



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**EXPERIENCIAS DE UN GRUPO DE PACIENTES QUE RECIBIÓ
TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA CLÍNICA
UNIVERSITARIA: UN ANÁLISIS CUALITATIVO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
SHARI THELMA ORTEGA PINEDA**

JURADO DE EXAMEN

**DIRECTOR: MTRO. ANGEL FRANCISCO GARCÍA PACHECO
COMITÉ: DR. JOSÉ MARCOS BUSTOS AGUAYO
DRA. BLANCA INÉS VARGAS NÚÑEZ
MTRO. JOSÉ INÉS ALARCÓN AGUILAR
MTRA. KARINA SERRANO ALVARADO**



PAPIME 301415

CIUDAD DE MÉXICO

JUNIO 2017



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.

Agradecimientos

A la UNAM por abrirme sus puertas y darme la oportunidad de formarme en la FES Zaragoza, en donde encontré a grandes profesionales que me han inspirado y enseñado esta hermosa carrera, como la Mtra. Karina Serrano a quien admiro muchísimo por todos sus conocimientos. Quiero darle las gracias por ayudarme en este trabajo, pero sobre todo por la motivación que transmite de seguir adelante.

A los sinodales, la Dra. Blanca Vargas y el Mtro. José Alarcón, por la amabilidad, disposición, dedicación y tiempo que invirtieron para revisar este trabajo y brindarme sus retroalimentaciones.

Doctor Marcos Bustos, con usted estoy más que agradecida por todas sus enseñanzas, consejos y tiempo que me ha regalado, por haber aceptado apoyarme en esta etapa, por la flexibilidad y dedicación que ha tenido con el trabajo, por darme ánimos y enseñarme a través de usted que esforzándose se pueden lograr las metas. Gracias por la confianza y la paciencia que me ha dado, espero poder seguir contando con usted.

Al director de este proyecto, al Maestro Angel García, aunque la verdad no tengo palabras para expresarle lo muy agradecida y feliz que estoy de haber aprendido tanto de usted, por enseñarme esa pasión de dar terapia, de aprender, enseñar y trabajar con gusto por la psicología. Gracias maestro por la confianza que me ha brindado, por darme la oportunidad de trabajar a su lado, por motivarme a seguir adelante, por su paciencia, regaños y consejos que han sido de gran ayuda, por creer en mí y continuar apoyándome. Sin dudas, usted se debe a la psicología y todos sus alumnos estamos muy agradecidos, por encontrar a alguien que nos guie como usted y lo digo porque lo he visto.

¡Gracias por todo Maestro!

A los pacientes que accedieron a formar parte de esta investigación.

A mi familia

A mi mamá, por todo tu amor y cariño que me has dado siempre, por llenar de alegrías mis días junto con boly jajaja, por creer incondicionalmente en mí y buscar la manera de darme lo mejor de ti. **A mi papá**, por inculcarme la educación y mostrarme que hay que luchar para lograr las metas y por el apoyo que me has dado.

A mi querida hermana Francy, por aceptar ser eso mi hermana y amiga de vida, gracias por estar conmigo en todos los momentos felices y tristes, por tu comprensión, por darme la fuerza de seguir adelante porque de ti siempre he recibido apoyo y cariño. A tu lado la vida ha sido muy hermosa, este logro es de ambas y aún nos faltan muchos momentos más por compartir ¡Te amo!

A mis nueve sobrinitos y a mi baby prestada Dulce que ha llenado de tanto amor y sonrisas mi vida, te quiero mucho mi niña, verte crecer y disfrutar de tu compañía me ha hecho muy feliz, sabes que tu tía siempre va estar para apoyarte y procurar tu bienestar.

A mi hermanita Rosa, eres una mujer muy fuerte que no se da por vencida, admiro tu fortaleza y tus ganas de vivir, no hay nada que desee más que tu tranquilidad, te quiero mucho gracias por tu apoyo y cariño.

A mi hermana Diana por ser parte de mi inspiración para continuar estudiando, por darme ánimos, por compartir sus vivencias y aconsejarme, por mostrarme que siempre hay soluciones.

A mi hermana Blanca, por regalarme bellos momentos y recuerdos.

¡¡LOS QUIERO MUCHO A TODOS!!

A mis amigos, que se convirtieron en una parte especial de mi vida por todos los momentos juntos y por compartir esta nueva etapa conmigo, pero sobre todo por apoyarme en este día, los quiero mucho mucho, no hace falta nombrarlos, porque ustedes saben quiénes son.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO 1. HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.....	6
1.1. Desarrollo de la psicología clínica a partir de las guerras mundiales.....	7
CAPÍTULO 2. PROCESOS INTERPERSONALES EN LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.....	10
2.1. Psicodinámico.....	10
2.2. Humanismo.....	13
2.3. Conductismo.....	15
2.4. Cognitivo Conductual.....	17
CAPÍTULO 3. CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.....	21
3.1. Competencias del terapeuta.....	21
3.2. Características del paciente.....	27
3.3. La relación terapéutica.....	29

CAPÍTULO 4. ENSEÑANZA DE LA PSICOLOGÍA.....	31
4.1. Desarrollo y enseñanza de la psicología en México.....	33
4.2. Enseñanza de la psicología en la UNAM.....	36
4.3. La FES Zaragoza como escenario de enseñanza.....	39
4.4. La percepción del psicólogo durante su formación profesional.....	43
CAPÍTULO 5. LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE EN LA TERAPIA PSICOLÓGICA.....	48
5.1. Experiencia del paciente en la terapia psicológica.....	52
5.2. Definición de experiencia.....	51
5.3. Investigaciones acerca de experiencia de la terapia psicológica.....	54
CAPÍTULO 6. MÉTODO.....	62
6.1. Planteamiento del problema.....	62
6.2. Objetivo general.....	64
6.2.1. Objetivos específicos.....	65
6.3. Muestra.....	65
6.3.1. Criterios de inclusión.....	65
6.3.2. Criterios de exclusión.....	66

6.4. Características de los participantes.....	67
6.5. Procedimiento.....	70
6.6. Aspectos éticos del estudio.....	74
CAPÍTULO 7. RESULTADOS.....	76
7.1. Experiencia del papel del terapeuta.....	78
7.2. Experiencia del paciente, de sí mismo.....	84
7.3. Experiencia de la relación terapeuta-paciente.....	93
CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN.....	101
CONCLUSIONES.....	109
REFERENCIAS.....	112
APÉNDICES.....	123
1. Esquemas de la clínica.....	124
2. Guía de entrevista.....	126
3. Consentimiento informado.....	130
4. Tablas de categorías.....	132
5. Mapa relación de las categorías.....	147

RESUMEN

La terapia psicológica, desde cualquier enfoque teórico comprende al menos tres componentes: el psicólogo, el paciente y la relación entre ambos, el objetivo en común es el éxito de la intervención que se alcanza cuando el usuario determina que su malestar ha disminuido o se ha eliminado, para lograrlo, la responsabilidad cae en las variables de sus dos actores; de manera particular, las competencias del terapeuta son un elemento clave para completar satisfactoriamente la intervención, las cuales adquiere en su mayoría durante su formación profesional.

Por ello, en la Facultad de Estudios Superiores (FES) Zaragoza la carrera de psicología establece la enseñanza por competencias, lo cual es factible cuando los estudiantes realizan sus prácticas terapéuticas en las clínicas universitarias, indagar sobre este tema aportaría información acerca de las habilidades que han adquirido los estudiantes, mismas que utilizan durante la terapia y ayudan a optimizar sus resultados. En este sentido el objetivo de este trabajo fue conocer las experiencias de un grupo de pacientes que recibieron atención psicológica cognitivo conductual en la clínica “Aurora” de la FES Zaragoza, para describir las competencias de los psicólogos en formación, la relación terapeuta-paciente y el logro de objetivos terapéuticos. Por tal motivo, se entrevistaron a cinco usuarios que fueron atendidos por estudiantes que cursaban el área de psicología clínica y de la salud en el octavo semestre y prestadores de servicio social pertenecientes a la misma facultad, inscritos en el programa “Formación de terapeutas conductuales en psicología clínica y de salud”. Las entrevistas fueron analizadas siguiendo los principios del método de la Teoría Fundamentada de Strauss y Corbin (2002) y con el apoyo del software *ATLAS.ti* versión 7. Del análisis se

desprendieron tres categorías, que en su conjunto representan el fenómeno estudiado: 1) experiencia del papel del terapeuta; 2) experiencia del paciente, de sí mismo; 3) experiencia de la relación terapeuta-paciente.

Los resultados permiten discernir que en general los usuarios se llevaron una experiencia agradable del servicio, debido a que lograron alcanzar sus objetivos terapéuticos y establecieron una adecuada relación de trabajo con su terapeuta. Respecto a las competencias, se identificó que los estudiantes usan aquellas de tipo: teórico-metodológicas y sociales, las cuales favorecen el éxito de la terapia y al vínculo terapéutico, de igual manera se halló que también influyeron positivamente las actitudes en los psicólogos y del usuario. De manera adicional, se señalan algunas sugerencias de investigación y se propone continuar la enseñanza de competencias, así como fomentar actitudes favorables en los estudiantes durante su trayectoria escolar con el propósito de enriquecer su formación profesional.

Palabras clave: *terapia cognitivo conductual, experiencia del paciente, relación terapéutica, competencias, formación profesional.*

INTRODUCCIÓN

Desde sus inicios en México, el interés por estudiar psicología ha aumentado hasta convertirse en una de las cinco licenciaturas con mayor matrícula de estudiantes en el país (Guzmán y Núñez, 2008), de manera particular, en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) la carrera ocupa el tercer lugar de demanda y el primero en la FES Zaragoza. A su vez el área clínica se ha posicionado como una de las más preferidas entre los estudiantes y profesionales, dentro de sus actividades destaca la psicoterapia como una alternativa laboral para dedicarse después de egresar (Esparza y Blum, 2009 Vargas, Ibáñez y Landa, 2011). Sin embargo, la deserción de los pacientes es un problema que acorta el trabajo de los terapeutas, dentro de las causas que se han identificado, la percepción de poca mejoría ha sido uno de los principales factores que ocasionan el abandono (Magaña y Torres, 2012; Reyes, Weldt, Mateluna y Almarza, 2005; Saucedo, Cortés, Salinas y Berlanga, 1997; Torres y Lara, 2002;)

Al respecto, la literatura sustenta que una medida para disminuir esta situación, es que los terapeutas requieren tener ciertas competencias: teóricas, prácticas, metodológicas e interpersonales para cumplir con su tarea las cuales son aprendidas durante su formación profesión (Ibáñez, Vargas, Landa y Olvera, 2011).

En el caso de la FES Zaragoza, los alumnos de psicología que cursan el área clínica tienen la oportunidad de realizar prácticas con la intención de consolidar el aprendizaje adquirido en las aulas en los momentos de brindar atención psicoterapéutica a las personas que acuden a solicitarlo en las Clínicas Universitarias de Atención a la Salud (CUAS). La relevancia de esta labor consiste en trasladar las

competencias a escenarios reales, pero en ocasiones los estudiantes no se encuentran preparados para atender y cubrir con las demandas de los pacientes los cuales en ocasiones llegan a abandonar el servicio. A lo anterior se suma los datos presentados por Ortega y Quintero (2011), Jiménez y Trujillo (2014), Verdín y Pérez (2010) quienes reportan los siguientes puntos: 1) algunos alumnos consideran que las actividades y las evaluaciones en las clínicas han sido descuidadas, 2) no tuvieron la oportunidad de atender pacientes y 3) egresados de la carrera identifican que tienen pocas competencias para desempeñarse profesionalmente.

Al respecto dentro de la facultad existen talleres para fortalecer las habilidades psicosociales de los estudiantes, así mismo, programas para optimizar la enseñanza de competencias prácticas (FES Zaragoza, 2010). Como el proyecto de investigación PAPIME 301415 que tiene por nombre: “Mejoramiento de la enseñanza de habilidades prácticas en estudiantes de la psicología clínica y de la salud. Una estrategia multimedia de entrenamiento” diseñado con el propósito de investigar acerca del tema y de ser pertinente generar acciones que promuevan el alto desempeño de los alumnos en el ámbito clínico.

Por lo tanto, este trabajo representa una aproximación inicial para identificar y describir las competencias que poseen los psicólogos en formación, su vinculación con la relación terapeuta-paciente y con el logro de objetivos terapéuticos. Se espera que por la naturaleza cualitativa del estudio aporte información para mejorar la atención de los usuarios.

Tomando en consideración lo anterior, el trabajo se organizó en ocho capítulos, con la finalidad de brindar un panorama general acerca del fenómeno estudiado, el primero relata la historia de la psicología clínica, el segundo describe los procesos de interacción en terapia con base al modelo de intervención que pertenece el terapeuta, el tercera se enfoca en señalar las peculiaridades de la relación terapéutica en el enfoque cognitivo conductual, mientras que en el cuarto trata de la enseñanza de la psicología en México, específicamente en la UNAM, asimismo se retoman algunas investigaciones referentes al tema. En el quinto se presenta el estudio de la experiencia terapéutica, en el sexto se expone el planteamiento del problema, la justificación y los objetivos que guiaron este estudio, de igual manera se describen las características de los participantes para finalizar con el procedimiento, siguiendo con los resultados que se presentan en el capítulo séptimo, para terminar con el capítulo ocho en donde se manifiestan las discusiones seguidas de las conclusiones.

CAPÍTULO 1. HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

La historia de la psicología clínica, se ve trazada por una serie de acontecimientos relacionados a otras disciplinas de la salud y a las circunstancias sociales que emanaron a finales y principios del siglo XX, época en donde se localiza el inicio de la nueva disciplina. Dentro de las aportaciones del campo de la medicina, se distingue el movimiento de higiene mental que promovía la instauración de mejoras en el cuidado y el tratamiento de las personas con trastornos mentales, de igual manera se construyeron clínicas con la intención de prevenirlos en etapas tempranas del desarrollo.

Por su parte, la psicología de aquel entonces, enfocaba su campo de estudio en los procesos perceptivos y sensoriales. La mayoría de los futuros psicólogos iban a estudiar en el laboratorio de Leipzig, Alemania que dirigía Wundt, el fundador de la psicología experimental. Entre sus discípulos se encontraba un joven llamado Lightner Witmer, quien al concluir su doctorado regresó a Estados Unidos, donde fue solicitado para trabajar con un adolescente que manifestaba dificultades en deletrear y reconocer palabras (Garfield, 1979).

Witmer evaluó la situación del joven y diseñó un programa de intervención para mejorar su lectoescritura, a partir del éxito que tuvo al trabajar con él, inauguró en la Universidad de Pennsylvania la primera clínica psicológica, dedicada a atender niños con dificultades en el aprendizaje, asimismo publicó la primera revista especializada en psicoterapia, e inició la formación de psicólogos en la nueva área; por todos sus méritos y contribuciones es considerado el fundador de la psicología clínica, a partir de estos

hechos, en 1919 se estableció la sección 12 de psicología clínica dentro de la American Psychological Association (APA), con el objetivo de ayudar a las personas a solucionar sus problemas (Garfield, 1979; Phares, 1999).

1.1. Desarrollo de la psicología clínica a partir de las guerras mundiales

Posterior a estos eventos, la evolución de la psicología clínica se distingue por la inserción y concentración de los psicólogos en cuatro actividades: evaluación, diagnóstico, intervención e investigación. Dentro de la evaluación se destacan las contribuciones de Simmon y Binet por haber diseñado la primera escala de inteligencia, que a su vez formó las bases para la construcción de otros instrumentos psicométricos que valoran habilidades cognitivas, la personalidad y las aptitudes (Garfield, 1979; Phares, 1999).

Con el advenimiento de ambas guerras mundiales, las baterías psicológicas comenzaron a emplearse con el fin de seleccionar militares para los frentes de batalla, sin embargo, entre las principales causas de rechazo se encontraban los trastornos emocionales, ante esa situación el gobierno de Estados Unidos asignó médicos y enfermeras al cuidado de ellos y de la población afectada por la guerra, no obstante, el personal sanitario no cubría con tal demanda, por lo tanto se solicitó el apoyo de psicólogos, ese escenario les dio la oportunidad de desempeñarse en las actividades de diagnóstico e intervención y poco a poco dejaron de ser solo evaluadores (Phares, 1999).

A consecuencia de la segunda guerra mundial, la humanidad había quedado devastada, una de las necesidades era la superación del estrés postraumático, así

como otros malestares emocionales que aquejaban a la población; por lo tanto se concentró un grupo de psicoterapeutas para realizar intervenciones a los veteranos de guerra. Conforme se involucraba más el psicólogo clínico en actividades del campo de la salud mental, la terapia individual fue empoderándose como su principal actividad de trabajo, además se crearon las modalidades de terapias grupales, familiares y de pareja (Phares, 1999).

Para entonces, la investigación se centraba en explicar la personalidad y en describir las variables que influían en el comportamiento humano normal y anormal. Por su parte, Hans Eysenck se dedicó a investigar la eficacia de las terapias, al finalizar su trabajo concluyó que en su mayoría no tenían los resultados que se esperaban, esta publicación impulsó a la creación de diversos métodos de intervención, de igual forma permitió la incorporación progresiva de la psicoterapia en ambientes hospitalarios, jurídicos, comunitarios y educativos. Para 1970 era un área totalmente sólida, que continuaba creciendo. Durante las siguientes dos décadas se contabilizó 117 programas de doctorado abalados por la APA, en donde proponían el entrenamiento de terapeutas con el objetivo de responder a las demandas sociales y la enseñanza se centraban en los principios científicos de la disciplina.

A partir de ahí hasta la actualidad, la psicología clínica se define como un área aplicada de la psicología, designada a la investigación, evaluación y tratamiento de problemas, así como de trastornos psicológicos que llegan a manifestar los seres humanos a lo largo de su vida, el papel del terapeuta es generar en los pacientes un funcionamiento más adaptativo, con el objetivo de reducir su malestar (Phares, 1999).

Para lograr dicha tarea, el psicólogo se rige bajo un modelo teórico de intervención que funciona como guía para ejercer su labor y descifrar la problemática del paciente, de igual manera intervienen en la interacción entre terapeuta y paciente. Con el objetivo de ahondar más acerca del tema en el siguiente apartado se recopilan y describen algunos de ellos.

CAPÍTULO 2. PROCESOS INTERPERSONALES EN LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Las teorías y procedimientos para la atención psicológica son diversos, sin embargo, el escrito solo aborda cuatro de los primeros modelos que se establecieron como pioneros, rescatando sus bases epistemológicas, sus interpretaciones del origen de los problemas psicológicos y su peculiar manera de abórdalos, enfatizando en el papel del psicólogo, así como en las características de la situación terapéutica.

El propósito de las teorías explicativas del comportamiento es guiar al psicólogo en su procedimiento de trabajo, además determina las técnicas de intervención que utilizará. De esta manera, las teorías aceptadas en psicología deben cumplir con los siguientes criterios (Compas & Gotlib, 2003):

- a) Los conceptos básicos son internamente consistentes y lógicos, además permiten ofrecer una explicación parsimoniosa de los problemas.
- b) Se basan en la investigación empírica para crear hipótesis que puedan ser comprobadas o refutadas.
- c) Tienen la capacidad de aplicarse a diversos casos.

2.1. Psicodinámico

El modelo psicodinámico fue el primero en explicar los problemas psicológicos y en establecer las bases de la psicoterapia; por consiguiente fue tomado como referencia para el desarrollo de las demás aproximaciones teóricas, ya que en su

mayoría retoman algunos fragmentos de su postura o proponen una ideología opuesta (Compas & Gotlib, 2003).

Surgió del modelo médico como una alternativa para curar la histeria de conversión (parálisis de extremidades), en su labor de neurólogo Freud, consideraba que los tratamientos disponibles no eran los adecuados para los pacientes con esa enfermedad. Motivo que lo llevó a estudiar la hipnosis, sin embargo, observó que los síntomas disminuían únicamente cuando los pacientes se encontraban en estado hipnótico (Fontana, 2001).

A partir de esos hallazgos, estableció la hipótesis de que algunos malestares tenían origen psíquico a causa de acontecimientos traumáticos vividos en la infancia y se manifestaban como dolencias orgánicas. Renunció a la hipnosis como tratamiento, para formular una terapia basada en la libre asociación de ideas, la intervención consistía en que la persona fuera consciente del material desconocido que origina su problema almacenado en una estructura psíquica que llamó inconsciente (Fontana, 2001).

Para ello el paciente se posicionaba en un diván y el psicoanalista se colocaba en un lugar fuera de su campo visual con la finalidad de no causarle distracciones. Además Freud consideraba que la relación terapéutica era esencial para el progreso del paciente, motivo por el que promovía construir una relación armoniosa pero sin rebasar los límites de la consulta; denominó transferencia a las actitudes y sentimientos que tenía el usuario sobre el analista, a su vez, la clasificó en dos posturas: positiva y negativa. Transferencia positiva es cualquier derivación del amor ya sea, cariño,

amistad, ternura. Mientras que transferencia negativa son las manifestaciones de odio, hostilidad, resentimiento, envidia entre otros. De manera similar, nombró contratransferencia a los sentimientos que posee el psicoanalista hacia su paciente, mismos que deben ser identificados y controlados por parte del terapeuta ya que podrían interferir negativamente en su capacidad de analizar la situación desde una postura imparcial.

Del mismo modo, definió el papel del psicoanalista como aquel que escucha de forma cuidadosa y atenta sin guiar las verbalizaciones del analizado, debe de mostrarse neutral al momento de analizar el material inconsciente, no debe satisfacer las demandas del paciente, no lo consuela o lo apacigua, no le da consejos, no manifiesta prohibiciones, no trata de comportarse agradable y no le hace insinuaciones de ningún tipo porque puede interferir en el proceso de análisis (Compas & Gotlib, 2003).

Este procedimiento fue modificado por algunos alumnos de Freud como Adler y Jung cuando abandonaron el método y la teoría ortodoxa para crear sus propias terapias psicodinámicas, denominadas así por los cambios realizados. En el caso de Adler fue el primero en utilizar sillas permitiendo el contacto visual entre terapeuta y paciente, en incluir la cordialidad y amabilidad en el trato, en dar retroalimentaciones, emplear el humor en las sesiones y asignar tareas fuera de la terapia (Feixas y Miró, 1993).

De igual manera, el proceso terapéutico de Jung existe la confrontación del paciente para que identifique aspectos desconocidos de su personalidad, los acepte o modifique. El terapeuta puede dar consejos, tareas, interpretaciones e indicaciones, es

expresivo, amable, promueve roles activos para ambas partes permitiéndoles mantener comunicación abierta y recíproca.

En general, durante la formación psicodinámica, es común que el terapeuta acuda a terapia de análisis, al mismo tiempo se promueve que adquiera habilidades de: comunicación, escucha, análisis, interpretación, asimismo, aprenderá a formar una relación favorable con el paciente. Por último es pertinente mencionar que la enseñanza también será influida por el enfoque psicodinámico al cual pertenezca la escuela y que su estudio lo pueden hacer tanto psicólogos como psiquiatras (Feixas y Miró, 1993).

2.2. Humanismo

Es considerada la tercera fuerza dentro de las terapias psicológicas, su fundamento es opuesto a los paradigmas psicodinámicos y conductistas, como su nombre lo indica, el humanismo hace énfasis en las virtudes y autorrealización del ser humano. Mantiene los supuestos que todos los hombres son bondadosos por naturaleza, actúan en función de sus emociones, sentimientos, así como de la percepción interna que tienen del ambiente (Compas & Gotlib, 2003).

El enfoque retomó los principios de la filosofía fenomenológica, que explica la comprensión del humano desde las construcciones subjetivas que tiene de sí mismo y del mundo; también adoptaron el pensamiento de Williams James acerca de la construcción de experiencias por medio de las vivencias personales (Feixas y Miró, 1993).

En el ámbito clínico, su máximo representante es Carl Rogers, quien desarrolló la teoría del yo, con la finalidad de explicar el concepto que tienen las personas de sí mismas, del cual se desprende el yo ideal (lo que desearía ser) y el yo real (capacidades y debilidades), la discrepancia entre el yo ideal y el yo real determina el sufrimiento emocional e insatisfacción del humano dando origen a los problemas psicológicos (Feixas y Miró, 1993).

En función a sus conjeturas, diseñó la terapia centrada en el cliente a diferencia de otras, esta no tiene un método como tal, el único objetivo es que el cliente conozca y acepte la constitución de su yo. Para ello el terapeuta entabla con el cliente un trato de confianza, por medio del respeto y la aceptación de sus características personales, asimismo se esfuerza por entender su problema haciéndolo sentir comprendido; de manera semejante, su actitud se caracteriza por ser amable, sincera, no emite juicios de valor, tampoco impone su opinión, no dirige las sesiones y deja que el paciente las guíe porque él conoce mejor su malestar (Rogers, 2000).

Rogers consideraba que el principal recurso es la habilidad del terapeuta para generar una relación de confianza con el cliente y acompañarlo en su proceso de cambio que dependerán en gran parte por el vínculo entre ambas partes, este hallazgo ha sido una de las influencias más representativas del humanismo a otros modelos terapéuticos que han adherido la empatía dentro de la relación psicólogo paciente. Los psicólogos con inclinación por la terapia humanista, principalmente desarrollan sus habilidades de escucha, de igual manera aprenden técnicas de comunicación para ayudar a los clientes a entender sus vivencias y sentimientos (Compas & Gotlib, 2003).

2.3. Conductismo

El positivismo como una concepción epistemológica influyó en todas las ciencias y la psicología no fue la excepción, esto propició el surgimiento de una postura que se caracteriza por tener como objeto de estudio algo observable, medible y cuantificable. La conducta, que cumplió con tales requisitos se convirtió en el eje de estudio de este paradigma llamado conductismo. Fue fundado por John Watson en 1913 al publicar su escrito “manifiesto conductista” (Greenwood, 2010).

A partir de entonces, el conductismo se desarrolló en tres etapas: 1) el conductismo de Watson, 2) el neoconductismo de Tolman y 3) el conductismo radical de Skinner. El primer periodo inicia en 1913, con la publicación de Watson, a partir de entonces buscó consolidar una psicología científica, donde deja atrás la introspección descartando completamente la conciencia y los estados mentales para centrarse en desarrollar una ciencia del comportamiento basada en la observación y el aprendizaje (Greenwood, 2010).

La postura de Watson estaba influida por la reflexología Rusa especialmente por los trabajos de condicionamiento clásico de Pavlov, que explica la adquisición de conductas por medio del apareamiento de estímulos neutros e incondicionados para producir una respuesta determinada; otro hecho imprescindible fueron los trabajos de Thorndike, al estudiar que las conductas se aprendían, bajo esta perspectiva toda conducta normal o anormal era adquirida a partir del aprendizaje y es modificable por el mismo proceso. Con dichos antecedentes Watson elaboró “el principio de contigüidad” al determinar que la conducta se explica por medio de cadenas de estímulos y

respuestas, describió la consolidación de hábitos e inicio junto con Rayner la terapia conductual al condicionar a un niño a temerle a una rata (Kazdin, 1996).

Cuatro décadas después, Tolman retomó las explicaciones de la conducta observable pero en contraposición a Watson asumió que entre el estímulo y la respuesta existía otra variable que hace alusión al organismo, en ella se involucran los procesos mentales del sujeto, asimismo, explicó que el comportamiento era dirigido intencionalmente hacía metas. Por algunos años fueron aceptadas sus propuestas, sin embargo, se despojaron con la llegada del conductismo radical de Skinner (Tortosa, 2000).

Inspirado por los escritos de Watson y Pavlov, Skinner estudió psicología en la Universidad de Harvard, desarrolló el principio del condicionamiento operante junto con el análisis experimental de la conducta que establecen la relación de tres variables: Estímulo(E) → Respuesta(R) → Consecuencia(C), se entiende por estímulo a cualquier acontecimiento del medio que acciona en el sujeto una determinada respuesta (conducta), dicha conducta traerá consigo una consecuencia; las consecuencias son percibidas por el sujeto como positivas o negativas (Anguiano et al., 2013). Las positivas producen un aumento en la frecuencia de la respuesta mientras que la negativa hará que se reduzca su emisión (Tortosa, 2000).

De sus planteamientos desprendió la aplicación teórica en técnicas de modificación conductual; a partir de 1950 el término: terapia de conducta, era utilizado por tres grupos: Skinner en Estados Unidos con la aplicación del condicionamiento operante en enfermos psicóticos, Lazarus en Sudáfrica para indicar la aplicación de la

metodología científica en psicoterapia y Eysenck en Inglaterra para nombrar a las terapias con base en las teorías del aprendizaje, condicionamiento clásico y operante (Wolpe, 1981).

El conductismo fue aceptado por la comunidad científica, tuvo su mayor apogeo con Skinner y se utilizó en distintas disciplinas, sin embargo, entre los años sesentas y setentas las teorías conductuales comenzaron a recibir constantes críticas haciendo que fuera declinando, este periodo preparó el camino para la terapia cognitivo conductual.

2.4. Cognitivo Conductual

El modelo cognitivo conductual surgió por la integración de la terapia conductual y las terapias cognitivas. Esta unión fue el resultado de la limitación del paradigma conductista para explicar el comportamiento y la expansión del modelo cognitivo, a este hecho en 1968, se organizó un simposio en la APA para incorporar constructos cognitivos en los procedimientos terapéuticos conductuales (Goldfried, 1996). Simultáneamente a este evento, la revolución cognitiva conceptualizaba al individuo como un constructor activo de su experiencia, con capacidades de procesar, almacenar y recobrar información.

En cuanto, a las terapias cognitivas se fundamentan en la filosofía estoica, especialmente en los escritos de Epicteto que afirman el origen del sufrimiento humano a consecuencia de las interpretaciones que hacen las personas de los sucesos más que por estos mismos. También retoman los principios de los empiristas ingleses Hume y Locke, quienes propusieron que las emociones se derivan de la agrupación de ideas.

Además, una de las influencias más representativas fue la de Adler referentes a la formación de esquemas primarios (creencias adquiridas en la infancia) y secundarios (creencias adquiridas durante etapa de socialización). Los esquemas dirigen el comportamiento del individuo, pero cuando hay discrepancias entre ellos, la persona tiende a imponer y perseguir sus metas de manera rígida generando problemas psicológicos (“Manual de psicoterapia cognitiva”, 1992).

Las primeras terapias cognitivas surgieron con los trabajos de Albert Ellis y Aaron Beck, ambos de orientación psicodinámica, abandonaron el enfoque al no estar conformes con los tratamientos, así como al observar que los pacientes no tenían mejorías significativas y en su mayoría referían tener pensamientos como los descritos por Epicteto y Adler.

Bajo esas circunstancias, Ellis formuló la terapia racional para capacitar a los usuarios a reconocer y modificar sus interpretaciones e ideas erróneas que no le ayudaban a solucionar su problema, después la llamó terapia racional emotiva al definir que las emociones eran productos del pensamiento, finalmente la cambió a terapia racional emotiva conductual cuando determinó que también el comportamiento era influido por las ideas. Además enlistó las ideas erróneas más frecuentes y propuso el modelo ABC para sus intervenciones terapéutica, donde A son los acontecimientos activadores, B son las creencias de A y C son las consecuencias emocionales, conductuales e interpretativas, el objetivo es la identificar y modificar B a través de técnicas como el debate de ideas, con el propósito de sustituirlas por unas más adaptativas que le ayuden a cambiar sus conductas (Anguiano et al., 2013).

De manera similar, Beck identificó y clasificó las creencias que manifestaban sus pacientes con depresión, elaboró la teoría cognitiva de la depresión y planteó un modelo de intervención, al que nombró terapia cognitiva de la depresión que más tarde adaptó a otros problemas psicológicos, su método terapéutico es similar al de Ellis, debido a que plantea enseñar a los pacientes a identificar sus distorsiones cognitivas para debatirlas, eliminarlas o modificarlas por otras que no le genere malestar, con la ayuda del diálogo y el registro de pensamientos junto con técnicas conductuales, que producirán un cambio a nivel cognitivo y conductual (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983).

De manera casi paralela, se habían publicado los hallazgos de Rotter y Bandura, donde explicaban la consolidación del aprendizaje por medio de la observación y la imitación. La incorporación progresiva de las terapias cognitivas con las conductuales, dio paso a transformar la premisa del comportamiento determinado por el medio e incorporar la hipótesis: el individuo produce activamente su conducta. A partir de los años setentas la terapia cognitivo conductual se había formado como un nuevo modelo de intervención terapéutico que fue abriéndose paso, gracias a la manera integral de visualizar la adquisición de soluciones a los problemas, a la creación de más técnicas de intervención, así como a su adaptación en el tratamiento de diversas problemáticas (Ruiz, Días y Villalobos, 2012).

En general la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), es un procedimiento dinámico, estructurado, directivo y breve, tiene el objetivo de modificar los pensamientos y los comportamientos de la persona atribuidos al problema, involucra tres componentes: el paciente, el terapeuta y la relación terapéutica. El paciente toma

un papel activo debido a la que practica las técnicas, comparte sus pensamientos, opiniones y sentimientos. Mientras que el terapeuta es visto como un guía que plantea un modelo explicativo sencillo tanto del motivo de consulta como del comportamiento del usuario; de igual forma, lo entrena en las técnicas que le ayudaran a solucionar el conflicto, asimismo, durante la intervención se forma una relación entre ambos actores la cual se compone de diversas variables que influyen en el éxito terapéutico, mismas que se describirán en la sección que continua.

CAPÍTULO 3. CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

Este capítulo recopila las propiedades que se han documentado influyen de manera positiva o negativa en el establecimiento del vínculo terapéutico y en la TCC. Por lo tanto, en primer lugar se describen las competencias del terapeuta, así como algunas de las características del paciente que están presentes durante la intervención, de manera semejante se presenta la definición de la relación terapeuta-paciente y sus componentes. Antes de continuar, es importante mencionar que aunque el contenido se enfoca en un solo modelo teórico, hay características que también están presentes en otras modalidades de terapias.

3. 1. Competencias del terapeuta

Antes de iniciar con la descripción de las competencias del terapeuta, es primordial mencionar su definición. De acuerdo con el Código Ético del Psicólogo, quien ejerza el rol del terapeuta debe tener educación y entrenamiento en psicología como en las técnicas de intervención que emplea. En el caso de los psicólogos en formación deben ser supervisados y guiados por un profesional que asume la responsabilidad de tales intervenciones. De manera adicional, durante las mismas debe de mostrar los siguientes criterios: mantener la confidencialidad, procurar el bienestar del usuario, informarle acerca de los aspectos relacionados con la orientación teórica, el procedimiento y los propósitos de la intervención (Sociedad Mexicana de Psicología, 2013).

Particularmente en la TCC, su papel consiste en enseñar y entrenar al usuario para que aprenda a modificar los pensamientos y las conductas que mantienen su problema. Para cubrir con su rol, al igual que otras disciplinas se requiere que posea competencias que le permitan desenvolverse y hacer su trabajo de manera satisfactoria, de acuerdo con Ribes (2006) una competencia necesita conocimientos, habilidades y aptitudes. Ser competente incluye ser hábil y apto para ajustar el comportamiento de acuerdo a la situación, a los criterios de eficacia actuales y previos, ser apto indica emplear ciertas habilidades y otras no. En la práctica psicológica, ser competente es organizar tanto las habilidades como las aptitudes para cumplir con el objetivo de la atención terapéutica.

Adicional a ello, autores como Esparza y Blum (2009) e Yáñez-Galecio (2005) coinciden que es indispensable tener conocimientos para realizar las actividades de: evaluación, investigación, diagnóstico e intervención. Por su parte Barraca (2009); Ibáñez et al. (2011) y Vargas et al. (2011) mencionan que deben tener las siguientes competencias y habilidades:

- ❖ Teóricas y metodológicas: Engloba los conocimientos acerca de la psicología en general, la aplicación de la metodología científica al campo clínico, los principios, el procedimiento y las técnicas de la terapia cognitivo, así como su explicación del motivo de consulta. Para Ruiz (1998) las habilidades cognitivas son descritas como aquellas que además de poseer información ayudan al terapeuta a discriminar de entre toda, cuál es pertinente elegir para entender y tratar al paciente.

❖ Técnicas: consisten en detectar, evaluar, diagnosticar, planear, diseñar y aplicar un programa de intervención, además el terapeuta debe discriminar en que problemáticas y pacientes son viables las técnicas y en cuáles no.

❖ Interpersonales: son las características de personalidad del terapeuta que determinan su estilo personal de guiar la terapia independiente del enfoque de trabajo y los requerimientos solicitados del mismo. Parte de este conjunto son las habilidades sociales, descritas como grupos de conductas emitidas por una persona para expresar sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos salvaguardando lo suyos y respetando a los demás. Requieren de conductas verbales, no verbales, cognitivas y afectivas para identificar las demandas del contexto, elaborar soluciones, auto-monitorear y auto-evaluar el desempeño, de igual forma el estado fisiológico debe ser relajado y el comportamiento es acorde a la situación (Caballo, en Gallegos 2008).

Aunado a lo anterior, Rivadeneira, Dahab y Minici (2007), Yáñez-Galecio (2005), indican que dentro de las competencias sociales se encuentran los siguientes componentes: expresarse asertivamente, dar retroalimentaciones, emplear un lenguaje de respeto y cordialidad, modular el volumen de voz, así como la entonación de las palabras, adoptar una postura física y expresión facial relajada, además de ajustarla comunicación a la edad, la cultura y los valores del paciente. En la práctica clínica, las habilidades sociales se encuentran en todo el proceso terapéutico (entrevista, intervención, retroalimentación, confrontación, entre otras) y han demostrado ser fundamentales para establecer una óptima comunicación, misma que facilita desarrollar una adecuada relación con el paciente, que a su vez, se ha sustentado se relaciona con

el logro de objetivos (Cruzat, Aspillar, Torres, et al., 2010; Santibáñez, Román & Vinet, 2009).

Las investigaciones al respecto, afirman que las habilidades sociales han demostrado ser unas de las más importantes que debería tener el terapeuta porque les permite emitir conductas verbales y no verbales adecuadas a la situación, además al ser habilidades de interacción ayudan a formar una adecuada relación terapéutica (Vargas et al., 2011). Bajo esas premisas, los trabajos de Gallegos (2008); Gallegos (2009); Del Prette, Del Prette y Mendes (1999) se han dedicado a construir e implementar programas de entrenamiento en asertividad a estudiantes universitarios y de psicología con fines de desarrollar un comportamiento social hábil en los futuros profesionistas.

Relacionado a este tema, autores como Beck et al. (1983); Ellis (1989) y Comier & Comier (en Ibáñez et al., 2011) han mencionado que el terapeuta debe poseer algunas características y habilidades que le faciliten establecer una adecuada relación terapéutica como:

a) Empatía, se define como la capacidad del terapeuta para entender a las personas desde su peculiar marco de referencia. Lo puede hacer comunicando al usuario expresiones referentes a su manera de percibir los eventos, mostrar interés por comprenderlo, al mismo tiempo que trata de identificar las ideas que tiene relacionadas al problema.

b) Autenticidad, se refiere a la sinceridad que expresa el terapeuta al paciente.

c) Aceptación, comprende las muestras de respeto e interés del terapeuta hacia las características personales del paciente y su problema.

d) Humor, es considerado un recurso que el terapeuta emplea para disminuir la excesiva seriedad consignada a la visión de los problemas o a la terapia.

e) Flexibilidad, se refiere a la capacidad del terapeuta para adecuar la terapia a cada paciente y caso, dejando a un lado la rigidez del manual.

Además de las habilidades mencionadas en los párrafos anteriores, Alcázar (2007); Laborda y Rodríguez (2005); Ospina (2008); Santibáñez et al. (2008) y Winkler, Cánceres, Fernández y Sanhueza (1989) han investigado la presencia de “variables inespecíficas” las cuales interfieren de manera favorable o negativa en la relación psicólogo paciente, de igual manera indican que a ellas se les atribuye parte del éxito terapéutico, mismas que se enlistan en la tabla 1.

Tabla 1. Variables inespecíficas del terapeuta presentes en psicoterapia

Variables del terapeuta	
Actitudes que facilitan el cambio	Mostrar comprensión, amabilidad, aceptación y respeto hacia el usuario. Motivarlo a mejorar, no criticar, no juzgar y no reaccionar emocionalmente frente a las provocaciones, mostrarse como un guía, promover un contexto cálido, asegurar el establecimiento de una adecuada relación terapeuta.
Habilidades	Entender, escuchar, confrontar, interpretar, informar, empatía, concluir la terapia.
Personalidad	Objetividad, inteligencia, seguridad, integridad, paciencia, creatividad y capacidad de establecer una relación terapéutica.
Demográficas	Género, etnia, clase social, apariencia física y edad, (a mayor edad más experiencia y empatía).
Actitudes no deseadas	Impaciencia, autoritario, inseguridad, expresión emocional, confrontación agresiva, impulsivo, nervioso, prepotente, distraído, pedir exigencias de cambio, transmitir información errónea del problema

Nota: Elaboración propia con base a (Alcázar, 2007; Laborda y Rodríguez 2005; Ospina, 2008; Santibáñez et al., 2008; Winkler et al., 1989).

Al respecto, Ruiz (1998), menciona que su efectividad recae en su habilidad de ajustarlas a cada paciente, es decir, el terapeuta debe cuidar no caer en los extremos como: mostrarse muy empático, ni muy indiferente.

3.2. Características del paciente

Es la persona que en la mayoría de los casos busca en la terapia psicológica un medio que le indique cómo resolver uno o varios problemas que le ocasiona malestar, generalmente acude a terapia cuando se siente o está insatisfecha con aspectos de su comportamiento, cuál sea el motivo, lo esencial es que el individuo toma el rol del usuario cuando acude con el psicólogo como profesional (Pérez, 1988).

El papel que adopta dentro de la TCC se caracteriza por ser dinámico debido a que tiene la libertad de expresar sus opiniones, pensamientos, así como sus sentimientos, de igual forma, trabaja junto con el terapeuta en el aprendizaje de técnicas para modificar los pensamientos y conductas relacionadas con su problema, con ello también adquiere otras habilidades para solucionarlo (Anguiano et al., 2010).

Durante la intervención al igual que el terapeuta, el paciente trae consigo algunas variables que se han identificado sirven como facilitadores u obstáculos en la formación de una adecuada relación de trabajo con el psicólogo, así como en la predicción del resultado terapéutico, de manera particular Santibáñez et al. (2008) y Winkler et al. (1989) reportan que debido a la pluralidad de cada paciente resulta difícil establecer factores comunes, sin embargo, han recopilado las siguientes particularidades que se citan en la tabla 2.

Tabla 2. Variables inespecíficas del paciente presentes en psicoterapia

Variables del paciente	
Demográficas	Género, edad, los jóvenes son más flexibles en la terapia o tienen menos costumbres arraigadas, nivel socio económico y grado de escolaridad, si las dos últimas son elevadas hay mayor probabilidad de permanencia en la terapia.
Personalidad	Inteligencia, flexibilidad, introvertido o extrovertido. Determinan el nivel de productividad verbal.
Dimensión del problema	Complejidad de los síntomas, tipo y severidad de problema.
Expectativas	Intervienen favoreciendo o afectando aspectos de la terapia como la duración, los beneficios que puede obtener, la deserción, el logro de objetivos y el rol del terapeuta.
Disposición personal	Motivación, establecer metas y acudir voluntariamente. Ayuda a aumentar la cooperación del paciente.

Nota: Elaboración propia con base a (Santibáñez et al., 2008; Winkler et al., 1989).

Mismos autores sustentan que la combinación de algunos factores como: expectativas positivas, motivación, disposición personal y un nivel socio económico estable determinan la adherencia del paciente a la terapia. De manera semejante, Hill (2005), Corbella, Fernández, Saúl, García y Botella (2008) e Ibáñez et al. (2011) indican

que la relación terapéutica, es uno de los principales elementos que hacen viable el éxito de la terapia, al respecto el siguiente apartado desarrolla dicho tema.

3. 3. La relación terapéutica

Se define como los sentimientos y actitudes de agrado, respeto y confianza que tienen entre sí paciente y psicólogo durante la terapia (Corbella, et al., 2008). Asimismo es el vehículo por donde el terapeuta obtiene y maneja los sentimientos e ideas significativas del usuario a fin de promover nuevos aprendizajes, pensamientos y habilidades más adaptativas; permitiéndole también identifica las actitudes, valores y conductas que pueden favorecer o entorpecer el desarrollo de la terapia (Caro, 2003; Corbella et al., 2008; Semerami, 2002).

La relación terapéutica óptima involucra agrado y respeto entre ambas partes, en la terapia cognitivo conductual al igual que otras, considera que la confianza y la alianza mantienen la calidad de la relación. La confianza permite al paciente expresarse con seguridad, honestidad y autenticidad sin temor a ser criticado y juzgado. Mientras que la alianza comprende los acuerdos, metas, técnicas y tareas propuestas entre paciente y psicólogo, ambos deben construir un equipo de trabajo para llegar establecer acuerdos y poner de su parte para lograrlos (Beck et al., 1983; Goldfried, 1996).

También se ha escrito que representa un medio esencial para la eficacia de la terapia, cuanto mejor sea, el paciente estará más inclinado a trabajar con el terapeuta para alcanzar los objetivos (Corbella et al., 2008; Hill, 2005; Ibáñez et al., 2011; Norcross & Lambert, 2011). Como lo señala el trabajo de Etchevers et al. (2014), mencionan que algunos factores como: la empatía, la calidez en el trato, la

retroalimentación en el diálogo, considerar las necesidades del paciente, compartir el nivel económico, la nacionalidad y el sexo, son elementos del psicólogo que representan un impacto positivo en la relación, así como en el éxito de la terapia.

De manera semejante, los autores reportan que los psicoterapeutas con mayor experiencia y edad consideran que ambas variables son de mayor importancia para establecer un vínculo adecuado con el usuario, sin embargo, el tema aún continúa siendo debatido ya que para otros no representa un elemento significativo.

En conclusión este capítulo se ha centrado en describir, que la relación terapéutica es un importante facilitador para alcanzar las metas terapéuticas, del igual manera se ha sustentado que también influyen las características del paciente, así como las competencias del terapeuta, las cuales en su mayoría aprende y desarrolla durante su formación profesional, por consiguiente se considera indispensable comentar acerca de la enseñanza que reciben los psicólogos en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 4. ENSEÑANZA DE LA PSICOLOGÍA

Desde sus orígenes como disciplina científica en el Laboratorio de Leipzig, la psicología se caracteriza por ser una ciencia que se ha transmitido a partir de su enseñanza, la cual ha sido acorde a las necesidades sociales afines a la cronología histórica. En sus inicios, como ahora los medios para generar conocimientos se basaba en la investigación empírica, los temas principales consistían en la medición de los procesos psicológicos, por lo tanto el aprendizaje estaba centrado en la adquisición de los mismos. Durante las guerras mundiales los conocimientos se especificaron en la evaluación, diagnóstico e intervención, en el caso de la psicología clínica, los estudiantes tenían la oportunidad de realizar prácticas hasta concluir el grado académico, con el pasar de los años la situación se modificó cuando en 1995 la APA estableció nuevos lineamientos y contenidos en los programas de psicología en general y en los doctorados, asimismo puntualizó que la educación fuera desde los principios científicos. Para el 2002 propuso formar psicólogos con dos grupos de competencias: 1) la ciencia psicológica y sus aplicaciones (conocimientos básicos de la psicología, métodos de investigación, pensamiento crítico, ética y la aplicación de los mismos); y 2) humanidades (habilidades de comunicación, saber de la diversidad sociocultural, desarrollo personal y planeación de la carrera) la propuesta se consolidó con la intención de sustituir el aprendizaje memorístico por uno vinculado al desempeño fundamentado en el conocimiento (Guzmán y Núñez, 2008; Phares, 1999; Reidl, 2008).

Mientras tanto en Europa cada país diseñaba sus programas académicos, pero eso cambió en 1990, cuando la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos, planteó estandarizar la enseñanza profesional, con el objetivo que los profesionistas

tuvieran la oportunidad de ejercer en otros países de la Unión Europea, para el 2001 surge el proyecto EuroPsy que plantea la necesidad de adiestrar psicólogos con dos tipos de competencias: primarias y facilitadoras; el primer término agrupa competencias específicas de la profesión psicológica y se clasifican en seis rubros: especificación de los objetivos, evaluación, desarrollo, intervención, valoración y comunicación. En cuanto al segundo concepto, hace referencia a aquellas competencias que se comparten con otras disciplinas, su propósito es canalizar al profesional a prestar sus servicios de manera eficaz y se concentran en ocho apartados: estrategia formal, desarrollo profesional continuo, relaciones profesionales, investigación y desarrollo, marketing y ventas, gestión en la responsabilidad profesional, en la práctica, así como en la calidad y por último la auto reflexión. Junto con ello, el proyecto menciona que es indispensable demostrar actitudes adecuadas a la profesión, sin mencionar cuáles, se infiere que podrían ser algunas relacionadas como aquellas de actitud de servicio y amabilidad, debido a que en la profesión se mantiene constantemente el trabajo con los otros (EuroPsy, 2007; García y Vargas, 2008).

En cuanto a Latinoamérica, países como Colombia, Chile, Perú y Venezuela han adoptado los principios del programa EuroPsy para constituir un modelo de formación basado en competencias, que se presenta como una alternativa para conseguir una educación técnica y profesional, con el fin de lograr que los futuros psicólogos sean exitosos en el campo laboral, asimismo crearon el proyecto Tuning Latinoamérica con el objetivo de definir las competencias del psicólogo egresado, el cual fue actualizado en el 2014 estableciendo 24 competencias genéricas: teórico-metodológicas como vincular los saberes científicos y cotidianos, identificar

fundamentos epistemológicos, capacidad para realizar investigación científica en el área de la psicología; tecnológicas como: la capacidad para detectar, evaluar y diagnosticar, desarrollar programas de intervención e interpersonales como la capacidad para relacionarse con equipos multi e interdisciplinarios y respeto por el comportamiento responsable y ético (Reidl, 2008; Tuning, 2014)

4.1. Desarrollo y enseñanza de la psicología en México

Al igual que la historia de la psicología clínica, en el año de 1896 surge en México la necesidad de incorporar la disciplina como un medio para solventar las demandas sociales que había dejado el capitalismo en gran parte de la población; especialmente en el campo de la salud mental hacía falta personal para cubrir los servicios. Ambos acontecimientos trajeron consigo la creación del primer curso de psicología a cargo del Dr. Ezequiel Chávez en la Escuela Nacional Preparatoria, por tales motivos su enseñanza era desde el modelo médico y filosófico (Valderrama, Colotla, Gallegos y Jurado, 1994)

En 1938 se incluyó la carrera de psicología en la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM, por años la disciplina seguía siendo considerada una rama más de la medicina y la filosofía, con el pasar de los años fueron llegando y empoderándose los conocimientos de psiquiatría psicoanalítica, de psicometría, teorías conductuales, principios de psicobiología y ciencias cognitivas, para entonces aún no se había construido un programa académico, por lo tanto la enseñanza seguía sin tener una conexión entre los contenidos, fue a inicios de 1960 cuando se aprobó por el Consejo Universitario de la UNAM el primer plan de estudios de la licenciatura de psicología en

México, tomado como referencia por la Universidad Iberoamericana, sin embargo continuaba siendo una combinación de todos los conocimientos disponibles, sin una integración entre ellos y con poca estructura, motivo que lo llevó a recibir constantes modificaciones. Finalmente en 1971 se incorporó un nuevo programa con base al modelo educativo de la Universidad Veracruzana centrado en los principios de la ciencia y la psicología experimental (Ribes, 1989; Ribes, 2011; Zanatta y Yurén, 2012).

Poco después en 1973 se inauguró la Facultad de Psicología de la UNAM, a cargo del Dr. Luis Lara, quien fundó el Consejo Nacional de la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP) organismo encargada de agrupar las principales instituciones formadoras de psicólogos a nivel nacional (Guzmán, 1989; Ribes, 1989; Zanatta y Yurén, 2012). A partir de ambos acontecimientos y del reconocimiento oficial de la carrera, se registró un incremento de aspirantes, trayendo consigo el aumento acelerado de escuelas que ofrecían su enseñanza.

Posteriormente en 1976 la UNAM, tomó como estrategia incorporar la licenciatura en dos facultades periféricas: FES Iztacala y Zaragoza, mientras que en el resto del país las instituciones educativas fueron creciendo aceleradamente, tan solo entre las décadas de los ochentas y noventas se contabilizó la existencia de 183, ante tal cantidad el CNEIP realizó una evaluación de los planes de estudios concluyendo que en su mayoría no contaban con objetivos acordes a la profesión, tampoco planteaban métodos para evaluarlos, daban prioridad a la teoría olvidando la práctica, no había estructura en las materias, no integraban la actividad de servicio social, así mismo no vinculaban la formación con las demandas sociales del país, todas estas debilidades eran atribuidas a la demanda estudiantil y a la juventud de la disciplina en México.

Por ello, en 1993 se introdujo la enseñanza por competencias como parte de la Reforma Integral de la Educación, promovido por la Secretaría de Educación Pública y la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, asimismo el Programa Nacional de Educación 2001-2006 enfatizó integrar en los planes de estudios, flexibilidad en el aprendizaje, la enseñanza de competencias y la evaluación constantes de los programas con fines de adoptar las demandas del profesional y la sociedad (García y Vargas, 2008; Zanatta y Yurén, 2012).

Como medidas de evaluación, el CNEIP implementó en otras universidades los trabajos de seguimiento a egresados que realizaban: la Facultad de Psicología de la UNAM, la FES Zaragoza, la Universidad Veracruzana y la Universidad de Nuevo León, ya que la información ha ayudado a identificar las áreas de oportunidad en el ámbito laboral con fines de integrar en los programas de educación medidas para reducirlos. Respecto a la educación de pregrado se acordó la formación de psicólogos generales dejando la especialización a los programas de posgrado y doctorado, no obstante se señala de importancia las habilidades que adquiere el alumno en esta etapa porque son sus cimientos para futuras etapas académicas y laborales. Particularmente, cuando los futuros psicólogos cursan el área clínica aprenden competencias que emplea en otras áreas de la psicología como: educativa, organizacional y social, algunas de esas competencias son realizar entrevistas, evaluaciones, diseños y aplicación de intervenciones (Vargas et al., 2011).

Ahora bien, continuando con las propuestas establecidas se consideran oportunas, porque de acuerdo con la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES), en el 2007 la disciplina fue la quinta

carrera más poblada del país, con 82,160 alumnos superando a las carreras de medicina, ingeniería en sistemas computacionales y ciencias de la comunicación. De manera particular, en la UNAM ocupa el tercer lugar de demanda después de medicina y derecho; mientras que en la FES Zaragoza tiene el primer lugar de estudiantes, tan solo en el nuevo ciclo escolar 2017-2018 se contabilizaron 2184 alumnos, seguida por la carreras de cirujano dentista con 1595 y químico fármaco biólogo con 1593 (FES Zaragoza, 2016). Por otra parte, las áreas de mayor preferencia entre los estudiantes y profesionales de psicología son: clínica, salud, laboral y educativa (Esparza y Blum, 2009; Guzmán y Núñez, 2008, Jiménez y Trujillo, 2014; Ortega y Quintero, 2011; Verdín y Pérez, 2010).

Los datos anteriores demuestran que la psicología se ha posicionado como una de las carreras con mayor preferencia entre los estudiantes del nivel medio superior, que a su vez contemplan a la UNAM como opción para realizar su educación profesional (Guzmán y Núñez, 2008), motivo que trae consigo la necesidad de mencionar la estructura de enseñanza que ofrece a sus estudiantes.

4.2. Enseñanza de la psicología en la UNAM

Como se escribió anteriormente la historia de la psicología en México inicia con su enseñanza. En la actualidad las tres facultades de la UNAM que ofrece la carrera han modificado sus programas de estudios debido a la solicitud del Programa Nacional de Educación 2001-2006 que establecía incorporar planes flexibles y la enseñanza por competencias acorde a las necesidades sociales. Bajo ese panorama, la facultad de psicología se rige con un plan aprobado en el 2008, integrado por ocho semestres, los

primeros cuatro constituyen el área de formación general, en donde los estudiantes adquieren conocimientos de la disciplina y sus principales modelos teóricos (Facultad de Psicología, 2008).

Los cuatro semestres restantes pertenecen al área profesional dividida en sustantiva y terminal, la primera comprende de quinto a séptimo en ese periodo el alumno tiene la libertad de elegir su formación seleccionando las materias de los campos de conocimiento: psicología de la educación, procesos psicosociales y culturales, organizacional, psicobiología y neurociencias, psicología clínica y de la salud, ciencias cognitivas y del comportamiento. La etapa terminal consiste en concluir la carrera eligiendo optativas del campo de su preferencia. Además cuenta con un área de formación contextual que fija una asignatura obligatoria en cada semestre. Durante su formación el psicólogo adquiere conocimientos, procedimientos, habilidades, actitudes y valores que le permiten comprender, diagnosticar e intervenir en la satisfacción de necesidades, así como en la solución de problemas psicológicos en escenarios cambiantes (Facultad de Psicología, 2008).

En cuanto a la FES Iztacala, la carrera de psicología cuenta con un nuevo plan de estudios acreditado en el 2015, compuesto por competencias y módulos, en cada uno se especifican las condiciones en que se aprenden habilidades teóricas, metodológicas y aplicadas. Tiene una estructura de 8 semestres, segmentado en dos etapas: formación básica y formación profesional supervisada. La primera comprende del primero al cuarto semestre, en su trayecto el estudiante aprende los fundamentos de algunos enfoques de la psicología y de los siete ámbitos de ejercicio profesional que

enseña la facultad: clínica, organizacional, educación, desarrollo y docencia de la psicología, educación especial, salud, social e investigación (FES Iztacala, 2015).

La segunda etapa abarca del quinto al octavo semestre, en ella el estudiante selecciona por año dos ámbitos de formación una básica y otra avanzada con asignaturas teóricas, metodológicas y prácticas, además, escoge una optativa por cada semestre. Al concluir la licenciatura, los egresados tendrán competencias teóricas, metodológicas y técnicas de la psicología que le permitan delimitar con precisión las demandas y necesidades de intervención en diversos ámbitos del ejercicio profesional, de igual forma, tendrán las habilidades para planear, diseñar y aplicar programas de intervención multidisciplinarios e interdisciplinarios apoyados en los modelos teóricos pertinentes, así mismo poseerán actitudes de responsabilidad, compromiso, disposición, sensibilidad y empatía (FES Iztacala, 2015).

De manera semejante a los otros planes, la FES Zaragoza dictamina una serie de actitudes, valores y competencias, mismos que serán descritos con profundidad en el siguiente apartado. A partir de la lectura se concluye que ambos modelos proporcionan flexibilidad a los estudiantes al brindarles la libertad para escoger las áreas de conocimiento, las optativas, el orden en que las cursará, asimismo se contempla la inclusión de habilidades y competencias que integran la formación de los alumnos las cuales, les facilita la incorporación a otros países en los programas del movilidad estudiantil nacional e internacional.

4.3. La FES Zaragoza como escenario de enseñanza

Por su parte, en el 2010 la FES Zaragoza también incorporó un nuevo plan de estudios para la licenciatura en psicología, al respecto García y Vargas (2008) mencionan que los fundamentos teóricos del programa recaen en los principios del proyecto Tuning Latinoamérica y EuroPys, de igual forma consideran pertinente la enseñanza por competencias, debido que hace posible describir el resultado del aprendizaje de determinado plan académico, bajo este planteamiento, mismos autores definen que la competencia se sitúa entre los conocimientos y las habilidades concretas requeridas en determinada situación.

Bajo esa postura, el plan de estudios de la carrera de psicología tiene el objetivo de: “formar psicólogos generales con conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que le permitan intervenir inter y multidisciplinariamente en individuos, grupos, organizaciones y comunidades” (FES Zaragoza, 2010, p.13). Para ello, la estructura curricular se constituye por ocho semestres dividido en tres etapas: básica, profesional y complementaria, que a continuación se detallan:

a) Etapa básica, se integra por los dos primeros semestres, tiene la finalidad de enseñar al alumno las bases teóricas, metodológicas e instrumentales de la psicología.

b) Etapa profesional, a partir del tercer semestre el estudiante tiene la oportunidad de escoger tres de las cuatro áreas: educativa, clínica y de la salud, social, del trabajo y las organizaciones; cada una comprende dos semestres.

c) Etapa complementaria, abarca los ocho semestres y se constituye por las materias optativas que elige el estudiante en su trayectoria escolar.

De igual forma, se instruye a los estudiantes en dos tipos de competencias: genéricas y disciplinares. Que van ampliándose conforme avanzan el semestre cursado, de manera particular, en el perfil II que inicia con la formación complementaria, describe que las competencias genéricas abarcan los conceptos de:

- ❖ Razonamiento: habilidad de adaptar el comportamiento para adecuarse efectivamente a las situaciones. Igual abarca la capacidad de aceptar y respetar distintas ideas.

- ❖ Aprendizaje: habilidad de analizar las variables sociales, económicas, culturales y políticas presentes en los problemas psicológicos y sus posibles soluciones.

- ❖ Liderazgo: habilidad de encausar la participación de personas y grupos en determinada actividad.

Mientras que las competencias disciplinares comprenden tres grupos, que se enuncian en las siguientes viñetas:

- ❖ Teóricas: son los conocimientos de las teorías y modelos explicativos para el entendimiento de problemas psicológicos así como para proponer los medios de solución.

- ❖ Metodológicas-prácticas: habilidades para la planeación y aplicación de los procesos metodológicos. Mientras que la competencia práctica hace alusión a la capacidad de emplear estrategias de intervención en situaciones que requieren el desempeño profesional como en las CUAS.

❖ Valorativos: relacionadas al cuidado, promoción y respeto de los derechos humanos.

Este tipo de enseñanza, hace posible abordar conocimientos teóricos y metodológicos en escenarios prácticos reales, permitiendo al estudiante transferir sus habilidades para aprender a solucionar problemas sociales, cubriendo el criterio de formar profesionistas acorde a las necesidades sociales (Huerta y Castellanos, en García y Vargas, 2008). La acción va de la mano con el sistema de enseñanza modular integrado por tres componentes: 1) individual (entre profesor y alumno); 2) académico (unión de la teoría con la práctica aplicado a casos concretos); y 3) institucional (plantear soluciones concretas a los problemas de la comunidad), entre los recursos que tiene la FES Zaragoza para realizar dichas actividades están las ocho CUAS: Aurora, Benito Juárez, Estado de México, Nezahualcóyotl, Reforma, Los Reyes, Tamaulipas y Zaragoza espacios donde los alumnos de medicina, odontología y psicología hacen prácticas brindando atención a las personas que acuden a solicitarlo.

Seis de las ochos clínicas se ubican, en el municipio de Nezahualcóyotl situado geográficamente en la zona oriente del valle de México, limita al noroeste con el municipio de Ecatepec de Morelos y la zona federal del lago de Texcoco; al oeste con las delegaciones Gustavo A. Madero y Venustiano Carranza, al sur con Iztacalco e Iztapalapa, al este con los municipios de la Paz, Chimalhuacán y Atenco; el nivel económico de sus pobladores es medio bajo y alto (INEGI, 2010).

En dicha región está la clínica universitaria “Aurora”, escenario donde se realizó el presente trabajo. Se ubica en la calle Enramada sin número entre Madrugada y

Cuarta Avenida, en la colonia Benito Juárez, sus instalaciones se integran por una planta baja y alta (ver apéndice 1), en la primera se encuentra el estacionamiento, la administración, la caja, la atención de odontología y los sanitarios. Mientras que en la planta alta, hay dos aulas, un laboratorio, una sala de juntas, dos cámaras de Gesell y seis cubículos para la atención psicológica que miden aproximadamente 3m. de ancho por 5m. de largo, sus paredes están diseñadas con un material delgado color madera, en una de las cuatro paredes hay una ventana grande de cristal con cortinas, que pueden abrirse y cerrarse, cada uno tiene dos lámparas, un pintarrón, una mesa y sillas de madera.

En ella, así como en las otras clínicas los estudiantes de psicología cursan la materia de práctica supervisada de las áreas de educativa y clínica; esta última se caracteriza, en que la mayoría de los alumnos aprenden un modelo de intervención psicológico que dependerá en gran medida del profesor encargado del grupo. El objetivo de su estancia, es que realicen tratamientos terapéuticos para solucionar problemas psicológicos de las personas que solicitan consulta, esta actividad les permite consolidar su aprendizaje teórico y desarrollar las competencias para desempeñar el rol de terapeuta, al mismo tiempo que se les encauza a comportarse con respeto, ética profesional, responsabilidad, solidaridad y rectitud con los usuarios (FES Zaragoza, 2010). De esta manera, se esperaría que concluyeran satisfechos con su formación y seguros a enfrentarse al mundo laboral, no obstante los propios alumnos indican datos contrarios, motivo que hace necesario tocarse en el siguiente apartado (Ortega y Quintero, 2014).

4. 4. La percepción del psicólogo durante su formación profesional

Antes de adentrarnos a las investigaciones, es pertinente definir el concepto de formación profesional como un proceso de enseñanza-aprendizaje destinado a adquirir o perfeccionar capacidades, conocimientos y actitudes en relación con la sociedad y la cultura, que requiere tres elementos: 1) dinamismo (cubrir demandas sociales e involucrar los avances tecnológicos); 2) participación (de todos los actores involucrados) y 3) adaptación (resolver los problemas que surgen dentro del mismo proceso) (Bosques, 2016). Entonces desde esta postura, hasta ahora se han desarrollado los contenidos del punto uno y parcialmente los puntos dos y tres, por lo tanto a continuación se mencionan algunos trabajos dedicados a estudiar la experiencia del psicólogo durante su formación en las facultades periféricas de la UNAM.

El primer estudio es de Bosques (2016) quien entrevistó a profesores y alumnos de la FES Iztacala con el propósito de identificar el significado que le atribuían a la formación del psicólogo en dicha institución. Los resultados se dividieron en dos posturas: del docente y del estudiante, los primeros enfatizaron la influencia de su educación y su experiencia para enseñar psicología, en donde consideraron relevante la integración de los conocimientos teóricos y prácticos, el adiestramiento en habilidades para analizar textos y expresarlos verbalmente, así como en competencias interpersonales como trabajar en equipo, relacionarse con sus compañeros, establecer acuerdos y resolver problemas. En cuanto a los estudiantes, mencionaron que han influido en su formación los siguientes temas: el interés, ideas y conocimientos de la carrera; conocimientos de los distintos enfoques; características de sus profesores y compañeros que han favorecido y limitado su proceso formativo; aspectos que

consideran han desarrollado o requieren desarrollar en su proceso formativo; expectativas que tienen sobre su formación; campo laboral de su preferencia y actividades que facilitan y limitan el aprendizaje de los conocimientos y desarrollo de las habilidades propias de la profesión. Respecto a este último punto, identificaron que las habilidades desarrolladas fueron aquellas que se relacionan con su fluidez verbal para exponer y hacer entrevistas, mientras que las lecturas y las prácticas les permitieron trasladar los conocimientos a escenarios reales. Por otra parte, las principales limitantes fueron: la diversidad teórica de los contenidos y las posturas inflexibles de sus maestros.

Por otro lado, en la FES Zaragoza Verdín y Pérez (2010) se interesaron en estudiar la perspectiva de los alumnos de psicología en el proceso de evaluación de su aprendizaje, para ello aplicaron a 250 estudiantes un instrumento que calificaba su actitud durante dicha actividad, los resultados señalan que la mayoría prefieren ser evaluados con exámenes porque representan el medio más significativo para asignar calificación a los conocimientos aprendidos durante un semestre, debido a que les indica los contenidos que necesitan estudiar, así como los esfuerzos que han logrado. En contraposición, otros alumnos consideran que sería más pertinente su evaluación en los escenarios de las clínicas universitarias porque en esos momentos es cuando ponen en ejecución conocimientos, actitudes, valores y competencias, empero han vivido descuido en la evaluación en ese ámbito.

Mientras que Ortega y Quintero (2011) se inclinaron en conocer las expectativas en su trayectoria y formación profesional de 14 estudiantes de psicología del último semestre de la carrera de la FES Zaragoza, de manera particular los

resultados del área clínica indican que al iniciar la carrera, 13 de los participantes tenían inclinación por el área, específicamente por la terapia, mientras que al finalizar sus estudios solo 10 continuaban interesados, de ellos solo 5 cumplieron sus perspectivas durante su educación, debido a que la otra mitad, no estaban conformes con el enfoque teórico de intervención, no tuvieron la oportunidad de atender pacientes en las clínicas, los pocos usuarios que asistieron abandonaron el servicio, el profesor asignado comentaba otras temas que no pertenecían a la clase o a veces no asistía a clínica. Por otro lado, los alumnos que se fueron satisfechos, refirieron sentirse inspirados y motivados por la dedicación del maestro, aprendieron los conceptos básicos, a utilizar pruebas psicológicas, a analizar casos y a trasladar la teoría a la práctica, concluyeron sentirse agradecidos por las exigencias de los maestros que les ayudaron a aprender más de lo que esperaban en su trayectoria en el área clínica.

Por su parte Jiménez y Trujillo (2014) se dieron a la tarea de entrevistar a 10 psicólogos recién egresados de la FES Zaragoza que se formaron bajo el plan de estudios de 1979 el cual tenía establecido instruirlos en siete habilidades profesionales básicas: detección, evaluación, planeación, intervención, rehabilitación, investigación y prevención. El objetivo de su trabajo consistía en identificar cuáles de ellas reconocían tener los profesionistas, los resultados demostraron que se definen como un conjunto de conocimientos adquiridos durante su estancia en la universidad, donde reconocen haber aprendido habilidades, conocimientos y experiencias que ponen en práctica en los escenarios laborales. A pesar de ello, solo un participante reconoció tener las 7 competencias del plan, en cambio el resto solo mencionó dominar de 1 a 3, estos

resultados no son los esperados por el programa de la facultad, al contrario se denominan insuficientes.

En otro aspecto los entrevistados reportaron que la mayoría tenía la expectativa de insertarse en el área clínica, sin embargo, debido a la escasa oferta laboral decidieron incursionarse en la práctica privada o cambiarse a psicología organizacional. Este estudio refleja claramente dos posturas: la primera es que los psicólogos consideran no haber aprendido y desarrollado todas las competencias necesarias durante su estancia en la facultad para cubrir con las demandas de la industria, a ello se esperaría que las condiciones cambiaran junto con la modificación del plan de estudios. El segundo planteamiento coincide con lo expuesto en las secciones anteriores, respecto a la inclinación hacia el área clínica y la psicoterapia entre los futuros profesionista, asimismo surge la inquietud de cuestionarse si además de los escasos empleos en el área, el psicólogo en verdad poseía con las competencias pertinentes al rol del terapeuta, o si su trayectoria en las clínicas fueron insuficientes para consolidarlas como lo demuestra la pasada investigación.

En los trabajos citados, se hace evidente la autoevaluación que tienen los alumnos de las competencias que han aprendido durante su formación profesional, asimismo se observa que las clases de práctica representa una actividad en donde se integran y trasladan los conocimientos adquiridos en las aulas a la práctica.

Particularmente en la atención psicológica, el estudiante establece relaciones de trabajo con sus pacientes, como se ha escrito anteriormente, en la interacción están presentes las características personales de ambos actores, además de las competencias de los terapeutas, mismas que observa el usuario durante el proceso de intervención. En este sentido, estudiar a esa población aportaría información que ayude

a optimizar el resultado de la psicoterapia, al respecto (Corbella et al., 2008; Hill, 2005; Ibáñez et al., 2011; Norcross & Lambert, 2011) sustentan que para lograr el éxito terapéutico es indispensable entablar una adecuada relación terapéutica, para ello se han propuesto tres posturas: 1) las competencias y características del terapeuta son el principal medio para conseguirlo, 2) se determina que las características del paciente son más relevantes, en comparación con las del terapeuta y 3) se requiere de ambas partes. De manera general, los tres puntos se mencionaron en los párrafos anteriores, primordialmente el primero, bajo esta premisa, el siguiente capítulo este dedicado a cubrir el punto dos.

CAPÍTULO 5. LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE EN LA TERAPIA PSICOLÓGICA

De acuerdo con Álvarez (2015) las investigaciones a nivel internacional acerca de la terapia psicológica han abarcado numerosos temas, por mencionar algunos están aquellos que evalúan la eficacia de la intervención con los distintos enfoques de atención, los que estudian la relación terapéutica y los elementos que hacen viable la terapia. A continuación se mencionan algunos trabajos con dichas características, que en su mayoría seleccionaron a los pacientes como muestra con la intención de comprender la terapia desde su postura y debido a la naturaleza de los estudios la mayoría han utilizado metodologías cualitativas.

El estudio de Santibáñez et al. (2009) investigaron la efectividad de tratamientos psicológicos y la correlación entre la alianza terapéutica, para ello, aplicaron cuestionarios a los pacientes con el objetivo de evaluar ambas variables en los estudiantes de psicología y en terapeutas noveles que brindaban terapia en un centro de docencia, los resultados indicaron que independientemente del nivel de formación del terapeuta, los pacientes reportaron relaciones positivas con él, en donde predominaban la confianza y los sentimientos de simpatía. Respecto a la relación de las variables, el estudio demostró que un vínculo adecuado influye de forma efectiva en el mantenimiento del usuario en la intervención y en obtener resultados favorables.

Respecto a las investigaciones de corte cualitativo, Timulak (2009) menciona que los estudios con esta metodología van en aumento debido a la riqueza de las descripciones acerca de la terapia. Un ejemplo, se expone en el meta-análisis que realizó mismo autor sobre una serie de artículos de Irlanda que estudiaron la

percepción del paciente acerca de los eventos significativos que ayudan al cambio en psicoterapia, el análisis señaló nueve componentes que son considerados importantes para los usuarios en la disminución de su problema: tener participación en las sesiones, explorar sus sentimientos junto con el terapeuta, percibir alivio y cambios en su comportamiento, experimentar sentimientos de ser entendido, apoyado y comprendido por parte del psicólogo que a su vez debe de reflejar seguridad personal y en su trabajo.

A su vez, en Chile existen diversos trabajos cualitativos debido a que consideran que para entender los cambios en la terapia debe incluirse la vivencia del consultante respecto al proceso de cambio y a los factores que lo hicieron posible, la cual ha sido insuficiente en las investigaciones existentes según lo comenta Krause, 2005 (en Cruzat, Aspillar, Torres, et al., 2010). Bajo esa tesitura, (Cruzat, Aspillaga, Behar, Espejo y Gana, 2013; Cruzat, Aspillar, Torres, et al., 2010) estudiaron la perspectiva de mujeres con trastornos alimentarios que habían recibido terapia psicológica con el objetivo de comprender: 1) los facilitadores de la alianza terapéutica, así como sus consecuencias y 2) los elementos que favorecen la mejoría de las usuarias. Para ello, hicieron entrevistas y analizaron la información con el método de la teoría fundamentada de Glasser y Strauss 1967 (en Cruzat, Aspillar, Torres, et al., 2010) los resultados indicaron que el ambiente de apoyo, el vínculo cálido que establece con el psicólogo, su disposición, incondicionalidad, aceptación, flexibilidad, confianza, interés genuino en ayudar y su preocupación por el bienestar de la paciente, son factores claves para la superación del problema.

Los datos anteriores coinciden con los trabajos de Besser y Moncada (2013) y Rodríguez y Arias (2013) quienes entrevistaron a psicólogos clínicos para describir las características que influyen en la atención psicológica, de igual manera utilizaron el método de teoría fundamentada para codificar y analizar la información. Los terapeutas concordaron que la relación terapéutica es el facilitador con mayor importancia para el cambio, sin embargo formarlo no es una tarea fácil ya que depende de características del paciente y del ambiente donde se lleva a cabo la terapia.

Dentro de las propiedades del usuario para entablar el vínculo están la motivación y la voluntad, mientras que la actitud defensiva y la resistencia al cambio son elementos que evitan confiar en el terapeuta. Respecto a este último, es indispensable que se muestre empático, escuche y no juzgue al paciente, además es propicio que le brinde retroalimentaciones positivas para hacerlo sentir que la terapia es un aporte significativo a su vida. Por otra parte sí se muestra aburrido, nervioso y/o cansado en las sesiones entorpecerá el desarrollo de la relación y puede provocar la deserción del usuario. Además, consideran indispensable que el espacio de trabajo sea un lugar agradable para ambas partes porque influye en la percepción de un ambiente cómodo y armonioso. De manera semejante Hill (2005) y Norcross & Lambert (2011) mencionan que si los pacientes perciben a su terapeuta competente, estos estarán más dispuestos a depositarles su confianza, a su vez se sentirán seguros de trabajar con él.

Por otra parte, los trabajos de Reyes et al. (2005) Saucedo et al. (1997); Torres y Lara (2002); resaltan las características que intervienen en la deserción de las personas en los servicios de atención psicológica y psiquiátrica en hospitales y centros de salud mental con el objetivo de identificar los factores que permiten predecir la

culminación y el éxito de los tratamientos en población Mexicana y Chilena. Para ello entrevistaron o aplicaron cuestionarios a los pacientes de aquellos lugares, los resultados coinciden en que las principales causas de abandono se deben al tiempo y dinero invertido en trasladarse de su hogar al hospital, por recibir asistencia en otro sitio, por no observar mejorías a corto plazo y por considerar innecesaria la terapia. Respecto a la satisfacción del servicio, se identificó que es determinada por la valoración del usuario de la experiencia terapéutica y la relación con el terapeuta. Adicional a ello Rondón, Otálora y Salamanca (2009) identificaron que los pacientes mencionan la presencia de cinco factores que influyen en la adherencia terapéutica: el paciente (expectativas, motivación y su percepción de la intervención); el psicólogo (rasgos de personalidad, actitudes, habilidades de comunicación, evaluación, presentación personal y forma de vestir); la institución (demanda del servicio, tiempo de espera en ser atendidos y la atención del personal administrativo) y situacionales (la distancia del hogar al sitio, economía, actividades personales, académicas y laborales).

De los estudios, se concluye que las observaciones y evaluaciones que hacen los pacientes de sus terapeutas, son las competencias sociales las que mayor relevancia tienen para ellos como el ser escuchados, sentirse comprendidos y en confianza, a su vez estos elementos pertenecen a la relación terapéutica, la cual se ha estimado primordial para su permanencia en la intervención. Respecto a las causas de deserción, se observa que la valoración de la intervención contribuye al abandono o permanencia, esta decisión se formula en gran medida a partir del desempeño del terapeuta y claro de la adherencia del paciente, en donde también influye el trabajo de psicoterapeuta.

En cuanto al papel de los usuarios en la formación del psicólogo, se encontraron escasas investigaciones las cuales manifiestan que tanto estudiantes como expertos en la psicoterapia lograron establecer un buen vínculo terapéutico y concluyeron satisfactoriamente la terapia. Dentro de las conclusiones de los trabajos, la mayoría proponen que es relevante continuar estudiando las vivencias del paciente en la terapia ya que sus aportaciones contribuyen a la mejora de la misma al identificar los factores que lo hacen posible, así como aquellos que deciden desertar, por tal motivo, el siguiente apartado se encargara de desarrollar el tema.

5.1. Experiencia del paciente en la terapia psicológica

Este apartado tiene el objetivo de describir la experiencia de las personas que han asistido a psicoterapia para conocer su papel dentro de la misma, así como las competencias que identificaron del psicólogo y la relevancia que tienen en la misma. Pero antes de comentar acerca de las investigaciones, primero se presenta la definición de experiencia.

5.2. Definición de experiencia

La palabra experiencia del latín *experientia*, proviene de *expeiri* que quiere decir ensayar, de acuerdo con el diccionario de la Real Academia Española y la Academia Mexicana de la Lengua, es el hecho de haber sentido, conocido o presenciado algo, también es definido como el conocimiento adquirido a partir de los acontecimientos vividos por una persona.

En 1787 el empirista Kant, fue uno de los primeros en escribir acerca de la experiencia en su obra *Crítica a la razón pura* menciona que hay dos tipos de experiencia, una interna y otra externa, la primera se construye por las intuiciones de la persona, mientras que la segunda se forma con base a las percepciones (Amengual, 2007; Hamui et al., 2013). La percepción, se define como un proceso activo que permite al organismo recibir, elaborar e interpretar información proveniente del ambiente (Coon & Mitterer, 2010). De ese modo, la experiencia es una doble actividad de observación a través de los sentidos y el razonamiento, en su conjunto genera conocimientos empíricos, es decir conocimientos productos de la experiencia. Mientras que para Hegel las experiencias son nuevos conocimientos del mundo que producen nuevas formas de pensar y actitudes en el sujeto (Amangual, 2007).

Desde el punto de vista de John Dewey la experiencia involucra creencias, reflexiones e interacciones entre el sujeto con su ambiente; su idea influyó en el interaccionismo simbólico, esta teoría propone que las personas crean los significados de las cosas y las situaciones a partir de la interacción e interpretación que tienen con los otros y el entorno, los significados construidos mediaran los pensamientos, así como las acciones del individuo (Flick, 2012; Ruiz, 2013).

Por otro lado en 1993 el historiador Kosellack, mencionó que no puede haber experiencias sin expectativas, ambas pertenecen al dominio cognitivo son complementarias y desiguales. Las expectativas son ideas que contienen valores y creencias de un acontecimiento futuro, aunque probablemente nunca se cumplan por completo, ayudan a establecer objetivos lo cual guiará el comportamiento de la persona ante determinado evento, asimismo en ocasiones pueden fundarse por las experiencias

personales e influir en el comportamiento de la persona (Hamui, Fuentes, Aguirre y Ramírez, 2013).

Retomando la aportación de los autores citados, en conclusión, la experiencia es un conocimiento empírico que se construye con base a las percepciones y la observación de la vivencia personal de un evento; está ligada a las expectativas, los afectos, el tiempo y el contexto, en su conjunto elaboran opiniones que son transmitidas por el lenguaje. Su validez lógica no se fundamenta con pruebas científicas, sino al representar y transmitir la opinión de un grupo social acerca de un acontecimiento que servirá de aprendizaje para otras personas. Debido a la característica subjetiva este tipo de fenómenos su estudio tiende a realizarse con metodologías cualitativas, debido a que establece los lineamientos para formular proyectos de investigación, la búsqueda de información y la interpretación de la misma, como el método de la teoría fundamentada de Strauss y Corbin (2002) que ha sido empleado en las ciencias sociales y de la salud, particularmente, en la medicina (Hamui et al., 2013) y en la psicología, al respecto a continuación se mencionan algunos trabajos con dicha metodología, referentes a la experiencia del paciente en la psicoterapia.

5.3. Investigaciones acerca de la experiencia del paciente en la terapia

Pocas son las investigaciones que se encontraron respecto al tema, a pesar de eso la información destaca que estudiar la experiencia proporciona conocimientos acerca de: características, acciones, sentimientos y comportamientos del terapeuta hacia el usuario o viceversa que ayudan o dificultan su desempeño en la terapia, la

relación terapeuta-paciente y los sentimientos del usuario durante las sesiones, mismos que conllevan al éxito terapéutico (Elliot & James, 1989).

A continuación, en la tabla 3 se resumen algunas investigaciones que estudiaron la experiencia del paciente en psicoterapia, de las cuales la mayoría empleó el método de la teoría fundamentada de Strauss y Corbin (2002). Para la presentación de los trabajos se consideró pertinente diseñar una tabla, con el propósito de facilitar la organización de los mismos en tres apartados: el objetivo, el método y las contribuciones como lo hizo (Ortega, 2012).

Tabla 3. Estudios cualitativos de la terapia psicológica a partir de la experiencia

Objetivo de estudio	Método	Principales hallazgos
Elliot y James (1989) Comprender mejor el proceso y la acción de la psicoterapia, así como conocer si están familiarizados con la experiencia que tienen los clientes durante la terapia.	Realizaron un análisis de la literatura e investigaciones tanto cualitativas como cuantitativas en Estados Unidos y Europa acerca de las experiencias de los pacientes que han recibido terapia psicológica.	Creación de tres categorías: 1) Experiencia de los procesos psicológicos del usuario (intenciones como hacer sus tareas, adherirse a la terapia, sentimientos en la consulta: preocupaciones miedo, ansiedad, estilo de relación con el psicólogo: afectivo, abierto, desinterés y actitud defensiva); 2) Experiencias del paciente de la acción del terapeuta (características del terapeuta: directivos, hostiles,

			<p>crítico, distante, empático, confiable, genuino); 3) Experiencias de cambio en la terapia: impactos terapéuticos (afectivos como tranquilidad y solución de problemas) y aspectos favorables en la terapia (la relación, las tareas y resolución del conflicto).</p>
Krause (1992)	Entrevistó a 19	Identificar los pacientes de terapia: cambios generales de la intervención psicológica.	<p>Dos categorías que describen las expectativas del paciente respecto a C-C, psicodinámica y la terapia: humanista. La 2) Procesos para el cambio: la información fue relación de ayuda y sus características (confianza, empatía y simpatía)</p> <p>Fundamentada. 3) El rol del terapeuta: competencias y experiencia profesional.</p>
Alcázar (2007)	Entrevistó a 39	Conocer las expectativas que tenían las personas antes de asistir a su primera entrevista	<p>Categorizó las expectativas en tres: 1) sobre el terapeuta (que escuche, ayude a solucionar su problema, sea atento, amigable, confiable y comprensivo; 2) sobre el paciente (desahogarse, sentirse</p>

con el terapeuta. segunda o demás observado y con miedo); 3) sobre el sesiones. Para su proceso y resultado de la entrevista análisis, empleo un (interrogatorio, sentirse mejor, saber proceso de la raíz de su problema, resolver categorización. dudas y sentirse en confianza). El 70% de la muestra consideró que sí se cumplieron las expectativas y el otro 30% no.

Las razones más frecuentes para seguir la terapia fueron la creencia de necesitar la ayuda y la relación con el terapeuta. Los pacientes que dejaron de asistir lo atribuyeron a la relación distante y al desagrado que sintieron del terapeuta.

Beattie, Shaw, Kaur y Kessler (2008) Hicieron entrevistas a La mayoría de los participantes 24 pacientes con tenían expectativas positivas de la Explorar las depresión antes y terapia en línea, porque se expectativas y después de haber acomodaba a su ritmo de vida y experiencias de tenido TCC vía internet consideraban tener mayor pacientes con con un psicólogo del comodidad para expresarse, la depresión que suroeste de Inglaterra. minoría expreso tener recibieron TCC en Las entrevistas se inconvenientes debido al uso del

línea para conocer audiograbaron y computador. En cuanto a la como esa modalidad transcribieron para su experiencia, hubieron más pacientes repercute en la análisis con ayuda del que consideraron de ayuda la TCC, experiencia programa *ATLAS.ti* y fácil de llevar a la práctica las tareas terapéutica. con la teoría y construyeron una relación fundamentada de favorable con el terapeuta, sin Strauss y Corbin embargo, no todos compartían la (2002). misma opinión, debido a que percibían una relación fría, sentían tiempo perdido al esperar la respuesta del psicólogo, se sintieron incómodos por la falta de contacto y abandonaron la terapia para asistir a otra de modalidad presencial.

Magaña y Torres (2012) Entrevistó a 10 Clasificación de la experiencia en pacientes que tres categorías: 1) Del paciente: no Conocer las desertaron de la había empatía, se sentía ignorado e experiencias de atención psicológica, incomprendido por el terapeuta. deserción de los la información se 2) De la relación terapéutica: pacientes del centro analizó con el método incomodidad, poca cercanía con el de atención de análisis de psicólogo. 3) Del contenido de las psicológica de una contenido. sesiones: no había interés, no se Universidad de Chile. identificó el problema.

<p>Nilsson, Stevansson, Sandell y Clinton (2015)</p> <p>Conocer las experiencias de cambio terapéutico del cambio terapéutico en pacientes que recibieron psicodinámica y TCC.</p>	<p>Se entrevistaron a 32 pacientes que habían terminado un proceso de las modalidades de psicodinámica o cognitivo-conductual en un hospital psiquiátrico ambulatorio en el sur de Suecia. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas con ayuda del software <i>ATLAS. Ti</i> y usando los principios de interpretación de Strauss y Corbin (2002).</p>	<p>Las experiencias de los pacientes que recibieron terapia psicodinámica percibieron que los factores de cambio se deben al apoyo emocional y la sensibilidad del terapeuta, o mientras que otros no estuvieron satisfechos con la terapia pues a pesar de que eran escuchados sentían una sensación de estancamiento, veían al terapeuta de Suecia. Las entrevistas fueron de confiar en él porque creían que ocultaba algo. En cuanto, a los pacientes que asistieron a TCC reportaron una experiencia agradable porque tienen la sensación de ser normales que incorporaron nuevos pensamientos, comportamientos y estrategias como parte de su vida, además establecieron una relación de confianza con el terapeuta. En cambio, los insatisfechos creen que</p>
---	--	---

el cambio no es suficiente, había técnicas difíciles de aprender y el psicólogo ya tenía una terapia predeterminada y rígida, a pesar de ello, todos los continuaron con la atención hasta lograr sus objetivos.

Nota: Elaboración propia con base a (Alcázar, 2007; Beattie et al., 2008; Elliot & James, 1989; Krause, 1992; Magaña y Torres, 2012; Nilsson et al. 2015; Ortega, 2012).

A partir de los trabajos citados en este y el apartado anterior se concluyen los siguientes puntos:

1) El mantenimiento del paciente en la terapia surge por una parte al evaluar las competencias del psicólogo que demuestra en su desempeño durante la intervención, no obstante también hay presentes otras circunstancias como la creencia de necesitar la ayuda o no. Por lo tanto la permanencia de la persona en la atención es una decisión que involucra la valoración de los beneficios percibidos, la comodidad o desagrado que le genera, las actividades personales, la inversión del tiempo y dinero.

2) El vínculo terapéutico, las técnicas de intervención y las tareas son los principales elementos para que el paciente continúe en la terapia. Sin embargo, ellos le dan mayor prioridad a la relación, probablemente esto tiene que ver con la ansiedad, el miedo y la preocupación que genera la consulta en ellos, atribuido a la naturalidad de los problemas y al encuentro con un desconocido, es ese momento una de las primeras

situaciones donde los psicólogos comienzan a utilizar sus habilidades para reducir esos estados o emociones.

3) Así como se han identificado competencias, también se hacen evidentes algunas áreas de oportunidad como la deserción de la terapia, por no cumplir con sus expectativas de ser agradable, amable, comprensivo, confiable, así como la percepción de no tener mejorías. De manera particular en la TCC, opinan que las técnicas son difíciles de llevar a la práctica, y la terapia es estricta, a ello se deduce que los terapeutas deberían de ajustar las intervenciones a los casos como mencionan. Ruiz (1998) y Vargas et al. (2011).

4) Estudiar las opiniones de los pacientes y sus experiencias ha demostrado ser fundamental para identificar aspectos que deberían modificarse en la atención psicológica, asimismo provee información para integrar con los datos provenientes de los terapeutas. Ahora bien, retomando el objetivo de examinar el papel del usuario en la formación del terapeuta, se considera que así como esta metodología ha brindado información de psicólogos clínicos, también podría aplicarse para indagar las experiencias de los usuarios que atienden los estudiantes.

CAPÍTULO 6. MÉTODO

6.1. Planteamiento del problema

La intervención psicológica representa una de las actividades con mayor preferencia entre profesionistas y estudiantes (Esparza y Blum, 2009; Vargas et al., 2011), en el ejercicio de la misma se ha identificado la deserción del paciente antes de finalizarla, entre las principales causas esta la percepción que hace del usuario respecto a pocas mejorías que ha tenido. En contraparte, los factores que influyen en la permanencia al tratamiento son: 1) las competencias y actitudes del terapeuta; 2) la motivación del usuario, su disposición de tiempo y dinero y 3) la relación terapéutica (Alcázar, 2007; Saucedo et al., 1997; Magaña & Torres, 2012).

Como se ha descrito en las secciones pasadas, la literatura ha determinado que los pacientes logran disminuir o eliminar su malestar gracias a la combinación de las tres variables en la terapia. Al respecto, la función de las competencias del terapeuta ha sido ampliamente estudiada (Bosques, 2016; Del Prette et al.; 1999; Gallegos, 2009; Ibáñez et al., 2011; Jiménez y Trujillo, 2014; Ortega y Quintero, 2011; Vargas et al., 2011; Verdín y Pérez, 2010). De igual manera, ha sido investigada la influencia del vínculo terapéutico en la eficacia de la terapia, principalmente por los mismos psicólogos y desde enfoques cuantitativos. (Besser y Mocada, 2013; Corbella et al., 2008; Etchevers et al., 2014; Rodríguez y Arias, 2013; Santibáñez et al., 2008)

Mientras que el estudio de los pacientes ha recibido menor atención (Alcázar, 2007; Beattie et al., 2008; Cruzat, Aspillaga et al., 2013; Magaña & Torres, 2012; Nilsson et al., 2015; Roldón et al. 2009; Saucedo et al., 1997); a ello autores como

Cruzat, Aspillar, Torres, et al., (2010); Hill, (2005); Krause, (1992); Norcross, & Lambert, (2011); Reyes et al., (2005); Torres, & Lara, (2002) indican que pocas son las investigaciones de corte cualitativo, por lo tanto sugieren estudios con esta población, debido a que, a pesar de conocer las variables presentes en el proceso terapéutico, hace falta información que contribuya a la descripción de su interacción, desde la perspectiva del usuario.

De igual manera, proponen continuar estudiando la participación de los usuarios en contextos que han sido poco estudiados a profundidad, por ejemplo en escenarios escolares, como en la FES Zaragoza, donde los alumnos realizan actividades de servicio a la comunidad, brindando atención psicológica en las clínicas universitarias de la misma facultad, al respecto las investigaciones de Ortega y Quintero (2010), Jiménez y Trujillo (2014), Verdín y Pérez (2011) sustentan que algunos estudiantes que cursaban los últimos semestres de la carrera en el ciclo escolar 2008/2 reconocen no haber cumplido con sus expectativas al cursar el área clínica, otros que iban en el semestre 2010/2 indicaron que su estancia y evaluación en las clínicas no fueron relevantes como en las clases teóricas, mientras que aquellos egresados pertenecientes a generaciones anteriores al año 2014 insertados ya en el mundo laboral se auto valoraban con pocas competencias para desempeñarse profesionalmente, además desertaron del área clínica por la reducida oferta laboral, en donde se sabe para conseguir una vacante los reclutadores seleccionan al mejor candidato con base a sus competencias profesionales.

Sin embargo, los datos anteriores solo describen la auto percepción de los alumnos, dejando de lado la opinión de las personas receptoras de la atención, desde

este contexto, se considera importante indagar las experiencias de los pacientes que recibieron atención psicológica en una clínica universitaria. La relevancia de estudiar a esta población se fundamenta en la falta de información respecto al tema, además se tendría un punto de referencia con que comparar las aportaciones antes escritas por los terapeutas, de igual manera se podrá identificar y describir el uso de sus habilidades, así como comprender cómo facilitan u obstaculizan el establecimiento de la relación con el consultante y en los logros de la terapia. Por último se esperaría que los datos ayuden tanto a los alumnos como a los profesores interesados en el área clínica a optimizar la eficacia y eficiencia de la atención psicológica que realizan los futuros psicólogos durante su estancia en las clínicas.

Bajo ese panorama, el presente estudio pretende dar respuesta a la siguiente interrogante: ¿Cómo describe un grupo de pacientes que recibió terapia cognitivo conductual en la clínica “Aurora” de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, sus experiencias acerca de las competencias de los psicólogos en formación, la relación terapeuta-paciente y el éxito terapéutico?

6.2. Objetivo general

Describir las experiencias de un grupo de pacientes que recibieron atención psicológica cognitivo conductual en la clínica “Aurora” de la FES Zaragoza, así como, las competencias de los psicólogos en formación, la relación terapeuta-paciente y éxito terapéutico.

6.2.1. Objetivos específicos

- ❖ Identificar y describir las competencias de los psicólogos en formación durante la terapia según lo describen los pacientes.
- ❖ Identificar y describir la relación terapéutica según lo describen los pacientes.
- ❖ Identificar y describir el éxito terapéutico según lo describen los pacientes.

6.3. Muestra

Fueron seleccionados intencionalmente cinco pacientes que recibieron terapia por estudiantes del octavo semestre de la carrera de psicología que cursaban el área de psicología clínica y de la salud, así como por prestadores de servicio social que habían concluido los créditos de la licenciatura y estaban realizando su servicio en el programa “Formación de psicólogos en TCC” de la facultad, que consistía en brindar atención psicológica a las personas que lo solicitaban en la misma clínica, simultáneamente aprendían y desarrollaban competencias vinculadas a la psicoterapia cognitivo conductual.

6.3.1. Criterios de inclusión

Además de lo anterior se consideraron algunos criterios que deberían cumplir los pacientes participantes, mismos que se enlistan a continuación:

- ❖ Personas que eran usuarios del servicio de psicología de la Clínica “Aurora”.

- ❖ Pacientes que recibieron TCC por parte de alumnos del último semestre de la carrera de psicología y del programa de servicio social antes mencionado.

- ❖ Pacientes que concluyeron su proceso terapéutico y aceptaron a participar en el estudio.

- ❖ Que los pacientes participantes leyeran y firmaran el consentimiento informado (ver apéndice 3).

6.3.2. Criterios de exclusión

A su vez, se determinaron los siguientes criterios para excluir del estudio a otros pacientes de la clínica que no cubrían con los requerimientos para el estudio:

- ❖ Pacientes que cubrían los criterios de inclusión pero que abandonaron la terapia, o no aceptaron participar.

- ❖ Pacientes de la clínica “Aurora” que tenían terapeutas de otros semestres o del área educativa.

- ❖ Pacientes que padezcan alguna enfermedad psiquiátrica que no estuviera controlada y comprometiera la veracidad de su discurso.

6.4. Características de los participantes

Las características sociodemográficas de los pacientes que participaron en el estudio, así como las propiedades de la atención psicológica, se enlistan en las tablas 4 y 5 que a continuación se presentan:

Tabla 4. Características sociodemográficas de los participantes.

Participante	Edad (años)	Estado civil	Municipio	Ocupación
Paciente 1 femenino	12	Soltera	Chimalhuacán Edo. de México	Estudiante de secundaria
Paciente 2 masculino	23	Soltero	Ixtapaluca, Edo. de México.	Estudiante de licenciatura
Paciente 3 femenino	35	Casada	Chimalhuacán Edo. de México	Trabajadora y ama de casa
Paciente 4 masculino	21	Soltero	Ixtapaluca, Edo. de México	Estudiante de licenciatura
Paciente 5 femenino	16	Soltera	Ixtapaluca, Edo. de México	Estudiante de preparatoria

Tabla 5. Características de la atención psicológica en la clínica “Aurora”.

	Participantes				
	Paciente 1 femenino	Paciente 2 masculino	Paciente 3 femenino	Paciente 4 masculino	Paciente 5 femenino
Psicoterapias anteriores	0	3	1	0	3
Motivo de consulta	Bajo rendimiento escolar	Ansiedad	Problemas de pareja	Ansiedad	Ansiedad
Tipo de terapia	Psicológica	Psicológica	Psicológica	Psicológica y farmacológica*	Psicológica y farmacológica*
Género del Terapeuta (T) y Co-Terapeuta (CT)	T: Mujer CT: Hombre	T: Mujer	T: Hombre CT: Mujer	T: Hombre CT: Mujer	T: Mujer CT: Mujer
Duración de la terapia (en meses)	3 meses	4 meses	4 meses	2 meses	1 mes
Estatus de la terapia	Se dio de alta	Se dio de alta	Se dio de alta	Se dio de alta	Se dio de alta

Nota*: Los pacientes con tratamiento farmacológico lo recibían en una institución médica externa y no comprometía la veracidad de su discurso.

Todas las terapias fueron en la clínica “Aurora” que se describió en el capítulo cuatro, en un horario vespertino, entre las 16:00 y las 19:00 hrs, respecto a la asignación del rol de terapeuta o co-terapeuta, dependió del criterio del profesor encargado del grupo que se basó en los conocimientos y desempeño que observó durante las clases previas a la atención de pacientes. Mismas que se resumen en la siguiente figura:

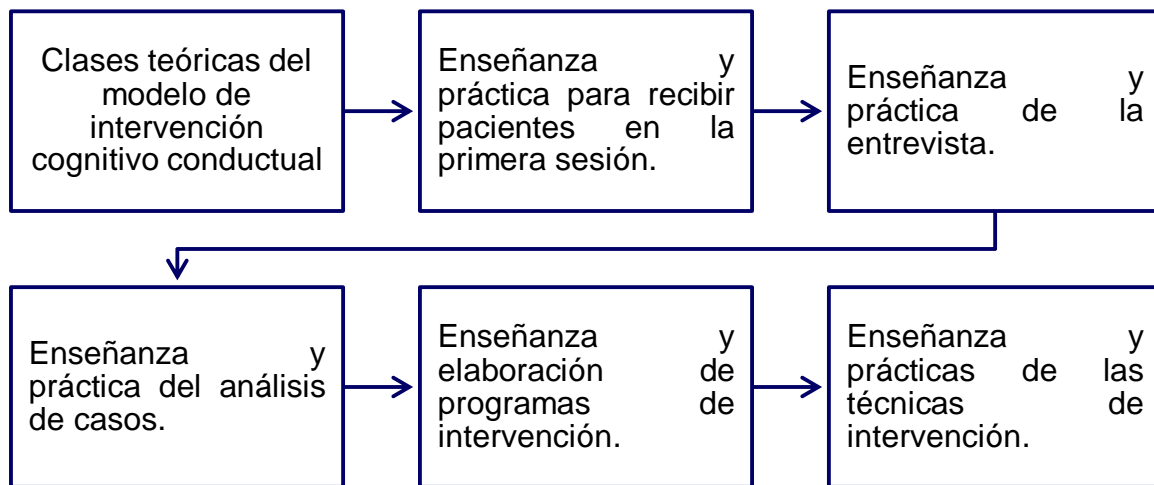


Figura 1. Capacitación de los estudiantes para atender pacientes.

El objetivo del entrenamiento, consistía en que los estudiantes aprendieran además de los conocimientos del modelo, a recibir a los pacientes, a conducir una entrevista, a realizar un programa de intervención y a aplicar correctamente las técnicas de intervención, junto con ello durante las actividades los alumnos hacían uso de sus competencias, las desarrollaban o adquirían aquellas que no tenían. Mencionar este proceso ayuda a conocer cuál fue la formación del terapeuta antes de atender usuarios, además indica las fases de intervención que recibieron los pacientes participantes en el estudio.

6.5. Procedimiento

Debido a la naturaleza del estudio, se consideró adecuado utilizar el enfoque cualitativo de la teoría fundamentada de Strauss y Corbin (2002) para comprender los significados que los pacientes asignaron a la experiencia de la atención psicológica y por la influencia social que tiene en la construcción de las mismas. Esta metodología retoma los principios del interaccionismo simbólico, mencionado en el capítulo cinco. Surgió en el campo de la sociología por los trabajos de Glaser y Strauss en 1967, posteriormente en 1990 y 2002 recibió aportaciones en los procesos de análisis por Strauss y Corbin y por Charzman en el 2006, se ha empleado en investigaciones en ciencias de la salud como medicina, enfermería y psicología (Corbin, & Strauss, 1990; Gaete, 2014; Giraldo, 2011). Sus principales constructos teóricos son:

a) El comportamiento humano es producto de la intención, a su vez, las personas toman un rol activo para responder a las situaciones.

b) Los paradigmas se construyen por la relación entre las condiciones (ambiente) la acción (proceso) y las consecuencias (resultados).

c) Las teorías emergen de los datos, se entiende por teoría, al conjunto de categorías interrelacionadas por oraciones que señalan relaciones explicando algún fenómeno; puede ser teorías formales o sustantivas, las primeras abarcan un rango amplio de problemas y contenidos disciplinarios. Las segundas son más específicas, explican un tema en determinada población.

De manera semejante, los autores mencionan que inicialmente un medio para conocer las experiencias de las personas es a través del diálogo, por ello se construyó una entrevista semi-estructurada que comprendía cuatro temas: la terapia psicológica, el psicólogo responsable de la intervención, la relación terapeuta-paciente y la clínica (ver apéndice 2).

Con el objetivo de mejorar aspectos de la entrevista se hizo una prueba piloto, se transcribieron y analizaron los resultados, de ellos se sugirió hacer preguntas más abiertas y pedir al entrevistado esclarecer ciertos conceptos para facilitar la comprensión. Concluidos los cambios, se solicitó el consentimiento informado a los pacientes para ser partícipes del estudio, en el caso de los menores de edad también fue requerida la aprobación de un tutor (ver apéndice 3).

Todas las entrevistas se realizaron al concluir la terapia y por separado, de ellas cuatro se llevaron a cabo en un cubículo de la clínica "Aurora" y una en un cubículo de la biblioteca del campus 1 de la FES Zaragoza, porque no fue posible hacerse en la clínica a falta de tiempo, a pesar de ello, el participante accedió a ser entrevistado en la facultad ya que él era estudiante de la misma; se seleccionó la biblioteca al ser considerado un espacio en donde las distracciones y el ruido del exterior es menor.

Las entrevistas duraron aproximadamente entre 40-56 minutos y fueron audiograbadas, para su transcripción y codificación siguiendo el método sistemático de Strauss y Corbin (2002) que consiste en los siguientes pasos:

1) Codificación abierta: descomponer los datos para identificar los conceptos relevantes del fenómeno estudiado, llamados códigos, los cuales son comparados de acuerdo a sus similitudes y diferencias.

3) Codificación abierta: agrupación de códigos en categorías, las cuales son definidas como conjuntos de acontecimientos, objetos o acciones que se consideran conceptualmente similares.

4) Codificación axial: identificación de categorías y subcategorías, a partir de hipótesis explicativas que muestran sus relaciones y diferencias. Una categoría llega a completarse cuando se satura, es decir cuando el análisis de los datos crudos deja de producir nuevos códigos.

5) Codificación selectiva: selección de la categoría central que conjunta a las demás categorías y brinda la explicación integral del fenómeno estudiado.

6) Redacción del esquema explicativo del fenómeno estudiado, tomando como referencia central las hipótesis explicativas y la categoría central.

Durante todo el proceso, el investigador realiza un método de comparación constante de la información entre sí, que consiste en analizar e identificar las similitudes y diferencias de los datos para cubrir con el criterio de saturación teórica, por el contrario cuando una categoría no llega a este punto, el investigador determina si es conveniente volver a analizar los datos crudos, regresar al campo para recabar más o eliminarla, su decisión debe fundamentarse con los objetivos de su trabajo. Siguiendo

estos criterios, en la figura 2 se exponen los pasos que conformaron el análisis de la información del presente trabajo:

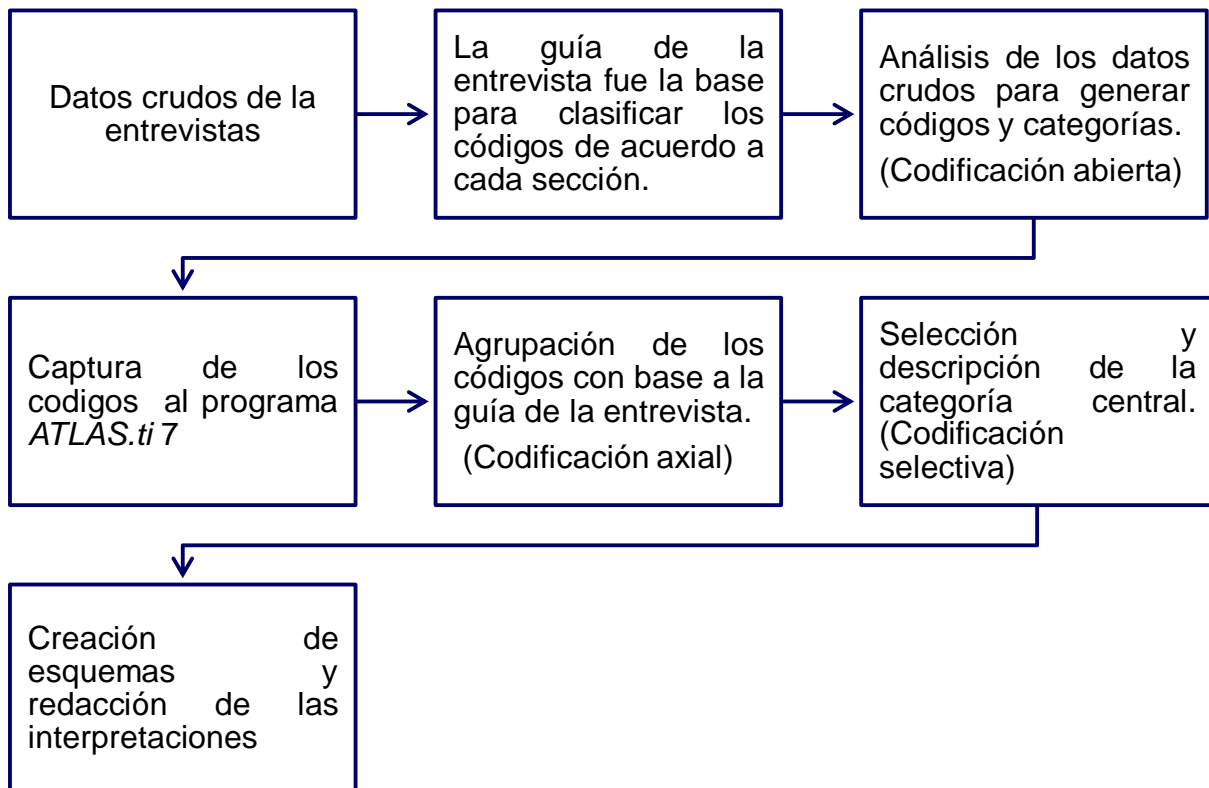


Figura 2. Proceso de codificación de las entrevistas.

Con el objetivo de evitar sesgos en la interpretación de los datos, las codificaciones abierta y axial se realizaron de manera individual (la sustentante del trabajo) y en pares (la sustentante con un maestro en psicología con 13 años de experiencia en el área clínica y la sustentante con un doctor en psicología con 39 años de experiencia en investigación), asimismo se utilizó como recursos el diccionario de la Academia de la Lengua Mexicana y la Real Academia Española para buscar los significados de algunos conceptos, además se empleó el software *ATLAS.ti* versión

7 como herramienta para vaciar y ordenar los códigos de las entrevistas, también ayudó a generar las relaciones de las categorías de forma gráfica.

6.6. Aspectos éticos del estudio

Con el objetivo de guiar la investigación con base a los lineamientos éticos que establece el Código ético del psicólogo (2013), se cubrieron los siguientes artículos:

Art. 49. Dirigir investigaciones competentes y con el respeto debido a la dignidad y bienestar de los participantes, ya sean humanos o animales.

Art. 50. Al hacer investigaciones proporcionar de antemano información apropiada acerca de la naturaleza de tales actividades.

Art. 52. El psicólogo se abstiene de ceder resultados de datos crudos a personas que no sean los pacientes.

Art. 61. Mantener la confidencialidad al crear registros escritos, automatizados o en cualquier otra forma.

Art. 63. En las presentaciones científicas o profesionales y publicaciones, el psicólogo disfraza la información confidencial de tales personas u organizaciones de modo que otros no las puedan identificar y que las discusiones resultantes no dañen a sujetos que pudiesen identificarse a sí mismos.

Tomando en consideración estos artículos, se considera que el estudio no es causante de algún tipo de daño hacia el participante, debido a que durante su creación, se valoró que las entrevistas no interferirían de forma negativa en la estabilidad del

paciente ya que solo se solicita compartir su experiencia de la terapia indicándoles que los terapeutas encargados de su caso y personas externas al trabajo no tendrían acceso a los audios, ni a su identificación.

CAPÍTULO 7. RESULTADOS

De acuerdo con el análisis de la información, la experiencia de los pacientes que asistieron a terapia psicológica en la clínica “Aurora” se concentra en tres categorías, las cuales recaen en la percepción del rol de sus dos actores y en la relación que entablaron entre sí. En la figura 3 se muestra un diagrama del software *ATLAS.ti*, en el cual se observa la representación categórica del fenómeno estudiado así como las relaciones de las mismas.

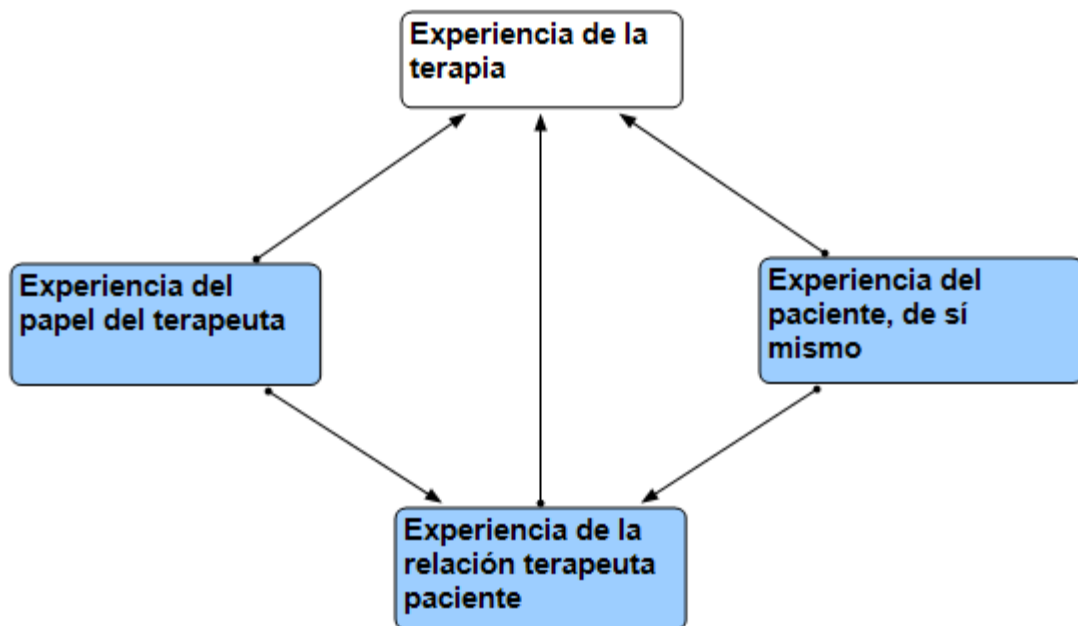


Figura 3. Categorías que describen la experiencia terapéutica de los pacientes.

Por separado, cada categoría contienen un grupo de tres subcategorías, que a su vez reúne propiedades que las caracteriza y describe. A continuación, en la tabla 6 se presenta una síntesis de cada conjunto.

Tabla 6. Categorías, subcategorías y sus propiedades

Categoría	Subcategorías	Propiedades
Experiencia del papel del terapeuta	Características personales	- Apariencia - Edad - Género
	Actitud del terapeuta	- Agradable - Segura - Comprensiva - De líder
	Competencias del terapeuta	- Teórico- metodológicas - Asertividad y empatía
Experiencia del paciente, de sí mismo	Creencias	- Acerca de la terapia (negativas y positivas) - Acerca del terapeuta (negativas y positivas) - Acerca de las técnicas de intervención
	Actitud	- Desconfiada - Comprometida - Incómoda
	Percepción de cambios	- Facilitadores para alcanzar los objetivos - Cambios percibidos
Experiencia de la relación terapeuta-paciente	Comunicación entre paciente y terapeuta	- Respeto - Sincera y honesta - Confianza
	Trato entre paciente y terapeuta	- Respetuoso - Por parte del terapeuta: Amable, Empático y Neutral
	Ambiente social y físico de la terapia	- Cálido - Libertad de expresión - Privacidad - Infraestructura de la clínica

Para una mejor explicación de las categorías y subcategorías, en los siguientes apartados se describe cada una de ellas, es importante mencionar que las definiciones son las construcciones hechas por el investigador con base a los discursos de los participantes, por lo tanto se retoman algunos términos empleados por ellos. De igual manera, con el objetivo de enriquecer el escrito se citan fragmentos de las entrevistas para comprender la experiencia de este grupo de pacientes, a su vez en las tablas del apéndice 4 se concentran las unidades de análisis que integra cada categoría.

7.1. Experiencia del papel del terapeuta

En esta categoría se agruparon los elementos que, para los pacientes describen el papel del terapeuta. Esencialmente, se representa por tres componentes: sus características personales, la actitud que mostró con ellos durante el proceso terapéutico y las competencias pertenecientes al rol del psicólogo. Es pertinente mencionar, que el tema acerca del trato establecido con el paciente, se decidió abordaren en el apartado correspondiente a la relación terapéutica debido a que su contenido describe la interacción entre ambos. En los párrafos subsecuentes se exponen las subcategorías que integran la presente categoría.

Características personales

Esta sección, es referente únicamente a la apariencia, la edad y el género del terapeuta. La apariencia comprende la influencia que tuvo la vestimenta del psicólogo en la terapia y/o el usuario, la cual consideran que es importante en el primer encuentro, mientras que para otros es de mayor prioridad los conocimientos, las

emociones y la ayuda brindada por el terapeuta, asimismo, la vestimenta no formal ayudaba a generar un ambiente relajado porque no imponía una barrera de autoridad.

En cuanto a la edad, sabían y estaban conformes que al ser un ambiente escolar encontrarían terapeutas jóvenes en formación, sin embargo había un participante que tenía desconfianza debido a que relacionó la corta edad del psicólogo con la experiencia y los conocimientos que poseía para desempeñar su trabajo, conforme avanzaron las sesiones su suspicacia disminuyó al observar los conocimientos y competencias que identificó en él.

Respecto al género, todos los pacientes se sintieron cómodos con el terapeuta asignado; solo un usuario refirió preferir ser atendido por una mujer, atribuyendo esta inclinación al haber tenido psicoterapias con terapeutas mujeres y porque vivió una experiencia poco agradable con un psicólogo, dicho de sus palabras:

“Creo que en cuanto a terapeutas me he sentido mejor con mujeres... yo creo que fue mi experiencia, ha sido mi experiencia que en mayor parte, bueno de las cuatro veces de mis experiencias de terapia creo que, pues me he sentido bien... fue por eso además que en comparación con el psicólogo que tuve la entrevista, yo recuerdo que no fue una buena experiencia, según yo porque estaba como muy sucio su piso y así, entonces no me pude sentar al suelo a jugar porque era niño ¿no?, no solo fue por eso, sino que también mi mamá recuerdo que me dijo que no se había sentido cómoda y cosas así, pero en general yo creo que fue por la experiencia.” (Paciente 2, masculino)

En general se puede inferir que la edad, la apariencia y el género son características del terapeuta que no han influido en su desempeño durante el proceso de intervención y el éxito terapéutico, no obstante, se identifican tres excepciones que ya han sido mencionadas: la apariencia no formal genera en el paciente un estado de tranquilidad en el transcurso de las sesiones; la inquietud que ocasionó en el paciente la corta edad de un terapeuta asociada a su poca experiencia en psicoterapia y la comodidad que expresa un participante hacía las terapeutas mujeres en comparación con los hombres. A pesar de ello, los usuarios consideran de mayor prioridad la ayuda brindada por el estudiante que su apariencia, edad y género.

Actitud

La actitud fue descrita como la disposición personal del psicólogo en el transcurso de las sesiones, la cual se caracterizaba por ser agradable, comprometida, segura y de líder. Agradable en el sentido de no estar cansados, aburridos, enojados, al contrario sonreír, mostrarse tanto amigable como respetuoso con el paciente, de igual manera, eran comprometidos con el trabajo que implica la terapia como cumplir los horarios, estar a tiempo, preparar las sesiones y apartar el cubículo. En lo tocante a la actitud segura, se refiere a la convicción que expresaba el terapeuta de sí mismo así como de su trabajo. En cuanto a la comprensión, es razón de que manifestaban atender, entender, respetar las opiniones y conductas del usuario. Por último, de liderazgo se debe al motivar al paciente a solucionar sus problemas, a practicar las técnicas de intervención, asimismo al hacer sus tareas.

La actitud mostrada por el estudiante en las sesiones terapéuticas se vinculaba con el trato que ofrecía a los usuarios, a su vez influyó en que estos últimos cambiaran tanto las actitudes como las creencias que tenían respecto a la terapia, de modo semejante ayudó a que se adhiriera al proceso terapéutico realizando actividades como: continuar asistiendo a las sesiones, hacer sus tareas y practicar las técnicas de intervención.

Competencias

En cuanto a las competencias que identificaron los pacientes de los terapeutas, fueron de dos tipos: teórico-metodológicas y sociales. Las pertenecientes al primer grupo, se emplearon en los momentos de explicar al paciente el enfoque teórico, el plan y las técnicas de intervención, de la misma manera al enseñar y practicar las técnicas, informar de su problema, asignar tareas y resolver dudas. El brindar a los usuarios información y explicarles el proceso de la terapia generaba en ellos confianza hacia el terapeuta, los hacía sentir parte de la terapia, asimismo los ayudaba a entender lo que vivían y cómo podían solucionarlo.

Mientras que en el segundo grupo, la competencia social que más observaron los pacientes en los terapeutas fue la asertividad en la comunicación, debido a que tenían la facilidad de comunicar mensajes claros y concretos, trataban de no dejarlos con dudas, de igual forma, procuraban usar un tono de voz agradable sin manifestar autoridad.

En los momentos de pedir la opinión del usuario lo hacía con amabilidad y respeto, lo escuchaba con atención, le daba retroalimentaciones sin imponer órdenes y

regaños. Su lenguaje corporal era sin nerviosismos y mantenía contacto visual con el paciente haciéndolo sentir en comodidad. El siguiente comentario lo manifiesta:

“Ellos como que son concretos, asertivos que tienen como la facilidad de palabra para que te puedan ayudar...ellos respondían con certeza, siempre mirando a los ojos, concretos de carácter fuerte, este ni con voz fuerte no, no, no, siempre te hablaban bien y claro y a la vista y eso nos gustó mucho, hablaban sin rodeos con las palabras tan cual, nada tajantes, ni nada de eso, siempre con claridad y respeto mmm ¿cómo te diré? Eran palabras concretas.” (Paciente 3, femenino)

También, identificaron la habilidad de empatía puesto que el terapeuta comprendía el problema del paciente, cómo se sentía y por el trato que recibía de él, lo perteneciente al trato se retomara más adelante en la sección de relación terapéutica, no obstante a continuación se citan algunos testimonios:

“Se sentía o bueno yo percibía la empatía, entonces yo en verdad creía y creo que entendía el problema que tenía, o sea, ah es que eso es muy complicado de explicar, mmm yo pienso que él entendía mi problema porque se mostraba muy atento conmigo y pues me hacía sentir escuchado y entendido.” (Paciente 4, masculino)

“Ella fue quien se dio cuenta que en las terapias anteriores me había visto un poco más relajada, entonces cuando empezamos a hablar de amistades o de relaciones con otras personas, fue cuando ella se dio cuenta de que me causaba ansiedad...O sea fue ella que empezó hacer

que yo me retrocediera, a lo mejor que yo recordara aquello que me generaba y me diera cuenta de que era lo que me daba miedo de relacionarme con alguien más...llegaba a interesarse a tratarme de manera personal, o sea verlo desde mi caso que yo tenía.” (Paciente 5, femenino)

En conclusión, las competencias del estudiante han sido percibidas en distintos momentos de la terapia, al inicio cuando se le explica el proceso terapéutico, durante las sesiones al trabajar las técnicas de intervención, en la comunicación y en el trato con el paciente. Respecto a las competencias sociales, se observa que están presentes durante toda la terapia, de igual manera van junto con las actitudes del terapeuta ya que involucra la manera de relacionarse con el usuario y el desenvolvimiento que tiene con el mismo y hacerlo sentir en comodidad.

Adicionalmente, se infiere que brindar al paciente información acerca de su problema, del proceso de la terapia, de las técnicas, en general de dar información de las actividades que se iban realizando durante las sesiones ayuda a que este se sienta parte de la terapia, en confianza con el psicólogo y seguro de su trabajo; de manera semejante, disminuye la suspicacia que tienen cuando recién inician una terapia. Para finalizar este apartado, en la figura 4 se representan los componentes que integran esta categoría.

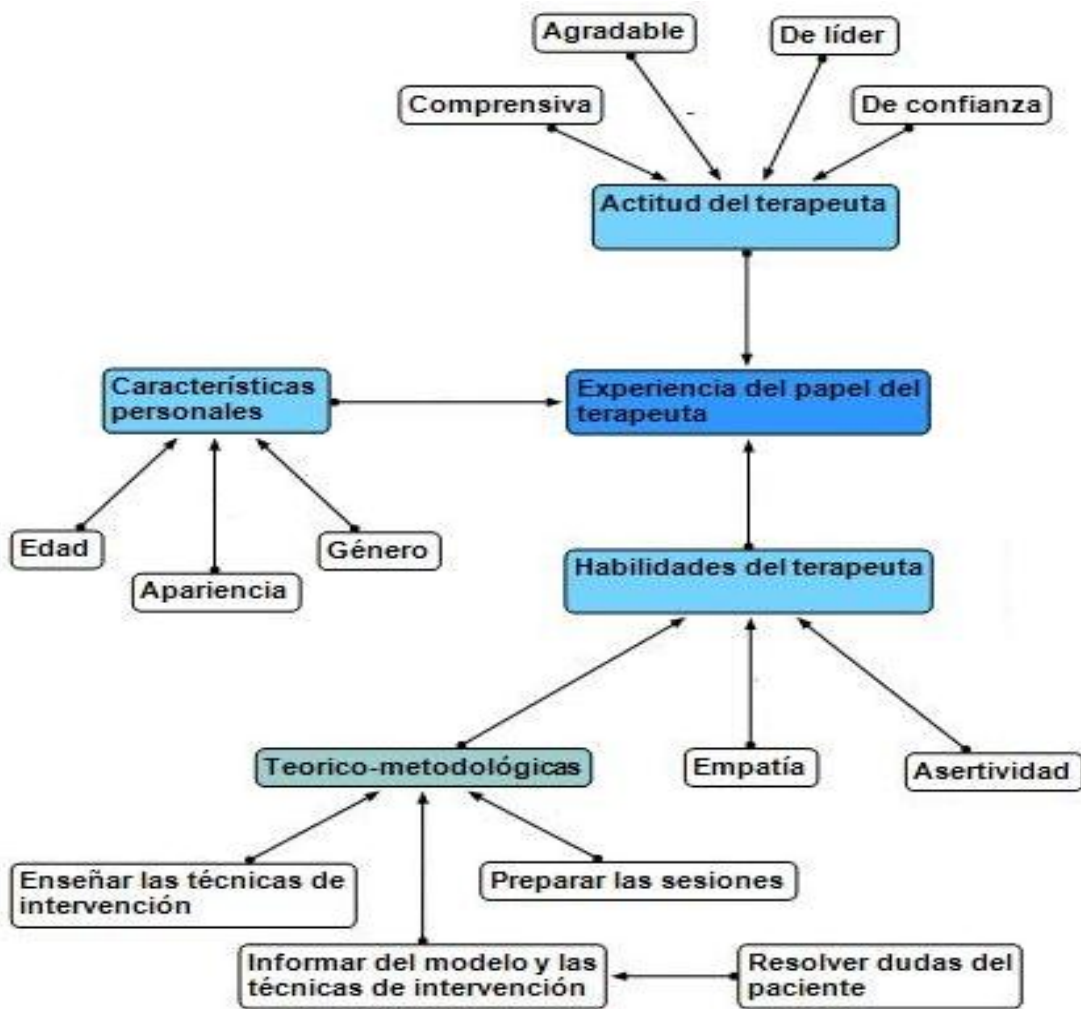


Figura 4. Categoría: experiencia del papel del terapeuta.

7.2. Experiencia del paciente, de sí mismo

En este apartado, se engloban todas las características que el paciente reconoció de sí mismo que obstaculizaba o ayudaba dentro de la terapia, principalmente identificaron tres elementos: las creencias negativas y positivas tanto de la terapia como del psicólogo, en dos momentos al inicio y al final de la intervención, así como creencias de las técnicas de intervención. De igual manera, señalaron que su

actitud durante las sesiones había influido en el proceso de las mismas y fue cambiando en función de la actitud y el trato del terapeuta. Por último también se describen los cambios que logró a raíz de la atención psicológica, así como los facilitadores que contribuyeron. En seguida se escribe con detalle las subcategorías que integran esta categoría.

Creencias acerca de la terapia

La mayoría de los pacientes acudió a terapia por recomendación de médicos, maestros, familiares y otros psicólogos, solo uno acudió por su iniciativa, al recordar que en el pasado le había ayudado, es probable que por estos motivos las creencias acerca de la atención psicológica antes de asistir eran negativas pues pensaban que les absorbería mucho tiempo, iba a ser una actividad aburrida y desconfiaban de la ayuda para solucionar su problema; a pesar de ello, no desechaban la idea de que podrían encontrar apoyo para resolver su malestar, como lo manifiesta la siguiente cita:

“Bueno cuando apenas entre pensé que iba ser algo que x ¿no? que flojera, pero cuando me di cuenta que había personas que me escuchaban me empezó a llamar la atención porque me podía desahogar.”(Paciente 1, femenino)

Mientras que al final de la terapia, las creencias eran más positivas, ya que todos consideraron haber vivido una experiencia agradable porque recibieron ayuda, lograron solucionar su problema o en gran parte, asimismo recomiendan la terapia a otras personas y volverían a asistir en otro momento si fuera necesario.

Creencias acerca del terapeuta

Respecto al terapeuta, tenían la idea de encontrar en él una serie de cualidades, como que fuera atento y amigable que los hiciera sentir bien, los tratara con respeto, no rompiera su confianza y que tuviera conocimientos para ayudarlos a solucionar su malestar. Por otra parte, iban con la expectativa negativa de que no serían escuchados, su opinión no era importante y solo recibirían consejos debido a que otras personas les comentaron que así eran los psicólogos, los párrafos subsecuentes lo enuncian:

“Ah yo pensé que era diferente porque, es que me habían contado unas amigas que habían venido pero no aquí, fue en otra parte, que los psicólogos pues casi no te escuchaban y yo pensaba que eran así que no te escuchaban que solamente te decían y que solamente perdías una hora, dos horas con ellos pero no.”(Paciente 1, femenino)

“Pues en primera que me entendiera, que hubiera como una empatía y que me ayudara a entender lo que me estaba pasando, porque en verdad me sentía desconcertado, no entendía lo que me pasaba no sabía que tenía, entonces solo tenía miedo y miedo y pues; todo lo que esperaba si se cumplió”. (Paciente 4, masculino)

Al concluir la atención psicológica, las creencias eran positivas debido a que la imagen que se llevaron del terapeuta se complementa con las cualidades antes mencionadas, a razón de que lo describen como un confidente y guía que está preparado para ayudar a las personas, enseñándoles herramientas para superar

situaciones difíciles que se les presentan a lo largo de la vida. En cuanto, a la idea de que solo dan consejos sin escuchar a sus pacientes, se desvaneció cuando el paciente notó el desempeño del terapeuta en el transcurso de la intervención.

Por otra parte se decidió conservar esta sección como parte de las creencias de los pacientes porque nos hablan de la percepción que tienen de un elemento que caracteriza a la terapia cognitivo conductual: las técnicas, en este apartado se incorporan las opiniones que tuvieron los usuarios acerca de las técnicas de intervención, las cuales describieron como eficientes debido a que enseñan y ayudan a cómo manejar una situación, a resolver problemas y a conocer los cambios de comportamiento que va teniendo el paciente, a continuación se presentan algunos comentarios:

“Son muy buenas, no solo las practicamos aquí no las estamos llevando ya a casa.” (Paciente 3, femenino)

“Ayudan a cómo manejar una situación donde tienes ansiedad, o bueno es que en mi caso fue en ansiedad, o a lo mejor puede ser una persona con depresión, o una persona con, no sé con fobia y demás.” (Paciente 5, femenino)

“Que fueron bien, bueno si no lo escribía lo podías decir por voz, entonces era como un registro para que te dieras cuenta de los cambios que estabas haciendo, por ejemplo el 26 del no sé que, del año 16, hiciste eso, a pero el 13 del mes que paso, este, viste que en vez de poner algo

malo pusiste algo bueno, entonces te fuiste dando cuenta del cambio que vas haciendo y eso es lo que más me puso feliz.” (Paciente 1, femenino)

Actitud

Por otra parte, la actitud fue vista como la disposición personal del paciente durante la atención psicológica, en sus inicios era desconfiada dado que no conocían al terapeuta y por las creencias que tenían respecto a él y la terapia. Conforme fueron pasando las sesiones, al observar los conocimientos del psicólogo para guiar la intervención, así como la confianza que desarrollaron hacia él, los usuarios dejaron de tener incertidumbre para dar paso al compromiso y la disposición de trabajar en la solución de sus problemas en conjunto con el terapeuta, como lo expresa el discurso siguiente:

“O sea tenía como esa incertidumbre ¿A quién le estoy contando mi vida?, ahorita en este tiempo como te digo ya no hay como el ¿se los cuento?, ¿no se lo cuento?, se los cuento ya tengo la confianza con ellos.” (Paciente 3, femenino)

Adicional a lo antes escrito, para algunos pacientes las condiciones físicas de los cubículos eran fuente de incomodidad durante las sesiones, dicho de sus palabras:

“Lo que no me hizo sentir muy bien o cómodo tiene que ver con la estructura digamos de la clínica, las paredes del cubículo eran muy delgadas entonces había veces que yo me quedaba en silencio y podía

escuchar lo de los otros cubículos y eso no me gustaba porque me distraía.” (Paciente 2, masculino)

Aun cuando, la infraestructura de los cubículos era en ocasiones un distractor o generaba incomodidad, no interfirió de forma relevante en la solución de los malestares de los pacientes, los párrafos siguientes se concentran en detallar dicho tema.

Cambios del paciente

Se considera que los cambios terapéuticos son el resultado final de la combinación entre las características del terapeuta, del paciente y de la relación entre ellos. Los usuarios percibieron que existieron cuatro facilitadores que influyeron en la resolución de su problemática: 1) en general el trabajo del terapeuta, cuando daba consejos, explicó el modelo y las técnicas; 2) las técnicas de intervención así como la ayuda que observaron de las tareas; 3) el empeño y la colaboración del paciente durante la terapia; 4) el vínculo con el terapeuta que proporcionaba un ambiente cómodo, que engloba la sensación de privacidad, haciéndolo sentir tranquilo, desahogado y en confianza.

En general los cambios observados en ellos mismos fueron que aprendieron a generar alternativas para solucionar problemas, a disfrutar momentos en la compañía de personas importantes para ellos y a tener días más relajados. Esos cambios personales los hacen sentir a gusto consigo mismo, así como motivados para seguir mejorando, como lo mencionan los siguientes comentarios:

“Mi vivencia fue mucho mejor, ellos me enseñaron a cómo manejar emociones, a cómo resolver unos problemas, a ver las cosas como son no como uno piensa, este mmm, el enseñarte, sí es así, el enseñarte a que tienes que tener alternativas a tus problemas no nada más es una solución, tienes que tener varias alternativas, entonces es padre ahorita ya lo ves diferente, y eso te ayuda mucho o nos ayuda mucho porque vengo con mi pareja.” (Paciente 3, femenino)

“Creo que por lo que vine fue por poder disfrutar un poco más de lo que yo sentía o lo que yo vivía es algo que yo logre, disfrutar el momento en el que estoy viviendo y todo lo que está sucediendo a mi alrededor, también darme cuenta de que muchos de mis miedos eran irracionales, y de que me están, me estaban limitando a hacer o a poder hacer lo que me gusta, o llegar a lo que yo realmente puedo llegar. Siento que cada vez que tienes un logro te motiva a seguir y te motiva a seguir y te motiva a esperar más, entonces me siento bien porque sé que si ya llegue a este punto puedo y voy a seguir mejorando, y es lo que yo quiero.” (Paciente 5, femenino)

“Me voy muy a gusto, me voy con una motivación de seguir a delante al saber que no es final del mundo... fue una buena experiencia porque me ayudó a encontrar las soluciones para mi problema y pues siempre me sentí muy a gusto, hasta quería venir, o sea no era como una obligación, sino en verdad después de las dos primeras sesiones, en verdad yo

quería venir porque en verdad era algo que me gustaba que me hacía sentir muy a gusto conmigo.” (Paciente 4, masculino)

“Pues mi experiencia fue agradable percibo o creo yo que tuve mucha ayuda creo que por el objetivo que iba se cumplió de hecho se cumplieron otros por los que ni siquiera tenía el conocimiento que existían, me agradó en general como se llevó la terapia, me agradó como la llevó el terapeuta también, pues eh me sentí en confianza, me sentí bien, identifiqué muchas cosas, creo que tenía una mala atribución acerca de los terapeutas jóvenes, realmente, y eso cambio ¿no? creo que sí, hay bastantes personas o bastantes terapeutas que sí les interesa lo que hacen y les gusta su, su motivo por el que creo yo, su motivo por el que estudian creo que lo llevan a cabo, entonces pues en general fue buena, me gusto.” (Paciente 2, masculino)

Como lo expresan los párrafos anteriores, las creencias de los pacientes fueron marcando la actitud que tenían durante la terapia, en el comienzo de la misma se observa que los usuarios asisten con incredulidad, desconfiados de la ayuda que puedan recibir y estos pensamientos se ven reflejados en su desconfianza hacia el psicólogo y la terapia, sin embargo, conforme fueron avanzando las sesiones tanto las ideas como las conductas cambiaron, el usuario reformuló la concepción que tenía de los terapeutas al percibir su actitud, así como sus competencias.

También modificó las creencias respecto a la atención psicológica al notar los cambios de comportamiento que fue teniendo a consecuencia de la terapia, a los

resultados que experimentaba al practicar las técnicas, al percibir la disminución de su problema y al sentirse mejor que antes de iniciar la psicoterapia. Como conclusión de esta sección en la figura 5 se presentan las relaciones de esta categoría.

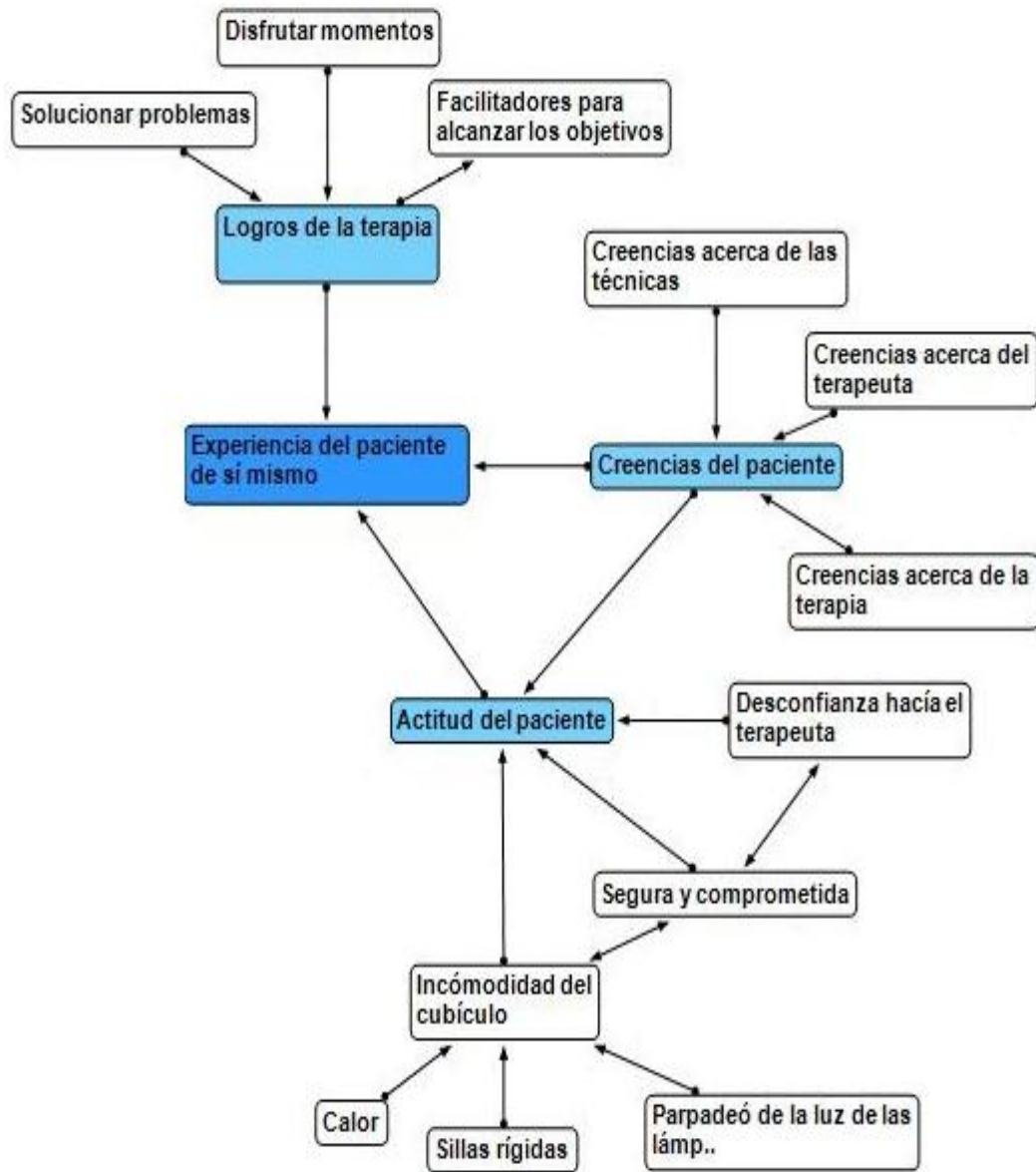


Figura 5. Categoría: la experiencia del paciente, de sí mismo.

7.3. Experiencia de la relación terapeuta-paciente

En esta categoría se agrupan los componentes que los pacientes distinguieron estuvieron presentes en el vínculo que establecieron con el terapeuta los cuales fueron: la comunicación, la confianza, el trato y el ambiente de la terapia. En sí, la relación fue percibida similar a un “*vínculo de confianza*” donde el usuario sentía que la comunicación era como de amigos, donde podía comentar temas íntimos que se reservaba con otras personas y sabía que el terapeuta no iba a compartirlas con otras personas, dicha confianza, se formó y fue aumentando por la convivencia que tenía con el psicólogo en el curso de las sesiones, por la misma comunicación, cuando el paciente platicaba sus problemas y los sentimientos que experimentaba, por la información y por las retroalimentaciones que recibía del terapeuta. De manera similar, influyó la comodidad que sentía del ambiente social de la terapia, las competencias que identificó en el terapeuta y el respeto entre ambos. A continuación se citan las narraciones de los pacientes en donde comentan aspectos de la relación terapéutica:

“Ya después fui agarrando confianza con ellos y ya después se fue formando una amistad, ya que pues, bueno según yo, bueno cuando es una amistad siempre te escuchan y siempre te van dando su punto de vista y si es malo te regañan pero no de forma tan brusca.” (Paciente 1, femenino)

“De la relación con ellos tengo agradecimiento, este cariño porque de tanto tiempo que los ves pues les tomas un poco de cariño, y más que nada agradecimiento. Por saber llevar, o sea no nada más es lo que te

dejan, no es lo que ellos saben porque ellos pueden saber muchas cosas, pues a ti lo que te dan lo que te alimentan al menos a mí a mi persona si me ayuda bastante.” (Paciente 3, femenino)

“Se desarrolló a partir de pues cuando yo me empecé a sentir cómodo, como ya lo describí antes, al principio yo pues no expresaba muchas cosas, a lo mejor, después, bueno eso fue como por la entrevista primera sesión más o menos, a partir de ahí el vínculo que yo percibo que se formó fue dirigido más hacía la comunicación creo que yo estuve más dispuesto, me abrí más, pues comente muchas cosas que tal vez no hubiera comentado en otro momento, no con cualquier persona las comenté o las comentaría, fue siempre con el respeto que ya mencione también, tanto de ella para mí, bueno mutuo era el respeto que había, además también porque percibí o empecé a identificar qué pues realmente no iba a salir de ahí lo que yo platicaba en terapia que no solamente de que la terapeuta tuviéramos en términos generales el mismo rango de edad o que estuviera haciendo su servicio eso no implicaba que la información saliera de la terapia, entonces eso a partir de que yo identificó eso pues empieza creo yo, a fortalecerse más.” (Paciente 2, masculino)

Fue un trato bien, formal pero a la vez de que sí hubo una relación estrecha por así decirlo, donde yo podía depositar mi confianza y que esa persona me iba a dar retroalimentación, no criticándome, no juzgándome tampoco alagándome, sino, diciéndome lo que estaba bien, lo que estaba

mal y lo que podía o debía mejorar en orden de que yo saliera adelante y llevara a cabo bien el proceso de esta terapia.” (Paciente 5, femenino)

Comunicación entre terapeuta y paciente

Además de lo que ya se escribió arriba, en la comunicación había respeto, flexibilidad y confianza para compartir sus opiniones, vivencias y sentimientos, en la plática no empleaban groserías, no se ofendían ni se trataban con hostilidad. Del mismo modo, eran sinceros, honestos ya que no fingían u ocultaban información y trataban de apegar sus comentarios a la verdad. De manera particular, el paciente observó asertividad por parte del psicólogo, en su forma de comunicarse, como ya se había mencionado en la subcategoría de las habilidades del terapeuta.

Confianza

La confianza es una característica tanto de la relación como de la comunicación, a su vez, la comunicación fue uno de los ingredientes que influyó para que el paciente depositara su confianza en el terapeuta, de manera semejante se dio por sus competencias teóricas y sociales, por el interés que expresaba al preguntar el estado del paciente y por la convivencia que mantuvieron durante las sesiones.

La interacción trajo consigo el aumento de la confianza, al mismo tiempo permitía al paciente tener mayor apertura en el diálogo, incorporarse más al trabajo en equipo con el terapeuta dejando de lado las actitudes de incredulidad mencionadas previamente, los siguientes fragmentos de las entrevistas lo ejemplifican:

“Mmm, pues, creo que se fue dando en el hecho de que, tan solo decir ¿cómo me había sentido? a lo mejor emocionalmente en la semana, no es lo mismo que te pregunten ¿qué hiciste? a ¿cómo te sentiste? Siempre a lo mejor la parte de los sentimientos es a lo mejor un poco más cerrada o es un poco más difícil de expresar, entonces fue a la vez de que yo iba diciendo en cómo me sentía, sabía que, no iba haber alguna consecuencia si yo lo decía, o no iba haber algún tipo de regaño, o algún tipo de castigo ni nada, sino que sí yo le decía se lo podía decir a una persona que iba a ayudarme... Bueno lo que sentía era eso, de que hacía posible en que yo pudiera depositar la confianza en ella, en la psicóloga, era en el punto en que resolvía las dudas” (Paciente 5, femenino)

“Siento que conforme fueron pasando las terapias yo sentía cada vez más confianza en el psicólogo y en contar mis cosas, mis problemas, conforme se fue trabajando, y en los resultados que yo veía, también... Yo creo que él hizo que se generará la confianza, porque normalmente la verdad yo soy alguien como muy tímido y me cuesta trabajo contar mis penas...Lo que te comentaba hace rato, que hubo un respeto mutuo, que hacía, que sentía empatía, eh que, y pues también veía un compromiso, eso también me hizo sentir confianza.” (Paciente 4, masculino)

Trato entre paciente y terapeuta

En cuanto la interacción que establecieron, siempre se caracterizó por el respeto, mismo que se reflejaba en la forma de comunicarse, de manera particular, el

terapeuta mostraba gusto por atender al paciente, era cordial y amable con él, procuraba adoptar un rol neutral durante el proceso de intervención, en el sentido de que evitaba halagar y/o juzgar al paciente.

De igual modo, se comportaba empático puesto que el trato era el medio por donde el terapeuta transmitía sus competencias hacía el paciente haciéndolo sentir entendido, comprendido, relajado y en confianza con el objetivo de que colaborara en la solución de su problema.

Ambiente

Por último, el ambiente de la terapia se define como el entorno social y físico que percibió el paciente durante las sesiones. La parte social se describe como las sensaciones que los pacientes consideran se desprendían del terapeuta y la relación con él, lo correspondiente a los elementos físicos fueron igual las sensaciones que generaron en ellos la infraestructura de la clínica.

Respecto a lo social, era un ambiente cálido, privado y con libertad de expresión, en donde cálido engloba aspectos positivos como amistad y respeto; privado se refiere a que no se transfería información a otras personas (a excepción del maestro del grupo) acerca de los temas comentados en sesión; en cuanto a libertad de expresión, se debe a que se percibía aceptación y tolerancia al comunicar pensamientos, sentimientos y vivencias. A continuación se cita un discurso que comenta sobre este tema:

“Sí, creo que cuando a lo mejor estas estudiando, practicando en psicología es a lo mejor, un tanto primordial que los pacientes se sientan en un ambiente de confianza o en un ambiente libre, entonces eso fue una parte en la que yo me sentí bien... me sentí relajada, sentí que, sí me podía ayudar en las situaciones que a lo mejor yo presentaba, y que no me dejaba como con dudas.” (Paciente 5, femenino)

En lo tocante a la infraestructura, como se comentó en el apartado de actitud del paciente hubo aspectos del cubículo que provocaron incomodidad en el paciente como los ruidos y el calor que se encerraba, en tanto a la clínica en general todos los pacientes consideraron que es una estancia agradable; como lo expresan los siguiente comentarios:

“La sala de espera, los baños, la parte de afuera siento que está muy bonita.” (Paciente 5, femenino)

“La verdad me ha dado una gran sorpresa con las instalaciones, siento que esta clínica está muy bonita.” (Paciente 4, masculino)

De lo anterior se desprende que en esta categoría se incorporan los contenidos de las otras, la razón es que para establecer el vínculo terapéutico tuvieron que intervenir la actitud agradable, de líder, segura y comprometida del terapeuta, así como sus competencias sociales; de igual manera influyeron las creencias y la actitud que el usuario fue manifestando. Este conjunto de elementos hizo posible la creación de una alianza de trabajo en donde ambas partes se unieron para establecer un objetivo de trabajo en común, el cual se consiguió gracias a los componentes presentes en dicha

relación. Asimismo, la relación es el medio de interacción en donde sus actores transmiten por medio del lenguaje lo perteneciente a su rol, el paciente comunica la información acerca de su problema mientras que el terapeuta va proporcionando las posibles alternativas de solución por medio de las técnicas de intervención y las competencias que tiene para guiar el proceso, de la misma manera trata de hacer sentir parte de la terapia al usuario para que se comprometa y colabore a seguir la ruta marcada por el psicólogo. Por último en la figura 6, se representa las subcategorías que forman parte de esta categoría.

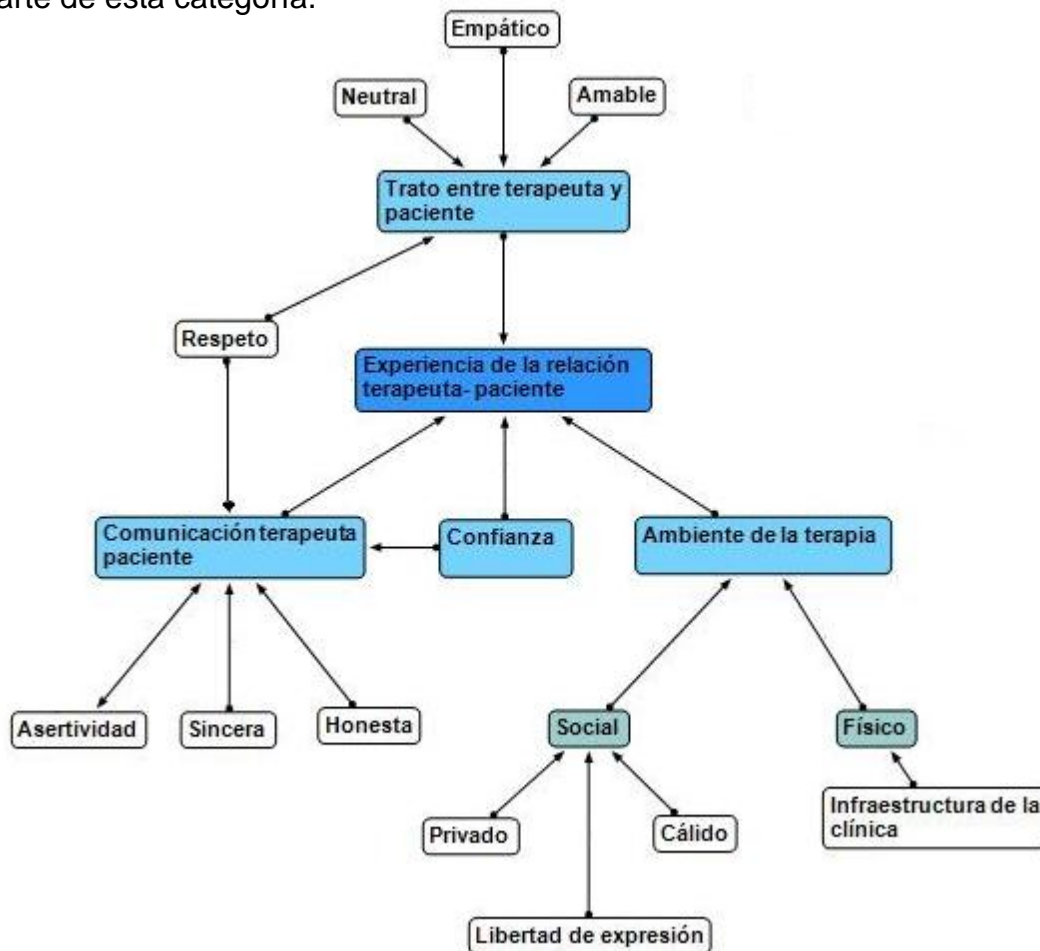


Figura 6. Categoría: experiencia de la relación terapeuta-paciente.

Por otro lado, dentro de los discursos de los pacientes se observa que la terapia cognitivo conductual, no fue percibida de forma rígida y los terapeutas no se comportaban de manera sistematizada como regularmente se describe que son, no obstante, sí adopta un papel directivo en lo correspondiente a asignar las técnicas y las tareas que trabajarían, a pesar de ello los usuarios no lo experimentaron de manera autoritaria e impositiva posiblemente porque se les informaba y solicitaba su opinión acerca de ello, puede que también la actitud agradable, de líder, así como la asertividad del psicólogo haya influido en los momentos de comunicarlo y llevarlo a la práctica. En general, la vivencia terapéutica fue descrita como agradable por como fue el proceso, por la interacción con el terapeuta, por su trabajo, por los valores presentes el trato que recibía del mismo, por el ambiente cálido, privado, libre de expresión y de confianza que sentían durante las sesiones y por los cambios que tuvo a causa de la intervención, a pesar las incomodidad que generaron algunos aspectos del cubículo.

Para finalizar, en el apéndice 5 se aprecia un mapa con los componentes de cada categoría y los vínculos que hay entre los mismos, la figura representa de forma visual la experiencia que vivieron los cinco pacientes participante que asistieron y concluyeron un proceso de terapia cognitivo conductual en la clínica “Aurora” de la FES Zaragoza, que ha sido descrita en este capítulo, no obstante se seguirá comentando acerca del estudio sus alcanzas, hallazgos y limitaciones en los apartados que vienen.

CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN

Con base a los resultados de este estudio, se deduce que se cumplió el objetivo de describir las experiencias de un grupo de pacientes que recibieron terapia psicológica cognitivo conductual en la clínica “Aurora” de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, de igual manera se logró identificar y describir las competencias que presentan los estudiantes de psicología durante la actividad terapéutica, la relación terapeuta-paciente y el logro de objetivos terapéuticos.

Los resultados permiten discernir que la experiencia recae en los tres componentes de la atención psicológica: el terapeuta (su actitud, sus características personales y sus competencias); el paciente (sus creencias tanto de la terapia como del terapeuta en dos momentos antes y después de la atención, asimismo se encontraron las creencias que tenían de las técnicas de intervención, su actitud y su percepción de cambios de comportamiento); por último la relación que formaron entre ambos (la cual se componía de la comunicación, la confianza, el ambiente terapéutico y el trato amable, empático, respetuoso y neutral). La clasificación de las categorías se asemeja a los estudios de Krause, (1992) y Magaña y Torres, (2012) ya que ambos estudios señalan que la experiencia de los pacientes se clasifica en la percepción del rol del terapeuta, del vínculo terapéutico y el papel del paciente, de manera semejante Roldón et al. (2009) hace la misma clasificación sin considerar la relación terapéutica, pero agrega la institución como otro elemento que contribuye a la satisfacción del usuario.

En tanto a las competencias del psicólogo en formación se distingue que fueron: teórico-metodológicas y sociales, las del primer grupo le permitieron guiar el

proceso terapéutico bajo el modelo cognitivo conductual, diseñar un plan de intervención, llevarlo a la práctica, explicárselo al usuario e informarlo de su problema, así como resolver las dudas que llegaba a tener en el transcurso de las sesiones, además se observó que sus actitudes interfirieron de manera positiva, a razón de que los pacientes consideraron que cuando el terapeuta explicaba algo lo hacía de forma agradable, segura sin imponer autoridad, de manera particular, esta acción generaba una sensación de confianza y seguridad hacía él y su trabajo, encauzando al paciente a sentirse participe de la terapia formando un equipo de trabajo colaborativo en donde ponía de su disposición para resolver su malestar, de igual modo, se concluyó que fue un elemento importante para el desarrollo de la relación terapeuta-paciente, ya que, a partir de la confianza aumentó su apertura para dialogar sus problemas de forma honesta y sincera, lo que probablemente fue un elemento que ayudó a la consecución de los objetivos terapéuticos, lo anterior coincide con los trabajos de (Barraca, 2009; Hill, 2005; Ibáñez et al., 2011; Norcross & Lambert, 2011; Vargas et al., 2011).

En cuanto a las competencias sociales, se identificó que la asertividad y la empatía predominan en este grupo de terapeutas, al igual que las habilidades teórico-metodológicas fueron cualidades favorables que intervinieron para establecer la relación terapeuta-paciente, misma que representó el medio por donde se guió la intervención, se transmitieron los pensamientos, las emociones y se unieron las características de ambos actores que hicieron viable la terapia, como lo establece la literatura (Beck et al., 1983; Caro, 2003; Ellis, 1989; Semerari, 2002; Rivadeneira et al., 2007; Rondón, 2009).

De igual manera, los resultados de este estudio concuerdan y complementan los trabajos de Corbella et al.(2008); Cruzat, Aspillaga, Behar, et al.(2010); Cruzat, Aspillaga, Torres et al., (2013); Rondón, (2009); Santibáñez et al.(2009) al describir que cuando el usuario percibe al terapeuta como una persona agradable, amigable, comprometida, segura, confiable, flexible con interés genuino en ayudar, junto con el ambiente social cálido, armonioso y privado de la terapia proporcionan el enganche del paciente aumentando la posibilidad de alcanzar las metas terapéuticas.

Como se ha escrito en los párrafos anteriores, se puede inferir que las competencias y la actitud del psicólogo fueron determinantes para el éxito de la terapia, en este punto también influyeron aquellas variables del usuario por ejemplo: el compromiso, la disposición y las creencias positivas acerca de las técnicas, del terapeuta así como de la intervención, de igual manera se deduce que debieron estar presentes otros componentes personales que no fueron explorados en el estudio como: el deseo de sentirse mejor, creer que necesitan la ayuda, ser extrovertidos o introvertidos, mencionados por Alcázar, (2007); Besser y Moncada, (2013); Laborda y Rodríguez, (2005); Ospina, (2008); Rodríguez y Arias, (2013); Santibáñez et al. (2008); Winkler et al. (1989). En cuanto a la solución de las problemáticas, se observó que todos los usuarios finalizaron su intervención porque su malestar disminuyó y fue eliminado, en este punto es importante mencionar que la decisión de concluir la terapia fue en equipo, es decir tanto paciente como terapeuta estaban en común acuerdo, los criterios para elegir la decisión se debe a la valoración realizada por ambas partes y se han tomado como base algunos recursos de evaluación de la TCC, como el análisis funcional de la conducta, los registros conductuales y cognitivos, así como la auto-

observación del paciente. Respecto a las expectativas de los pacientes aunque no fueron investigadas, se identificaron que la incredulidad manifestada por los participantes al inicio de la consulta hacía la misma y el terapeuta pudo haber representado una barrera para continuar con la atención, como lo refieren los trabajos de Winkler et al., (1989) y Alcázar, (2007).

En este sentido, también se observó que las características personales del terapeuta no tuvieron relevancia para la mayoría de los participantes durante la atención psicológica, ni en sus logros, este dato contrasta con las investigación de Etchevers et al. (2014) y Rondón (2009) quienes argumentaban que la relación terapéutica y la psicoterapia se beneficiaban si ambos eran del mismo sexo y compartían el nivel socioeconómico, es factible que la información difiera porque en el presente trabajo se estudiaron a psicólogos en formación y los pagos que hacían los usuarios eran para retribuir a la facultad no a los terapeutas, de igual modo, los autores entrevistaron a psicoterapeutas y en este fue a los pacientes, lo que nos lleva a entender que desde la perspectiva de los usuarios no es importante ese tipo de características tal vez porque dan mayor prioridad a la ayuda que esperaban encontrar, a pesar de que los entrevistados no contemplaban esa idea al comienzo de la intervención.

Relacionado a este último comentario, se reconoce como una limitante que los participantes se inclinaron a expresar su postura negativa solo antes de la terapia y al aspecto de la clínica dando la impresión que no deseaban compartir momentos negativos que pudieron llegar a suceder durante la misma y con el terapeuta, a pesar de que se habló del tema en las entrevistas, solo dos persona mencionaron que a

veces se desesperaba cuando el terapeuta no llegaba a las sesión, por su parte el otro comentó que notaba que al terapeuta disperso, cuando se profundizó al respecto sus respuestas coincidieron en que eso había pasado muy pocas veces y a pesar de ello no fue un elemento relevante para desertar de la atención, por tal motivo no se presentaron estos datos en la sección de los resultados debido a que no se encontró una categoría en donde colocarlo y porque los demás entrevistados negaron que les haya disgustado algo, no obstante el comentario se vislumbró como un indicativo de que también hay aspectos de incomodidad en los pacientes y que se deben de ser indagados para detectar áreas de oportunidad en el desempeño de los estudiantes.

Otra limitante del estudio fue que únicamente se realizó una ronda de entrevistas originando que posibles categorías fueran descartadas a falta de más información, por lo tanto se recomienda que futuras investigaciones ahonden aquellos puntos que quedaron inconclusos por ejemplo: los aspectos negativos percibidos por los pacientes durante la terapia y sus consecuencias, así como sus emociones antes de llegar en la consulta debido a que dos participantes comentaron tener miedo al primer encuentro, coincidiendo con lo encontrado por (Alcázar, 2007) al mencionar que es una expectativa frecuente en las personas al iniciar un proceso terapéutico, a pesar de ello aún queda en el aire la explicación que está detrás de esa u otras emociones de los consultantes; un tema más podría ser la comodidad de los usuarios con la diferencia del género de los terapeutas, el cual ha sido poco investigado. De igual manera, sería pertinente realizar otros trabajos donde se describan las experiencias de aquellos pacientes que abandonaron la terapia o no alcanzaron sus objetivos, con el propósito identificar los puntos que hace falta cubrir y trabajar con los futuros psicólogos.

En lo tocante a los alumnos, los resultados de este trabajo han diferido de los presentados por Ortega y Quintero, (2011); Jiménez y Trujillo, (2014); Verdín y Pérez, (2010), porque los pacientes han identificado en sus terapeutas conocimientos, habilidades y actitudes trasladados al escenario clínico y en cada momento de su intervención, particularmente lo enfatizaron al comentar que la información y las explicaciones ayudaban a que ellos confiaran y se sintieran seguros con el trabajo del psicólogo, de la misma manera se han venido escribiendo las competencias que observaron en ellos, esta situación es importante porque podría indicar que los estudiantes si poseen competencias pero ellos no se consideran autoeficaces en su labor como psicólogos, o podría deberse a las modificaciones del plan de estudios, o a otras cuestiones de su desempeño escolar. No obstante se propone que sería pertinente investigar al respecto para detectar esa contradicción entre la información de los alumnos y los usuarios.

A partir de estas competencias descritas por los participantes, es aceptable decir que los estudiantes o recién egresados de la carrera de psicología de la FES Zaragoza han demostrado tener las competencias genéricas de razonamiento al adaptar sus conocimientos a las prácticas clínicas y de liderazgo al promover en sus pacientes el cambio de sus conductas problemáticas, de igual forma, se notaron las competencias teóricas, metodológicas y valorativas, mismas que se ya se han comentado en el capítulo de resultados y en este. Con esta información se considera que se ha logrado aportar datos que cubran con la participación de los usuarios de las clínicas universitarias en la formación de los psicólogos, además se identificaron algunos componentes que influyen de manera positiva para optimizar las intervenciones

terapéuticas y algunos otros que no son favorables porque pueden ser factores que promuevan la deserción, como la infraestructura del lugar.

Al respecto, es pertinente rescatar en la clínica “Aurora” el ambiente físico de los cubículos generaba incomodidad en los pacientes por lo que se recomienda que los propios estudiantes y maestros podrían darse a la tarea de acomodar los espacios antes de las sesiones, como abrir o cerrar las ventanas y cortinas de acuerdo a las condiciones climáticas, otra sugerencia es que pongan una planta u objetos discretos que hagan más cómodo y armonioso el tiempo de las sesiones.

Por otra parte, es importante mencionar que tal como lo indica la literatura (Hamui et al., 2013; Hill, 2005; Krause, 1992; Timulak, 2009; Torres, & Lara, 2002; Reyes et al., 2005) indagar las experiencias de los usuarios, ha sido de gran utilidad para describir las competencias, actitudes y características del terapeuta así como el dinamismo que tienen junto con las variables de los pacientes para hacer posible el éxito terapéutico. Aunado a ello, se ha podido observar que el enfoque cognitivo conductual determinó el procedimiento de las intervenciones, así como algunas competencias teórico-metodológicas como: dar información a los pacientes acerca de la terapia y la aplicación de las técnicas, por mencionar algunos; asimismo el terapeuta también se muestra empático, agradable, cordial, amigable, comprensivo y cálido, bajo este contexto, es posible dilucidar que los criterios rígidos comúnmente señalados en la consulta conductual, desaparecen en los escenarios prácticos.

Para finalizar, este apartado se considera relevante rescatar que así como lo ha marcado la literatura en este estudio se señala la importancia de las competencias del

terapeuta en la atención psicológica, al respecto al ser este una propuesta de trabajo inicial solo se concentró en este grupo de psicólogos, no obstante se espera poder expandir este tipo de proyectos a las otras modalidades terapéuticas, debido a que como lo mencionan Barraca (2009); Compas & Gotlib, (2003); Corbella et al. (2008); Del Prette et al. (1999); Ibáñez et al., 2011; Laborda y Rodríguez, (2005); Rivadeneira et al. (2007); Ruiz, (1998) Vargas et al. (2011); Yáñez-Galecio (2005), dentro de las características del terapeuta sus habilidades determinan en mayor parte el éxito de la terapia independientemente de las técnicas de intervención y el modelo teórico de trabajo.

CONCLUSIONES

Las principales aportaciones de este trabajo son la descripción de las competencias que mostraron este grupo de estudiantes al adoptar el rol de terapeutas, asimismo se han identificado que las actitudes durante esta actividad tiene un papel importante tanto en su desempeño, como en la imagen que reflejan a los pacientes, quienes consideran importante encontrar psicólogos agradables. Adicional a ello, se deduce que dichas actitudes están inmersas con las habilidades, competencias y conocimientos del alumno, mismas que al llevarlas a la práctica tiene como resultado intervenciones eficaces.

Por lo tanto, es deseable que durante la formación profesional del psicólogo además de aprender los conocimientos pertinentes, es imprescindible la adquisición de actitudes que le permitan desempeñarse de manera efectiva durante sus actividades académicas y en un futuro en su vida laboral. En este punto es oportuno invitar tanto a los estudiantes como a los docentes a fomentar y desarrollar actitudes positivas que enriquezcan el rendimiento del alumnado en su trayecto estudiantil.

Asimismo, se observa que los alumnos poseen la mayoría de las competencias plasmadas en el plan de estudios de la FES Zaragoza dentro de este contexto clínico. Un indicativo de ello, fue que lograron modificar las creencias negativas que tenían los pacientes tanto del psicoterapeuta como de la psicoterapia, probablemente este cambio de idea se debe al desempeño que tuvieron en la misma, al vínculo terapéutico y a los logros que alcanzaron los usuarios. Con ello se determina que a pesar de las condiciones incómodas que percibieron los consultantes de los cubículos, tuvieron una

experiencia agradable de la atención psicológica atribuida principalmente a los cambios de comportamiento que notaron, esta idea quedó plasmada con la premisa: “*hay más soluciones a los problemas*” demostrando con ello, que han adquirido algunas herramientas para sobrellevar y resolver dificultades que se les llegase a presentar en un futuro.

Respecto a la relación de las competencias con el vínculo terapéutica y el éxito de la intervención, se deduce que las competencias del terapeuta han sido un principal elemento para que los pacientes se mantengan en la terapia. De igual manera influyeron en la constitución del vínculo, a su vez ambas, fueron determinantes en el logro de los objetivos terapéuticos. Retomando los discursos de los participantes las habilidades y conocimientos fueron elementos que favorecieron en el desarrollo de la confianza hacia el psicólogo, asimismo, reconocieron que las explicaciones de cada técnica, la información que le daban acerca de su problema, la forma segura y asertiva en que realizaban estas actividades eran un indicativos de sus competencias, por consecuencia, al depositar su confianza fueron estableciendo ambas partes una relación de trabajo donde estaban presentes componentes como: empatía, comprensión, respeto y comunicación. De lo anterior se infiere, que de todas las habilidades del terapeuta, las sociales son las más importantes, porque están inmersas en la interacción con el paciente, la cual es uno de los elementos más importantes para ellos en la consulta psicológica, esta postura coincide con los planteamientos anteriores de Ibáñez et al. (2011) y Vargas et al. (2011).

Por otra parte, también se observa que todas estas características, junto con las técnicas y las tareas, los usuarios aprendieron a modificar los comportamientos que

anteriormente les habían causado malestar, al mismo tiempo, fueron adquiriendo herramientas que les ayudaron a solucionar problemas. Durante este proceso, estuvieron presentes las competencias que se describieron de los terapeutas, las características del usuario, la relación entre ambos les permitió comunicarse, entenderse, llegar a acuerdos y finalmente alcanzar el objetivo que los llevó a trabajar juntos.

Para finalizar, durante el trayecto de este estudio se observa que su riqueza cualitativa ha aportado información para conocer algunas características correspondientes a los psicólogos en formación, de manera semejante, ha llevado a puntualizar aspectos que no se había contemplado en un inicio como las creencias que tienen las personas al momento de solicitar terapia y las actitudes adoptadas durante la intervención, se infiere que ello representa una aportación que debería ser considerada por los terapeutas para mejorar su desempeño, pero también ha sido de apoyo para entender el proceso terapéutico de manera más integral. En otro aspecto, los resultados han traído consigo la apertura a nuevas vertientes de investigación dentro de la psicología clínica, adicional a esto se contemplan otros temas que se desprenden a cuestiones educativas como incorporar actividades académicas encaminadas a enseñar a los alumnos a desarrollar sus competencias y generar actitudes acordes al perfil del psicólogo y sociales como el estudio del ambiente en las terapia psicológica, así como diseñar propuestas que reduzcan los factores que influyen negativamente. Se esperaría que estos proyectos apoyaran a mejorar la atención brindada en las clínicas universitarias, asimismo podrían enriquecer la formación del psicólogo en la FES Zaragoza.

REFERENCIAS

Alcázar, R. (2007). Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más sesiones. *Salud Mental*, 30(5), 55-62.

Álvarez, H. (2015). Presente y futuro de las investigaciones en psicoterapia. *Revista Latinoamericana de ciencia psicológica*, 7(1), 68-78.

Anguiano, S., Bravo, C., Coffin, N., Olvera, J., Rodríguez, M., Soria, R., Rentería, A., Valadez, A. & Valladeras, P. (2013). *Psicoterapia cognitivo-conductual técnicas y procedimientos*. México: UNAM.

Amengual, G. (2007). El concepto de experiencia: de Kant a Hegel. *Tópicos*, (15), 5-30.

Barraca, J. (2009). Habilidades clínicas en la terapia conductual de tercera generación. *Clínica y Salud*, 20 (2), 109-117.

Beattie, A., Shaw, A., Kaur, S. & Kessler, D. (2008). Primary-care patients' expectations and experiences of online cognitive behavioral therapy for depression: a qualitative study. *Journal compilation*, 12, 45-59.

Beck, A. T., Rush, A. J. Shaw, B. F. & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Desclée de Brouwer.

Besser, C. & Moncada, L. (2013). Proceso psicoterapéutico desde la perspectiva de terapeutas que tratan trastornos alimentarios: un estudio cualitativo. *PSYKHE*, 22(1), 69-82.

Bosques, A. (2016). *La formación profesional del psicólogo en Iztacala; los significados del profesor y del alumno*. (Tesis doctoral). FES Aragón, UNAM, México.

Coon, D. & Mitterer, J. (2010). *Introducción a la psicología el acceso a la mente y la conducta*. México: CENGAGE Learning.

Compas, B. & Gotlib, I. (2003). *Introducción a la psicología clínica*. México: Mc Graw Hill.

Corbella, S., Fernández, H., Saúl, L., García, F. & Botella, L. (2008). Estilo personal del terapeuta y dirección de intereses. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 281-289.

Corbin, J. & Strauss, A. (1990). Grounded theory research: procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*, 13(1), 1-19.

Cruzat, C., Aspillaga, C., Behar, R., Espejo, C. & Gana, C. (2013). Facilitadores de la alianza terapéutica en la anorexia nerviosa: Una mirada desde la diada terapeuta-paciente. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 51(3), 157-183.

Cruzat, C., Aspillaga, C., Torres, M., Rodríguez, M., Díaz, M. & Haemmerli, C. (2010). Significados y vivencias subjetivas asociados a la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria, desde la perspectiva de mujeres que lo padecen. *PSYKHE*, 19(1), 3-17.

Del Prette, Z., Del Prette, A. & Mendes, M. (1999). Habilidades sociales en la formación profesional del psicólogo: análisis de un programa de intervención. *Psicología Conductual*, 7(1), 27-47.

Elliot, R. & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: an analysis of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9, 443-467.

Ellis, A. (1999). *Una terapia breve más profunda y duradera*. España: Paidós.

Esparza, E. & Blum, B. (2009). Evaluación del programa para optimizar la formación del psicólogo clínico. *Revista de la Educación Superior*, 38(4), 97-112.

European Certificate in Psychology EuroPsy (2007-2013). *Competencias de los psicólogos*. Recuperado de <http://www.europsy.cop.es/index.php?page=competencias>

Etchevers, M., Simkin, H., Putrino, N., Giusti, S., Helmich, N. (2014). Relación terapéutica: estudio en población de psicólogos clínicos. *Anuario de Investigaciones*, 20, 23-30.

Facultad de Psicología. (2008). *Descripción sintética del plan de estudios de la licenciatura en psicología*, UNAM, México.

Feixas, G. & Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

FES Iztacala. (2015). *Plan de estudios de la licenciatura en psicología*, UNAM, México.

FES Zaragoza. (2010). *Propuesta de modificación al plan y programa de estudios de la licenciatura en psicología*, UNAM, México.

FES Zaragoza. (2016). *Gaceta Zaragoza*, 54 1-28.

Flick, U. (2012). *Introducción a la investigación cualitativa*. España: ELECE

Fontana, C. (2001). ¿Qué es el psicoanálisis? En (Autor), *Todo lo que usted nunca quiso saber del psicoanálisis* (25-46). España: Gedisa.

Jiménez, Y. & Trujillo, N. (2014). *Formación profesional del psicólogo egresado de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza*. (Tesis de licenciatura). FES Zaragoza, UNAM, México.

Krause, M. (1992). Efectos subjetivos de la ayuda psicológica discusión teórica y presentación de un estudio empírico. *PSYKHE*, (1), 41- 52.

Gaete, R. (2014). Reflexiones sobre las bases y procedimientos de la teoría fundamentada. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 25(48), 149-172.

Gallego, O. (2008). Descripción de las habilidades sociales en estudiantes de psicología de una institución de educación superior. *Revista Iberoamericana de Psicología: ciencia y tecnología*, 1(1), 61-71.

Gallego, O. (2009). Diseño y pilotaje de un programa de entrenamiento en habilidades sociales para estudiantes de psicología de una universidad privada de Bogotá. *Psychologia avances de la disciplina*, 3(2), 55-80.

García, M. & Vargas, P. (2008). Hacia la formación del psicólogo por competencias. En C. Carpio (Ed.), *Competencias profesionales y científicas del psicólogo, investigación, experiencias y propuestas*. (75-102). México: UNAM.

Garfield, S. (1979). *Psicología clínica: el estudio de la personalidad y la conducta*. México: El Manual Moderno.

Goldfried, M. (1996). *De la terapia cognitivo conductual a la psicoterapia de integración*. España: Desclée de Brouwer.

Giraldo, M. (2011). Abordaje de la investigación cualitativa a través de la teoría fundamentada en los datos. *Ingeniería industrial*, 2(6), 79-86.

Guzmán, J. (1989). La carrera de psicología en la UNAM. En J. Urbina (Ed.) *El psicólogo: formación, ejercicio profesional y prospectiva*. (59-75). México: UNAM.

Guzmán, J. & Núñez, P. (2008). Análisis curricular de la formación del psicólogo en México. En J. Guzmán (Ed.), *La enseñanza de la psicología. Aportaciones de la investigación para mejorar la docencia teórica práctica de contenidos psicológicos*. (23-55). México: UNAM.

Greenwood, J. D. (2010). *Una historia conceptual de la psicología*. México: McGraw Hill.

Hamui, A., Ramírez, O., Aguirre, R., Fuentes, R., Díaz, A. & Gómez, D. (2013). La experiencia de los acompañantes en su trayectoria por las unidades hospitalarias durante un evento de atención médica: un acercamiento cualitativo. *Medigraphic*, 58(1), 26-36.

Hamui, L., Fuentes, R., Aguirre, R. & Ramírez, O. (2013). *Expectativas y experiencias de los usuarios del sistema de salud en México: un estudio de satisfacción con la atención médica*. México: UNAM.

Hill, C. (2005). Therapist techniques, client involvement, and the therapeutic relationship: inextricably intertwined in the therapy process. *Psychotherapy Theory Research Practice Training*. 42(4), 431-442.

Ibáñez, E., Vargas, J., Landa, P. & Olvera, J. (2011). Evaluación de un manual de entrenamiento en habilidades interpersonales para terapeutas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 384-406.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). *Censo de población y vivienda del estado de México, tabulados del cuestionario básico*, México.

Kazdin, A. E. (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas 2da edición*. México: El Manual Moderno.

Laborda, A. & Rodríguez, J. (2005). Factores personales en la relación terapéutica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 25(96), 29-36.

Maqueda, M. & Ibáñez, L. (2012). La habilidad de comunicar: caminando hacia el paciente. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 3(2), 158-166.

Magaña, P. & Torres, C. (2012). La deserción de pacientes del Centro Atención Psicológica (CAPS), desde un punto de vista en primera persona. (Tesis de Licenciatura). UAHC, Chile.

Nilsson, T., Stevansson, M., Sandell, R. & Clinton, D. (2015). Patients' experiences of change in cognitive-behavior therapy and psychodynamic therapy: a qualitative comparative study. *Psychotherapy Research*, 17(5), 553-566.

Norcross, J. & Lambert, M. (2011). Psychotherapy Relationships that work II. *Psychotherapy Theory Research Practice Training*. 48(1), 4-8. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/50393496>

Ortega, B. & Quintero, M. (2011). *Trayectoria en la formación profesional del psicólogo(a) en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza: la dinámica entre el capital cultural y las expectativas en el ejercicio profesional*. (Tesis de licenciatura). FES Zaragoza UNAM, México.

Ortega, M. (2012). *Experiencias de estigma en personas con diagnóstico de esquizofrenia y epilepsia*. (Tesis de licenciatura). UNAM, México.

Ospina, D. (2008). La relación terapeuta-paciente en el mundo contemporáneo. *Investigación y Educación en Enfermería*, 26(1), 116-122.

Phares, J. (1999). *Psicología clínica. Conceptos, métodos y práctica*. México: El Manual Moderno.

Reidl, L. (2008). Competencias profesionales y científicas del psicólogo, investigación, experiencias y propuestas. En C. Carpio (Ed.), *Competencias profesionales y científicas del psicólogo, investigación, experiencias y propuestas*. (15-39). México: UNAM.

Reyes, M., Weldt, C., Mateluna, X. & Almarza, E. (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.

Ribes, E. (1989). Algunas reflexiones sociológicas sobre el desarrollo de la psicología en México. En J. Urbina (Ed.), *El psicólogo: formación, ejercicio profesional y prospectiva*. (491-503). México: UNAM.

Ribes, E. (2006). Competencias conductuales: su pertinencia en la formación y práctica profesional del psicólogo. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(1), 19-26.

Ribes, E. (2011). La psicología: cuál, cómo y para qué. *Revista Mexicana de Psicología*, 28(1), 85-92.

Rivadeneira, C., Dahab, J. & Minici, A. (2007). La relación terapéutica en terapia cognitivo conductual. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, (12), 1-6.

Rogers, C. (2004). *El proceso de convertirse en persona*. México: Editorial Paidós.

Rodríguez, M. & Arias, S. (2013). Autocuidado en terapeutas: estableciendo un buen vínculo con pacientes considerados difíciles. *Revista Sul Americana de Psicología*, 1(2), 216-234.

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.

Ruiz, G. (2013). La teoría de la experiencia de John Dewey: significación histórica y vigencia en el debate teórico contemporáneo. *Foro de Educación*, 11(15), 103-124.

Ruiz, M. A. (1998). Habilidades terapéuticas. En M. Vallejo (Ed.), *Manual de terapia de conducta vol. 1*. Madrid: Dykinson.

Ruiz, M. A, Días, M. I. & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. España: Desclée de Brouwer.

Santibáñez, P., Román, M., Chenevard, C., Espinoza, A., Iribarra, D. & Müller, P. (2008). Variables inespecíficas en psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 26(1), 89-98.

Santibáñez, P., Román, M. & Vinet, E. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26(2), 267-287.

Saucedo, M., Cortés, M., Salinas, F. & Berlanga, C. (1997). Frecuencia y causas de deserción de los pacientes que asisten a consulta subsecuente de la división de servicios clínicos del Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Salud Mental*, 20, 13-18.

Sociedad Mexicana de Psicología. (2013). *Código ético del psicólogo*. 4ª ed. México: Trillas.

Strauss, A. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Universidad de Antioquia.

Terapia cognitiva. (1992). *Manual de psicoterapia cognitiva*. Recuperado de:
<http://www.psicologiaonline.com/ESMUbeda/Libros/Manual/manual0.htm>

Timulak, L. (2009). Meta-analysis of qualitative studies: A tool for reviewing qualitative research findings in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19(4), 591-600.

Tortosa, G. F, (2000). *Una historia de la psicología moderna*. España: McGraw Hill.

Torres, J. & Lara, M. (2002). Apego al tratamiento psicoterapéutico y resultados de una intervención breve en pacientes de consulta externa psiquiátrica. *Salud Mental*, 25(6), 27-34.

Tuning America Latina 2011-2013 (2014). Competencias específicas de la psicología. *Innovación Educativa y Social*. Recuperado de <http://www.tuningal.org/es/areas-tematicas/psicologia/competencias-especificas-de-psicologia>

Vargas, J., Ibáñez, E. & Landa, P. (2011). Estudio comparativo de entrenamiento en habilidades interpersonales para terapeutas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(3), 117-128.

Valderrama, P., Colotla, V., Gallegos, X. & Jurado, S. (1994). *Evolución de la psicología en México*. México: El Manual Moderno.

Verdín, F. & Pérez, G. (2010). *La evaluación en el proceso enseñanza-aprendizaje. Una aproximación desde la perspectiva de los estudiantes de psicología de la FES-Zaragoza*. (Tesis de licenciatura). FES Zaragoza UNAM, México.

Winkler, M., Cánceres, C., Fernández, I. & Sanhueza, J. (1989). Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico: una sistematización. *Revista Terapia Psicológica*, 8(11), 34-40.

Wolpe, J. (1981). *Práctica de la terapia de la conducta*. México: Trillas.

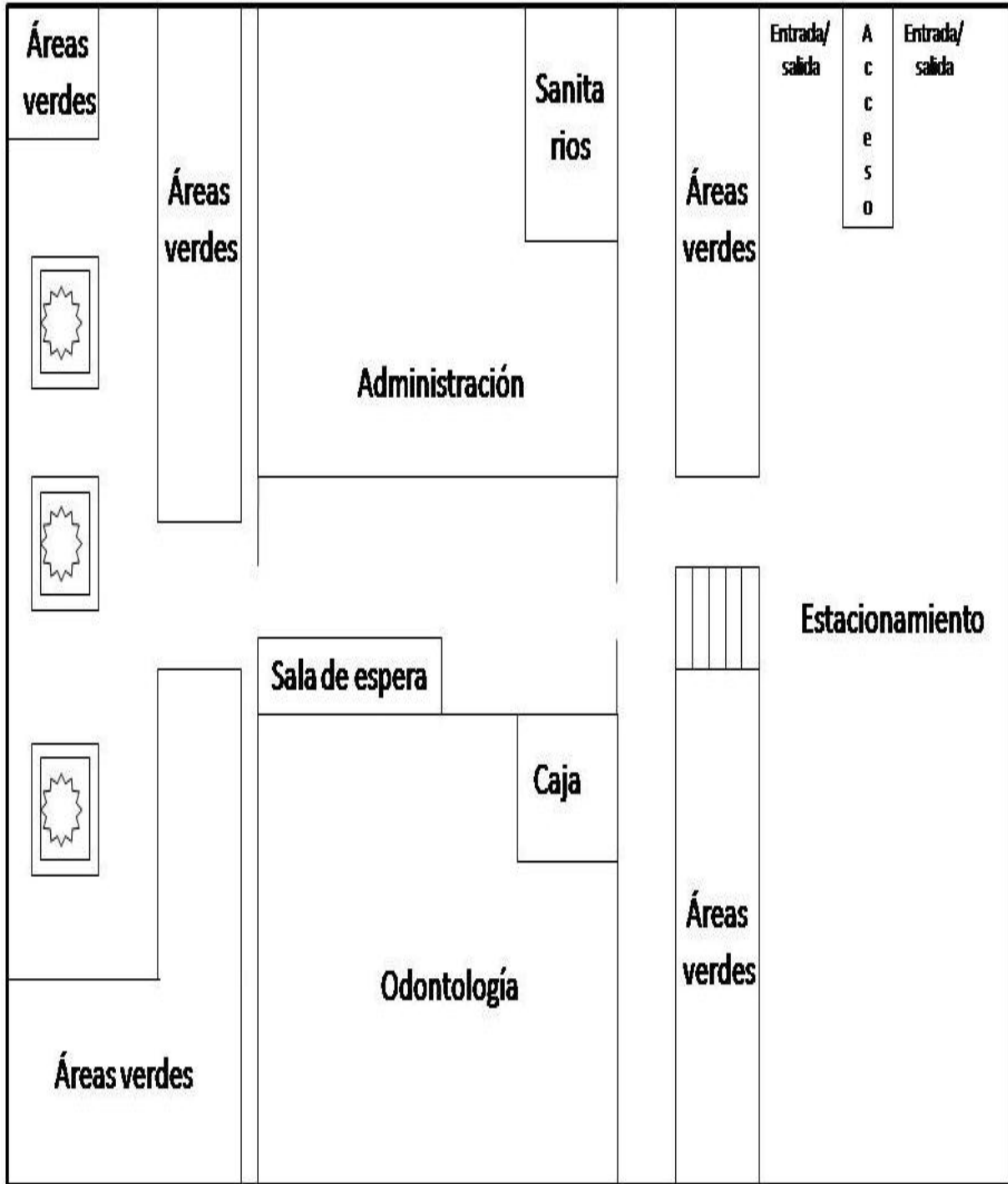
Yáñez-Galecio, J. (2005). Competencias Profesionales del Psicólogo Clínico: Un Análisis Preliminar. *Terapia Psicológica*, 23(2), 85-93.

Zanatta, E. & Yurén, T. (2012). La formación profesional del psicólogo en México: trayecto de la construcción de su identidad disciplinar. *Enseñanza e investigación en psicología*, 17(1), 151-170.

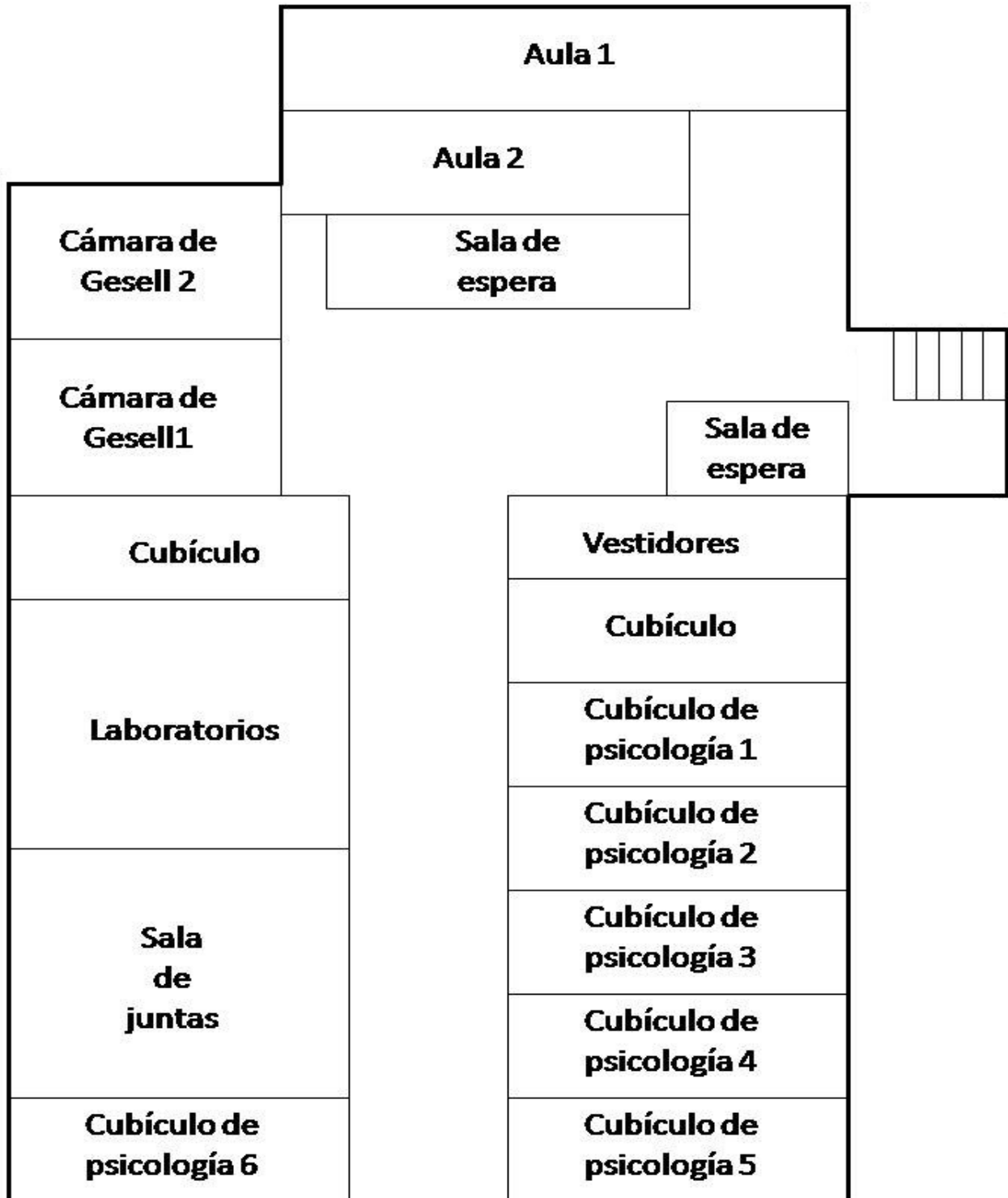
APÉNDICES

❖ Apendice 1. Esquemas de la clínica

Clínica "Aurora" Planta Baja



Clínica "Aurora" Planta alta



❖ **Apéndice 2. Guía de entrevista**

Antes de comenzar la entrevista quiero decirte que todo lo que tú me comentes no lo van a saber los psicólogos que te atendieron, ellos no se van a enterar de nada de lo que aquí pase. Entonces siéntete con toda la libertad, con toda la confianza de expresar lo que tú pienses, lo que tú sientes, todo lo que tú aquí me digas no va ser juzgado, no te voy a criticar, no va haber repercusiones de ningún tipo, al contrario te agradezco que te apegues a la verdad, a lo que tú piensas, te pido que seas lo más claro posible. Puesto que los datos que tú me brindes va a beneficiar muchísimo al servicio de la clínica a comparación si estás diciendo alguna mentira o si estas falseando la información, acuérdate que no hay respuestas ni buenas, ni malas que es tú vivencia tu percepción, lo que tú sentiste, lo que tú viviste. Entonces, te pido mucha sinceridad y mucha honestidad por favor, y si tienes alguna duda por favor házmela saber.

❖ **Preguntas referentes a la experiencia de la terapia psicológica**

Voy iniciar preguntándote ¿Cuál fue tu experiencia al venir aquí a la Clínica Aurora?

Háblame acerca de qué esperabas al venir a terapia psicológica

Pláticame que trabajaste en la terapia

Ahora, me podrías describir el proceso de la terapia

En cuanto a las sesiones que tenías, pláticame ¿cómo eran?

Cuéntame sobre las técnicas que trabajaste

Háblame de cómo te sentiste en esta terapia

Hubo algo que no te haya gustado de la terapia

❖ **Preguntas referentes al psicólogo(a) encargado de la terapia**

Hemos estado platicando de tu terapia, me gustaría también que me hablaras acerca del psicólogo ¿qué esperabas encontrar en él o ella antes de iniciar la terapia?

Compárteme cuál fue tu experiencia al trabajar con el psicólogo (a) que te atendió

Pláticame sobre la manera de trabajar de tu psicólogo (a)

Cuéntame ¿Cómo se comportaba el psicólogo (a) las sesiones?

Me gustaría que me platicaras de la actitud que tenía el psicólogo (a) en las sesiones

Ahora me gustaría que me comentaras si identificaste habilidades en la forma de dar terapia de tu psicólogo (a)

¿Descríbeme cómo cuáles?

¿Cómo te diste cuenta?

Tenías preferencia por el género del psicólogo, es decir, que te atienda un hombre o una mujer. ¿Por qué?

En cuanto a la apariencia de cómo se viste o se arregla el psicólogo crees que influye o que es importante en la terapia. ¿Por qué?

Hubo algo que no te haya gustado del trabajo del o la terapeuta

❖ **Preguntas referentes a la relación terapéutica**

Me podrías hablar sobre la relación con el (la) terapeuta

Pláticame ¿cómo que elementos habían en la relación?

Me podrías platicar ¿cómo tú te sentiste en esta relación con el psicólogo (a)?

Pláticame ¿cuál era el trato que tenían el psicólogo (a) contigo?

¿Había confianza? Descríbeme ¿Cómo se fue dando esa confianza?

Cuéntame ¿Cómo era la manera en que se comunicaban contigo?

❖ **Preguntas referentes a los logros del paciente**

Me gustaría que me compartieras ¿cuál fue tu experiencia al haber asistido a terapia?

Consideras que resolviste el problema que te trajo a terapia

Lo que me lleva a solicitarte a que me comentes ¿cómo te sientes con tus logros?

Me dices que lograste tus objetivos, ¿qué crees que influyó para que tú los alcanzaras?

❖ **Preguntas acerca de las instalaciones de la clínica**

Ya para concluir ¿Cuál es tu opinión acerca las instalaciones de la clínica?

Y que piensas de los cubículos, la sala de espera, los baños, el estacionamiento.

Sí pudieras hacerle modificaciones a la clínica ¿cuáles serían?

¿Hay algo más que quieras compartir acerca de esta terapia que concluyes?

Bueno, yo te agradezco el que hayas aceptado a participar en esta investigación, por el tiempo que me regalaste para esta entrevista, por desenvolvimiento y por la sinceridad que tuviste. De nuevo muchas gracias, que te vaya muy bien. Y felicidades por los logros que alcanzaste.

❖ **Apéndice 3. Consentimiento Informado**



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Carrera de Psicología



Clínica Universitaria de Atención a la Salud “Aurora”

Fecha: _____

Por este medio hago constatar que yo, _____

En pleno uso de mis facultades, acepto a colaborar como participante en la investigación: “Experiencias de un grupo de pacientes que recibió terapia cognitivo conductual en una clínica universitaria: un análisis cualitativo”.

Así mismo asumo que se me han informado los siguientes lineamientos:

- 1) Estoy enterado(a) del proceso y las consecuencias que se involucran en la realización de la investigación.
- 2) Doy mi consentimiento de que la entrevista que se me realice sea grabada en audio. Igualmente, accedo a que la información recabada sea reproducible, analizada y publicada con fines educativos por la investigadora.

3) Estoy de acuerdo que los datos personales proporcionados: (nombre, dirección, teléfono de casa y celular) serán de uso confidencial, y de ninguna manera se publicaran en la investigación.

4) Entiendo que tengo la libertad de participar, declinar o retirarme de la investigación, de ser este último el caso, estoy enterado(a) de las consecuencias que generó en el estudio.

5) Declaro que de ninguna forma fui obligado(a) a ser partícipe de este estudio.

Dicho lo anterior acepto a colaborar como participante.

Nombre y firma del paciente participante

Nombre y firma de la psicóloga responsable de la investigación

❖ **Apéndice 4. Tablas de Categorías**

Tabla 7. Categoría experiencia del papel del terapeuta

Categoría: Experiencia del papel del terapeuta		
Subcategorías	Propiedades	Unidades de análisis
Características personales	Apariencia	<p><i>“No esperaba que viniera con traje y demás porque al final de cuentas hasta cierto punto es un ambiente escolar, a la vez también me ayudaba, porque normalmente cuando vez a una persona de traje, bueno al menos en mi caso me pone nerviosa, porque impone mucha autoridad entonces que fuera así, es un ambiente más tranquilo.”</i></p> <p><i>“No, creo que es importante a lo mejor al inicio ¿no? En una entrevista, tal vez porque te da como más, te impacta ¿no?, pero yo creo que solamente es un holograma, realmente, porque pues el conocimiento no se ve en la ropa ¿no? en lo que traiga puesto o algo, o que tan buen terapeuta o mal terapeuta sea yo creo que no se ve en eso, a mí no me ha influido, que yo recuerde no, nunca, en ningún momento me influyó.”</i></p> <p><i>“Yo digo que el físico no es lo que importa, lo que importa más son los sentimientos que ellos tienen, las emociones y los consejos que ellos te dan...”</i></p> <p><i>“Como que de eso no te das cuenta cuando traes problemas, no te fijas de la apariencia sino de lo que te están ayudando.”</i></p> <p><i>“A mí en lo personal no es importante pero en el mundo real creo que si es importante.”</i></p>

Características personales	Edad	<p><i>“De la edad, nunca nos hicieron notar la diferencia de edad, o sea de que ustedes son más jóvenes que nosotros, ¿cómo te diré? yo nunca note que ellos eran más jóvenes que uno... Uno tiene eso de que sabe que son estudiantes entonces no tienen que ser personas tan grandes.”</i></p> <p><i>“Estaba escéptico porque decía ¿cómo alguien de mi edad me va ayudar? No daba como toda mi confianza hacía la terapeuta digamos que al inicio como que pensaba que no tenía a lo mejor la misma preparación o mucha preparación... creo que tenía una mala atribución acerca de los terapeutas jóvenes, realmente, y eso cambio...Influyó más el terapeuta en que ese escepticismo cambiara y me sintiera mejor. Bueno ese es un elemento principal creo que es el que más tiene peso y otra mmm no, no creo que haya realmente otra, creo que la mayor parte es del terapeuta, el terapeuta al mostrarme sus competencias lo que sabía, que sabía aplicar las técnicas, el conocimiento que tenía, creo que fue lo que más ayudó a que pues yo me sintiera en más confianza en la terapia.”</i></p>
	Género	<p><i>“La verdad no, no me importaba”</i></p> <p><i>“No a mí no me va ni me viene, no, no es importante”</i></p> <p><i>“No tenía preferencia porque fuera hombre o mujer”</i></p> <p><i>“No me importaba”</i></p> <p><i>“Creo que si influyó en algún momento”</i></p>
		<p><i>“Siempre eran felices y agradables... los sentimientos serían, como siempre estar alegres y a pesar de lo que les pase, siempre nunca mostrarles, bueno es difícil ¿no? pero aunque les pase algo siempre mostrar esa sonrisa y todo, los consejos</i></p>

Agradable	<i>siempre hacerte sentir bien y nunca herirte o lastimarte con una palabra y las emociones siempre estar feliz.”</i>
Segura Comprensiva	<i>“Comprensivos y tolerantes, nunca se debilitaron ante una situación...No estaban cansados, no estaban aburridos ¿no? porque luego muchas veces las terapias sienten y escuchar los problemas de las otras personas, hay aburrido ¿no?, siempre estuvieron como atentos, como enfocados en la situación bueno en la hora de terapia.”</i>
Actitud del terapeuta	<i>“Yo lo sentía respetuoso, amigable, lo sentía, ah las actitudes que él tomaba, pues cuando tenía que ser serio lo era, cuando tenía ese momento para hacer un chascarrillo lo hacía, me motivaba a seguir, a echarle ganas con mi problema... Era empático, mmm yo creo que también fue responsable, comprometido ya lo mencione que siempre estaba aquí los lunes, él siempre se mantuvo muy atento a las cosas que le decía, creo que eso me refería un poco con empático utilice mal la palabra, en verdad sentía que me escuchaba, sentía que de alguna manera me comprendía.”</i> <i>“Estuvo dispuesta en el momento que pedí la atención la aceptó y pues se comprometió, ya dentro de la terapia como tal eh ¿cómo decirlo? en el momento que fue la entrevista por ejemplo, pues noté que fue muy atenta con todo lo que le platicaba y creo que fue amable pues por su forma de darme la palabra, en la forma en que se dirigía a mí, por ejemplo si no entendía algo pues me lo decía pero de una forma como muy asertiva, amable, como tranquila...Era agradable, me ponía atención”</i>

	De líder	<p><i>“Una de las cosas que me agradaba era que también ella me decía que, me motivaba a yo seguir, a yo realizar las tareas, a realizar las técnicas que me estaba dando, entonces creo que si una persona te va motivando a realizar las cosas es de bastante ayuda.”</i></p>
Competencias del terapeuta	Teóricas y metodológicas	<p><i>“Me dio pues las explicaciones desde diferentes, bueno no explicaciones, sino de cómo se explica desde diferentes, desde lo biológico y lo psicológico y todo eso mi problema y cuáles eran las posibles soluciones tanto como terapéuticamente como medicamento. La verdad si fue de ayuda, porque había cosas que yo no entendía de lo que me pasaban y con esas explicaciones ya podía como encajar las cosas que me pasaron a mí con mi problema.”</i></p> <p><i>“Primero me enseñaron por lo que sabían de la problemática, me enseñaron unos videos, y ya conforme fue pasando el tiempo pues ya nada más fue terapia... me explicaron muchas técnicas de las cuales estoy aprendiendo y estoy practicando, vamos a suponer, nos explican y nos dicen: “haber danos un problema de lo que ustedes estén pasando y aquí lo tratamos de solucionar”, este, eso también ya no los estamos llevamos a casa ya no nada más es resolver aquí también en casa...sí han ayudado mucho porque te puedo decir que en transcurso de estas dos semanas tuvimos un pequeño problema y no lo trajimos para acá, sino allá lo resolvimos y con esa misma técnica.” “Cuando me explicó el marco teórico y el porque de las tareas me agradó saberlo, cuando no entendía algo me lo explicaba. Cuando me explicaba el porqué de las cosas, de las técnicas, al escoger las tareas, se veía que se prepara y no llegaba en blanco”</i></p>

Asertividad

“Asertiva en la forma de pedirme las cosas, o de pedirme más información, nunca fue como tosca o enojona o algo así, no, siempre se dirigió a mí con respeto, pidiéndolo con un tono adecuado... Ah por ejemplo, si no entendía algo me decía “a no, no te entendí, me podrías repetir otra vez lo que me dijiste por favor” y yo le decía a sí...Esa comodidad pues engloba en la manera en que hablaba esa forma como tranquila de hablar, eso me hacía sentir como cómodo, tranquilo.” “El tono de voz que usaba no era así como si fuera un regaño, como si fuera una orden, ni de nada de eso, también el lenguaje corporal ella también se veía relajada, la postura de sus manos y demás, cuando platicábamos en la terapia me veía a los ojos.”

Empatía

“Era empática conmigo”

“Se sentía o bueno yo percibía la empatía, entonces yo en verdad creía y creo que entendía el problema que tenía, o sea, ah es que eso es muy complicado de explicar, mmm yo pienso que él entendía mi problema porque se mostraba muy atento conmigo y pues me hacía sentir escuchado y entendido.”

“Se interesaba en tratarme desde mi caso.”

Tabla 8. Categoría experiencia del paciente, de sí mismo

Categoría: Experiencia del paciente, de sí mismo		
Subcategorías	Propiedades	Unidades de análisis
Creencias	Acerca de la terapia	<p>Al inicio: <i>“Cuando iniciamos era totalmente diferente, este como todo va creciendo poco a poco, creció poco a poco, aja mis expectativas eran pues un poco bajas en la forma de que pensar ¿si me van ayudar? ¿no me van ayudar?, y ahorita pues me llevo otras expectativas muy diferentes a las que yo pensaba. Yo decía que por más terapias que tuviéramos, porque por parte de mi pareja fue quien dijo que viniéramos a psicología de pareja, yo decía en el fondo de mí: no, no va haber como la ayuda ¿no?, o sea como que siento que no hay la ayuda para mí.”</i></p> <p><i>“Pues yo esperaba en un principio creo que todos los pacientes solucionar mi problema, con respecto a la terapia igual pensaba que me iba a consumir mucho tiempo, la terapia, pero pues no, es una hora nada más, hora y cacho, o que iban a ser horarios muy rígidos, porque no sé cuántos pacientes hay aquí, que iban haber horarios muy rígidos, como de a las seis, ahí se termina, independientemente en lo que nos quedemos era lo que yo esperaba, pero pues no, las terapias duraban lo que tenían que durar en mi caso.”</i></p> <p><i>“Al principio, te digo estaba escéptico, realmente no tenía expectativas.”</i></p> <p><i>“Ah esperaba, ya tenía un poco de, ya había asistido a otras terapias. Pero, a pesar de que me dieron conocimientos, no había sentido una ayuda como tal,</i></p>

entonces esperaba que, yo aquí encontrar una persona que no solamente me diera una parte teórica, sino, que me ayudara a llevarla a la práctica en mi día a día, sobre todo la parte de eh, en que pudiera dejar a un lado la ansiedad en bastantes ámbitos para poder enfocarme, en lo que por así decirlo, me hace bien.”

Al Final:

“Siento que si fue de bastante ayuda, es de las cuatro de donde he ido, es en donde más he sentido efecto, por así decirlo, porque me he dado cuenta en el lapso que tengo que si he cambiado a lo mejor pequeñas actitudes pero son cosas que me van ayudar. ”

Creencias

Acerca de la
terapia

“Tiene una solución de alguna manera, eh me voy con una buena experiencia siendo el paciente, y que yo creo que sí es un ejercicio pesado para el terapeuta escuchar siempre personas, pero me voy con un cúmulo de experiencias y conocimientos que siento y espero que me ayuden en un futuro.”

Al inicio: *Encontrar una persona confidencial que tú le cuentas las cosas y él o ella no se las cuenta a nadie más, que siempre te haga sentir bien y aunque se enoje nunca te diga una mala palabra.”*

“Esperaba que, hubiera una persona o personas que pudieran ayudarme en cuanto a lo de la ansiedad, sobre todo que es al momento de conocer nueva gente y que pudiera yo controlarla en mi vida diaria.”

“Más que nada ayuda, porque cuando me mandaron para acá me mandaron por mi niño, fue una cláusula que me mandaron para poder recibir a mi niño que yo tenía que tomar terapia de pareja, al principio fue como un requisito y después fue

como una necesidad.”

Creencias

Acerca del
terapeuta

Al final: *“Creo, este cuando salgan al campo, a la calle van a ser unas personas pues excelentes, excelentes psicólogos para empezar a ayudar a la demás gente, son unas personas que me han ayudado muchísimo, muchísimo, este, yo también eso, que soy una persona como muy efusiva y ellos me tranquilizaron bastante, yo te puedo decir que todo eso ha ayudado bastante, bueno en lo personal si les tengo que agradecer mucho.”*

“Ellos tienen todo ¿cómo tienen todo? Sí tienen todo porque, uno, saben escuchar, dos, de lo que le están diciendo dan sus consejos intentan buscar una forma en que sus pacientes se sientan cómodos y con confianza para explicarles y todo y otra les hacen preguntas y siempre les preguntan ¿cómo te fue en la semana? Y esto y lo otro, y eso es lo que una persona siempre necesita porque no todas las personas les pregunta y ¿cómo te fue? es lo que necesitan las personas. Porque los hacen sentir importantes, aparte de lo que ya son, los hace sentir más importante...Venir al psicólogo no es algo malo ya que te ayudan demasiado.”

“Creo que sí, hay bastantes personas o bastantes terapeutas que sí les interesa lo que hacen y les gusta su, su motivo por el que creo yo, su motivo por el que estudian creo que lo llevan a cabo...Yo considero que es ayuda, es como un maestro y como un guía hasta cierto punto que te enseña ciertas cosas.”

Creencias

“Es una persona que te ayuda, bueno no que ayuda, si no que te brinda herramientas, técnicas para poder superar situaciones que se te presentan a lo largo de la vida.”

	Acerca de las técnicas de intervención	<p><i>“Son muy buenas”</i></p> <p><i>“Te enseñan a manejar una situación.”</i></p> <p><i>“Son eficientes.”</i></p>
Actitud	Desconfiado	<p><i>“O sea tenía como esa incertidumbre ¿A quién le estoy contando mi vida?, ahorita en este tiempo como te digo ya no hay como el ¿se los cuento?, ¿no se lo cuento?, se los cuento ya tengo la confianza con ellos.”</i></p> <p><i>“En los primeros días como que no me sentí tan confiada para decirles mis problemas.”</i></p> <p><i>“No dar toda mi confianza hacía la terapeuta digamos que al inicio como que pensaba que no tenía a lo mejor la misma preparación o mucha preparación, en ese aspecto me refería, a la preparación.”</i></p>
	Comprometido	<p><i>“También me sentí comprometido en estar viniendo”.</i></p> <p><i>“me sentí como más en confianza y pues dispuesto o sea más cooperativo, pero lo que hizo que cambiara eso pues fue simplemente, yo creo fue la experiencia de vivirlo, de aceptarlo, a seguir en terapia”.</i></p>
Actitud	Incómoda	<p><i>“No me hizo sentir muy bien o cómodo tiene que ver con la estructura digamos de la clínica, las paredes del cubículo eran muy delgadas entonces había veces que yo me quedaba en silencio y podía escuchar lo de los otros cubículos y eso no me gustaba porque me distraía.”</i></p> <p><i>“tiene muy poca luz en los cubículos, la luz hay veces en que parpadeas, a veces se encierra el calor y las sillas son incómodas.”</i></p>

Percepción de cambios	Facilitadores para alcanzar los objetivos	<p><i>“Creo que el empeño que tuve ¿no? La disposición a pues a cambiar algunos aspectos, esa fue una, de la mano claro de las estrategias de las técnicas porque sí no, no sabría cómo llevarlo, además antes te había mencionado también como del vínculo de alguna manera a mí me motivo a continuar mientras veía los cambios y seguía recibiendo esas retroalimentaciones que me hacían sentir bien pues continuaba generando más cambios, este empeñándome más en las técnicas, haciendo más mis tareas y nada más.”</i></p> <p><i>“En primera voluntad mía yo creo que es muy importante, porque las herramientas ya se me fueron proporcionadas por el psicólogo y pues igual el paso del tiempo siento que igual no es una cosa que sale de un día a otro y pues seguir yo sobre esa misma línea.”</i></p>
	Cambios percibidos	<p><i>“El enseñarte a que tienes que tener alternativas a tus problemas no nada más es una solución.”</i></p> <p><i>“Aprendí a que tengas confianza en ti misma, que siempre hay un porque un dónde, cómo y cuándo para decir las cosas, no siempre tenemos que ver la salida fácil porque hay miles de salidas y aunque son un poco más difíciles siempre es para mejorar y para ser una buena persona.”</i></p> <p><i>“Entonces me siento bien porque sé que si ya llegue a este punto puedo voy a seguir mejorando, y es lo que yo quiero.”</i></p> <p><i>“Me voy muy a gusto, me voy con una motivación de seguir a delante al saber que no es final del mundo.”</i></p>

Tabla 9. Experiencia de la relación terapeuta-paciente

Categoría: Experiencia de la relación terapeuta-paciente		
Subcategorías	Propiedades	Unidades de análisis
Comunicación entre paciente y terapeuta	Respeto	<p><i>“Nunca me dijeron una mala palabra”</i></p> <p><i>“Siempre fueron muy asertivos” “con respeto siempre, llegamos a un acuerdo de que me iban a decir de tú... Siempre con amabilidad, siempre respetuosos, desde el principio marcamos que, como no soy tan grande ¿cómo te digo de tú o de usted? O sea desde el principio se marcó como nos íbamos a comunicar, siempre hubo el respeto aunque fue de tú, pero siempre con respeto, nunca hubo una mala palabra, siempre neutrales y amables.”</i></p> <p><i>“Hablaban como una persona, como un conocido, no se sentía tanto como una terapia si no como si le estuvieras preguntando a un conocido a un amigo, le estuvieras contando tu situación.”</i></p>
	Sincera y honesta	<p><i>“Yo sabía que tenía que decir la verdad, de que tenía que ser honesto.”</i></p> <p><i>“Son personas que te hablan con la verdad.”</i></p> <p><i>“Te dicen la verdad, te dicen como están pasando las cosas, ya que te dicen como están pasando las cosas te piden tu punto de vista, tu opinión, tu comentario después de que te piden tu comentario te dicen si ese comentario o si tú sientes que algo está mal en tu vida pues ellos te dan las posibilidades para que veas que no y que tu vida si tiene sentido.”</i></p>

Comunicación
entre paciente y
terapeuta

Confianza

“Se dio por base de las terapias ¿no?, esté, conforme fueron avanzando las terapias se fue dando más y más la confianza, y se llegaron a temas hasta como de sexualidad entonces esos son temas más delicados y en los que tienes que tenerle confianza a la persona para hablar de ellos. De dos, tres sesiones empezamos a agarrarnos confianza, no fue así como muy inmediato por lo que estas ¿Le contare? ¿No le contare? O sea ¿si me entiendes? ¿Si me ayudara?, ¿no me ayudara?”

“Mmm, pues, creo que se fue dando en el hecho de que, tan solo decir ¿cómo me había sentido? a lo mejor emocionalmente en la semana, no es lo mismo que te pregunten ¿qué hiciste? a ¿cómo te sentiste? Siempre a lo mejor la parte de los sentimientos es a lo mejor un poco más cerrada o es un poco más difícil de expresar, entonces fue a la vez de que yo iba diciendo en cómo me sentía, sabía que, no iba haber alguna consecuencia si yo lo decía, o no iba haber algún tipo de regaño, o algún tipo de castigo ni nada, sino que sí yo le decía se lo podía decir a una persona que iba a ayudarme... Bueno lo que sentía era eso, de que hacía posible en que yo pudiera depositar la confianza en ella, en la psicóloga, era en el punto en que resolvía las dudas.”

“Siento que conforme fueron pasando las terapias yo sentía cada vez más confianza en el psicólogo y en contar mis cosas, mis problemas, conforme se fue trabajando, y en los resultados que yo veían.”

Yo creo que él hizo que se generará la confianza, porque normalmente la verdad yo soy alguien como muy tímido y me cuesta trabajo contar mis penas...Lo que te

		<p><i>comentaba hace rato, que hubo un respeto mutuo, que hacía, que sentía empatía, eh que, y pues también veía un compromiso, eso también me hizo sentir confianza.”</i></p> <p><i>Y yo sentí como un vínculo de confianza que se formó.”</i></p>
	Respetuoso	<p><i>“Siento que siempre hubo un respeto y a pesar de eso, de que había un respeto nunca se tornó frío o sobrio.”</i></p> <p><i>“Siempre con el respeto que ya mencione también, tanto de ella para mí, bueno mutuo era el respeto.”</i></p>
Trato entre paciente y terapeuta	<p>Por parte del terapeuta:</p> <p>Amable</p> <p>Empático</p>	<p><i>“Creo que fue un buen trato, no sentí que me tratara así como, ah es que eres adolescente y eso les pasa a todos, si no que sentía que si me, llegaba a, ¿cómo decirlo?, llegaba a interesarse, a tratarme de manera personal, o sea verlo desde mi caso que yo tenía, no me sentía así de eso, aja, todos los adolescentes lo padecen no te preocupes, sino que me ayudaba a mejorar y sentí que fue un buen trato, por ejemplo, me preguntaba cómo me había ido en la semana entonces, a partir de eso era lo que trabajábamos y sentía que era bueno, porque no era como algo a lo mejor tan sistemático, sino que, era a partir de lo que yo iba pasando era cómo se iban manejando las terapias, sentía que era un trato personal... me trataba como una persona que era capaz de entender la situación en la que yo estaba pasando, y brindándome las técnicas para que yo las pusiera a cabo o las llevara a cabo, o sea, no era como que me dejara a mi suerte, tampoco era como que me tuviera que llevar paso a paso, sino que, me trataba como una persona lo suficientemente capaz, para entender el proceso o por lo que yo estaba pasando y</i></p>

		<p><i>capaz de entender y de llevar a cabo todas estas, recomendaciones.”</i></p> <p><i>“Fue muy amable, atenta, dedicada, empática.”</i></p> <p><i>“Siempre con amabilidad, siempre respetuosos, desde el principio marcamos que, como no soy tan grande ¿cómo te digo de tú o de usted? O sea desde el principio se marcó como nos íbamos a comunicar, siempre hubo el respeto aunque fue de tú, pero siempre con respeto, nunca hubo una mala palabra, siempre neutrales y amables.”</i></p>
	Neutral	
		<p><i>“Calidez eh, yo lo relacionó con este ambiente amigable, que no es serio, frío, que no es hostil, sino que todo lo contrario que hay una buena relación, que hay confianza, que hay respeto, que hay compromiso a eso yo lo englobo con cálido, o sea con puros positivos.”</i></p> <p><i>“Me gusta mucho esa palabra de comodidad porque así me sentía.”</i></p>
	Cálido	
Ambiente social y físico de la terapia	Libertad de expresión	<p><i>“Me sentí en la total libertad de decir mis opiniones y como lo pensaba, me sentí a gusto, mmm me sentí bien, o sea sin tantas palabras, pude dejarme llevar desde un principio, o sea no hubo como un impedimento que hiciera que yo ocultara algo de mí, sino el psicólogo, el ambiente, hizo que me sintiera yo en completa confianza y comodidad no me sentía incómodo contando mis cosas, me sentí muy a gusto.”</i></p>

		<p><i>“Este ambiente privado me ha gustado mucho.”</i></p> <p><i>“Sé que la confidencialidad está ahí y no se va a transmitir.”</i></p> <p><i>“Empecé a identificar qué pues realmente no iba a salir de ahí lo que yo platicaba en terapia que no solamente de que la terapeuta tuviéramos en términos generales el mismo rango de edad o que estuviera haciendo su servicio eso no implicaba que la información saliera de la terapia.”</i></p> <p><i>“Es como una persona confidencial que tú le cuentas las cosas y él o ella no se las cuenta a nadie más.”</i></p>
	Privacidad	
		<hr/> <p><i>“La sala de espera yo la veo bien, la vigilancia bien, archivos bien todo lo demás me parece muy bien.”</i></p> <p><i>“Está muy bonita.”</i></p> <p><i>“Siento que está muy bonita la clínica.”</i></p> <p><i>“La sala de espera bien, este yo por lo regular utilizo mucho el baño y siempre está limpio.”</i></p>
Ambiente social y físico de la terapia	Infraestructura de la clínica	

❖ Apéndice 5. Mapa relaciones de las categorías

