psicothema* Vol. 11 nº 3, pp. 641-654.

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.

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.

Muñoz, F y Ruíz, S. (2007). Terapia en esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 37 (1).

Orama, A., Santana, S y Vergara, A. (2006). El bienestar psicológico un indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana de Salud y Trabajo* 2006; 7: 34-9.

Porcel, M. (2005). El abandono en las terapias psicológicas. *Aposta Revista de Ciencias Sociales*, 14: 1-16.

Ramallo, F. (1981). Las terapias cognitivo-conductuales. Una revisión. Centro de terapia y modificación de conducta

Ramírez, A y Landa, P. (2003). La práctica de psicología clínica en el contexto del servicio social. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Vol.6 No.3.

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.

Santibañez, P., Román, M., Vinet, E. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. Centro Interamericano de investigaciones Psicológicas y Ciencias afines, Argentina. 26(2): 267-287.

Urzúa, A., Arbach, K., Lourido, M y Mas, N. (2010). La directividad en la relación terapéutica: análisis de la evidencia encontrada en investigación. *Terapia Psicológica*, Vol. 28, N° 1, 95-107.

Vargas, J e Ibáñez, E. (2002). Reflexiones sobre la psicoterapia cognitivo-conductual. Revista electrónica de Psicología Iztacala. Universidad Nacional autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. 5 (1).

Vera-Villaruel, P. (2004) Estrategias de intervención en psicología clínica: las intervenciones apoyadas en la evidencia. *Liberabit. Revista de Psicología*. (10) 4-

ANEXO
GUÍA DE ENTREVISTA

Datos demográficos

Nombre del paciente:

Edad:

Ocupación:

Escolaridad:

Religión:

Estado civil/relación de pareja:

Motivo de consulta:

Quienes asisten a terapia:

Nombre del terapeuta:

Género:

Edad:

Grado:

Lugar: Cubículos de la CUSI Iztacala

Modelos terapéuticos empleados:

Técnicas, procedimientos:

Número de sesiones:

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

Comentarios:

Guía de entrevista para el paciente

Antes de iniciar la terapia cómo 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 3era sesión tu motivo de consulta se modificó positivamente, negativamente, sigue igual o desapareció?

Evaluar el bienestar psicológico individual en esta tercera sesión

Evaluar el bienestar psicológico familiar en esta tercera sesión

Evaluar el bienestar psicológico social en esta tercera sesión

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

Al terapeuta y sus técnicas_____

A la relación que establecieron usted y el o la terapeuta(s)_____

A ti mismo_____

A otra cosa que nada tiene que ver con lo anterior_____

Datos cualitativos:

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

¿Qué hiciste tú 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 lo 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 cual asististe a terapia en una escala del 0 al 100, de tal manera que al sumar los valores te dé el 100%, 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 la relación que establecieron usted y el o la terapeuta(s)_____

A ti mismo_____

A otra cosa que nada tiene que ver con lo anterior_____

Datos cualitativos:

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

Porqué tú ¿qué hiciste, qué pensaste?

¿Por qué la relación, qué hizo el terapeuta y qué hiciste tú

Otras cosas ¿cuáles?

Guía de entrevista para el terapeuta

*Hacer esto después 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 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 das al avance que ha tenido su paciente sobre su motivo de consulta? Del 0 a 100% _____

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

Datos cualitativos (describir ampliamente por favor)

¿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 ha sido la relación entre usted y el paciente?

¿Qué aspectos de la relación entre usted y el paciente (la actitud, trato, etc.) consideras que han sido 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 después de dar de alta al paciente o cuando abandone la terapia.

Número total de sesiones que tuvieron:

Después de la última sesión, ¿la queja de tu paciente se modificó positivamente, negativamente, siguió igual o desapareció?

¿Cómo evaluarías su bienestar psicológico individual en una escala del 0 al 10?

¿Cómo evaluarías su bienestar psicológico familiar (0 al 10)?

¿Cómo evaluarías su bienestar psicológico social (escala del 0 al 10)?

El avance que tuvo tu paciente se lo atribuyes en qué porcentaje en una escala del 0 al 100 de tal manera que al sumar los valores te dé el 100 por ciento, por ejemplo a uds. como terapeutas y sus técnicas un 50%, al paciente 30% y así hasta que sumen 100, Nota. No es necesario que se le dé un porcentaje al último punto

- 1) Al terapeuta (usted) y las técnicas
- 2) Al paciente
- 3) A la relación que establecieron tu (usted) y el o la paciente
- 4) A otra cosa que nada tiene que ver con lo anterior _____

De manera general ¿Qué puntaje le das al avance que tuvo tu paciente sobre su motivo de consulta? Del 0 a 100%

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 las sesiones (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 considera que fue la relación entre ustedes y el paciente?

¿Qué aspectos de la relación entre ustedes 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?