

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESINA DE LICENCIATURA

“FACTORES PSICOTERAPÉUTICOS  
COMUNES”

Preferencias de psicólogos y estudiantes avanzados  
de psicología en la elección de sus psicoterapeutas

Alumna: Ana Paula Navia  
Director: Lic. Gustavo Graña

Mendoza, Febrero, 2013

**HOJA DE EVALUACIÓN**

**TRIBUNAL**

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor invitado: Lic. Gustavo Graña

Nota

## **Agradezco...**

A mi papá y a mi mamá no solo por haberme dado la posibilidad de estudiar esta carrera, haberme apoyado y confiado tanto en mí, sino, y sobre todo, agradezco que hoy estén conmigo.

A mis amigas, Johe por haberse pasado horas conmigo, ayudándome en lo que podía y soportando mis estados de ánimo. A Gabi porque siempre fue la prueba de que “sí se puede” y siempre tiene buena energía para dar. A Yami porque siempre me transmite confianza en mí misma y en la profesión. A Maria y Vane por la buena onda.

A mis hermanas, Naty porque con su forma de ver y cuestionar las cosas me ayudó a pensar mucho. A Gabi y Lau porque me dieron muchísima fuerza y porque me apoyan siempre.

A mis sobrinos, simplemente por ser tan hermosos y transmitirme lo mejor.

A los profesores que me acompañaron en esta etapa, Gustavo Graña mi director y Cristina Straniero que aunque no tenía obligación de hacerlo me dedicó tanto tiempo.

Y agradezco a Guido que sin saberlo me ayudó muchísimo en esta etapa y es la mejor y más linda compañía que puedo tener...

## **RESUMEN**

El presente trabajo tiene como objetivo profundizar en el concepto de factores comunes, explorando a su vez el grado de acercamiento que alumnos avanzados y profesores de psicología tienen acerca de esta temática. Asimismo, se intenta conocer aspectos relativos a la psicoterapia que realizan los sujetos de la muestra, describiendo las variables que determinaron la elección de su psicoterapeuta y comparando entre estudiantes y profesores el peso que tiene la orientación teórica en dicha elección.

El enfoque general de la investigación posee un alcance descriptivo, transversal, con una muestra no probabilística, utilizando una metodología cuantitativa de recolección de datos. Para responder a los interrogantes que motivaron este trabajo se aplicaron entrevistas estructuradas.

A partir del análisis de los datos obtenidos se pudo observar que existe, tanto en alumnos como en profesores, un alto grado de desconocimiento acerca de la temática de los factores comunes. Por otro lado, se encontró que en general los sujetos de la muestra eligen a sus psicoterapeutas por recomendación o referencias, aunque los profesores también tienen en cuenta su orientación teórica.

## **ABSTRACT**

This work aims to develop the concept of common factors, also exploring the degree of knowledge that advanced students and teachers of psychology have about this subject. It also seeks to know aspects of psychotherapy that sample people perform, describing the variables that determined the choice of psychotherapist and comparing between students and teachers the weight of the theoretical orientation in this election.

The focus of the research has a specific descriptive cross with a nonrandom sample, using a quantitative methodology of data collection. To answer the questions that motivated this work structured interviews were applied.

From the analysis of the data obtained it was observed that there is, in both students and teachers, a high degree of ignorance about the issue of common factors. Furthermore, it was found that in general the people of the sample choose their psychotherapists by recommendation or referrals, although teachers also consider theoretical orientation.

## ÍNDICE

<b>Portada</b> .....	1
<b>Título</b> .....	2
<b>Hoja de evaluación</b> .....	3
<b>Agradecimiento</b> .....	4
<b>Resumen</b> .....	5
<b>Abstract</b> .....	6
<b>Índice</b> .....	7
<b>Introducción</b> .....	10
<b>PARTE I: MARCO TEÓRICO</b> .....	12
<b>Capítulo I: “Factores Comunes”</b> .....	13
I.1 Introducción.....	14
I.2 Definición del concepto.....	14
I.3 Factores extraterapéuticos.....	16
I.4 Relación terapéutica.....	18
I.4.1 Variables del consultante.....	19
I.4.2 Variables del terapeuta.....	21
I.4.3 Variables de la relación y alianza terapéutica.....	24
I.5 Expectativa, esperanza y placebo.....	26
I.6 Técnicas.....	29
<b>Capítulo II: “Contextualización del Enfoque de los Factores Comunes”</b> .....	34
II.1 Introducción .....	35
II.2 Recorrido histórico del enfoque de los factores comunes.....	35
II.3 El enfoque integrativo como marco del estudio de los factores comunes.....	43
<b>Capítulo III: “Sistemas de Psicoterapia”</b> .....	46
III.1 Introducción.....	47
III.2 Consideraciones epistemológicas.....	47
III.3 Terapias psicoanalíticas.....	50
III.3.1 Teoría de la personalidad.....	50
III.3.2 Teoría de la psicopatología.....	51
III.3.3 Teoría del proceso terapéutico .....	52

III.4 Terapias existenciales.....	53
III.4.1 Teoría de la personalidad.....	53
III.4.2 Teoría de la psicopatología.....	54
III.4.3 Teoría del proceso terapéutico.....	54
III.5 Terapias de modificación cognitivo-conductual.....	56
III.5.1 Teoría de la personalidad.....	57
III.5.2 Teoría de la psicopatología.....	57
III.5.3 Teoría del proceso terapéutico.....	58
III.6 Terapias sistémicas.....	59
III.6.1 Teoría de la psicopatología.....	60
III.6.2 Teoría del proceso terapéutico.....	61
III.7 Terapias gestálticas.....	62
III.7.1 Teoría de la personalidad.....	62
III.7.2 Teoría de la psicopatología.....	63
III.7.3 Teoría del proceso terapéutico.....	64
<b>PARTE II: MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>65</b>
<b>Capítulo IV: “Aspectos Metodológicos”.....</b>	<b>66</b>
IV.1 Objetivos de trabajo.....	67
IV.1.1 Objetivos específicos.....	67
IV.1.2 Preguntas de investigación.....	67
IV.2 Método.....	68
IV.2.1 Tipo de estudio.....	68
IV.3 Muestra.....	68
IV.4 Instrumentos.....	69
IV.5 Procedimiento.....	71
IV.6 Análisis de datos.....	72
<b>Capítulo V: “Presentación y Análisis de Resultados”.....</b>	<b>73</b>
V.1 Datos extraídos de las entrevistas estructuradas.....	74
V.1.1 Alumnos.....	74
V.1.2 Profesores.....	77
V.2 Aplicación de pruebas de hipótesis.....	80
V.2.1 Primera hipótesis: Prueba de diferencia entre proporciones.....	80
V.2.2 Segunda hipótesis: Prueba de la proporción.....	82
V.2.3 Tercera hipótesis: Prueba de la diferencia entre proporciones.....	84

V.2.4 Cuarta hipótesis: Comparación de medias.....	86
V.2.5 Quinta hipótesis: Comparación de medias.....	88
<b>Conclusiones</b> .....	<b>90</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>95</b>
<b>Anexo</b> .....	<b>98</b>

## **INTRODUCCIÓN**

En sus comienzos la psicoterapia se presentó como un procedimiento único, tanto en sus aspectos teóricos como en los técnicos. A medida que la psicología como disciplina científica crecía, los modelos comenzaron a diversificarse generando un campo de propuestas en muchas ocasiones enfrentadas entre sí. (Fernández Álvarez, 2008).

La época de rivalidad entre las distintas corrientes psicológicas ha sido superada gracias al trabajo de investigación en psicoterapia, ya que sus hallazgos sugieren que los diversos modelos son igualmente efectivos; tal como dictamina el pájaro Dodo de Alicia en el País de las Maravillas: Todos han ganado y todos deben tener un premio. (1975, Luborsky, Singer & Luborsky, 1975 citado en Tallman & Bohart, 1999)

Son estos hallazgos los que han llevado a muchos autores a postular la existencia de procesos comunes a los diferentes modelos de psicoterapia, procesos que son, en definitiva, los responsables de la mejoría lograda; estos son los denominados *factores comunes*.

La presente investigación surge con la finalidad de profundizar en el concepto antes mencionado, explorando a su vez el grado de acercamiento que alumnos avanzados y profesores de psicología tienen acerca de la temática. Por otro lado, se intenta conocer aspectos relativos a la psicoterapia que realizan los sujetos de la muestra, describiendo las variables que determinaron la elección de su psicoterapeuta, comparando entre estudiantes y profesores el peso que tiene la orientación teórica en dicha elección y evaluando el grado de satisfacción general hacia el tratamiento.

Una investigación de estas cualidades podría ser un valioso aporte ya que posibilita reflexionar acerca de los aspectos más esenciales de la psicoterapia, aquellos que exceden las diferencias teóricas, como así también permite recapacitar acerca de los aspectos epistemológicos que han llevado a la diversificación de la psicología y sus respectivas corrientes.

El trabajo de tesina desarrollado a continuación está conformado por dos partes, un apartado correspondiente al Marco Teórico y otro al Marco Metodológico.

En el **Marco Teórico** se desarrollan los siguientes capítulos: **primer capítulo** titulado “**Factores Comunes**”, el propósito es definir dicho concepto como así también desarrollar cada uno de estos factores (factores extraterapéuticos, relación terapéutica, expectativas y placebo y técnicas específicas) tomando para ello la propuesta de Scott Miller y colaboradores.

En el **segundo capítulo**, titulado “**Contextualización del Enfoque de los Factores Comunes**” la intención es desplegar un recorrido histórico desde la aparición de este enfoque hasta su estudio en la actualidad. Además, se intenta definir brevemente el movimiento integrativo, con el objetivo de comprender el contexto que posibilita en la actualidad el estudio de los factores comunes. En última instancia se busca delimitar las diferencias entre dicho enfoque y las demás líneas de abordaje del movimiento integrativo: el eclecticismo técnico y la integración teórica.

En el **tercer capítulo**, “**Sistemas de Psicoterapia**”, se busca comprender algunas cuestiones epistemológicas básicas sobre la existencia de diversos paradigmas dentro de la psicología. A continuación, se intenta realizar un análisis comparativo sobre la mirada teórica y abordaje terapéutico de cinco modelos de psicoterapia: el modelo psicoanalista, el existencial, el cognitivo-conductual, el sistémico y por último el gestáltico.

El **Marco Metodológico** se desarrolla en el **capítulo cuatro** en donde se definen los principales objetivos del presente estudio y las preguntas de investigación. Además, se detalla la metodología, el diseño de investigación, los instrumentos de medición utilizados y las características de la muestra. Por último, en el **capítulo cinco**, se realiza la presentación y análisis de los resultados de la investigación.

Finalmente, se presentan las **conclusiones** a las que se arribó en el marco de la investigación realizada.

## MARCO TEÓRICO

## Capítulo I: Factores comunes

## I.1 Introducción

En el primer capítulo de la presente Tesina se intenta abordar la definición del concepto de *factores comunes*, incluyendo para ello los aportes de los diversos autores con los que se ha trabajado a lo largo de la misma.

Asimismo se busca desarrollar cada uno de estos factores comunes, tomando como guía la propuesta de Scott Miller y colaboradores: *factores extraterapéuticos, relación terapéutica, expectativas y placebo y técnicas específicas*, integrando esta propuesta actual con el enfoque pionero de Jerome Frank.

## I.2 Definición del concepto

Acerca de la multiplicidad de corrientes de psicoterapia existentes en la disciplina psicológica, Jerome Frank (1977, 232) opina que “El hecho de que todas ellas florecen simultáneamente es prueba de que **todas tienen algo que ofrecer**”. Con esto el autor da cuenta de que todas las formas de psicoterapia conocidas han demostrado ser igualmente efectivas y que esta uniformidad de los resultados demuestra que existen cuestiones nucleares compartidas por las diferentes teorías.

Si bien los supuestos teóricos y las intervenciones psicoterapéuticas de cada escuela son en apariencia disímiles e incluso opuestos, tal como lo afirma Frank (1977, 350) “Examinándolos más de cerca, empero, ciertos aspectos de la escena psicoterapéutica sugieren con fuerza que las características compartidas por las distintas psicoterapias exceden sobremanera sus diferencias”.

Teniendo en cuenta esto se puede afirmar que existen elementos curativos en la psicoterapia independientes de la orientación teórica que constituyen un puente entre las diferentes escuelas; de esto trata el concepto de **factores comunes**.

Al intentar abordar una definición de “factores comunes”, algunos autores formulan que “Una simple explicación consiste en caracterizarlos como aquellos que no están en el manual”. Castro Solano (2001, 66). Con ello, el autor refiere que estos

factores no están detallados en manuales de tratamiento, porque no son específicos a ninguna escuela de psicoterapia en particular.

Prochaska y Norcross completan esta idea al postular que subyace en la psicoterapia un núcleo central que va más allá de las diferencias teóricas. Michael J. Lambert (1992, citado en Prochaska y Norcross, 2009, cap.1) indica que “este núcleo está compuesto por factores comunes o variables no específicas, comunes a todas las formas de psicoterapia y no específicas de una terapia en particular”. Según lo sostienen diversos autores los denominados factores comunes son los responsables por el éxito terapéutico.

Tradicionalmente, estos factores han sido conocidos también como *inespecíficos*. Sin embargo, diversos autores como Snyder, Michael & Cheavens (1999) evitan tal denominación porque en algunas ocasiones ha sido mal interpretado como factores vagos o desconocidos. Es necesario advertir que, por el contrario, inespecífico significa que los factores *no son específicos a ninguna orientación teórica en particular* y son compartidos por todos los enfoques de psicoterapia. Uribe Rastrepo (2008, 25) sostiene que cuando se utiliza el término de factores inespecíficos en realidad se está hablando de elementos muy específicos: la relación y las expectativas entre otros factores que impactan fuertemente en la situación terapéutica. Por ello, de acuerdo a este autor, “es preferible hablar de factores comunes y no de factores inespecíficos, ya que el término inespecífico le resta importancia y trascendencia”.

En 1992 Michael J. Lambert, tras una revisión de distintos estudios de resultados, propone cuatro factores que contribuyen al cambio en psicoterapia: factores extraterapéuticos, factores comunes, expectativas y técnicas. Miller, Duncan y Hubble, como fruto del primer proyecto del I.S.T.C (Instituto para el Estudio del Cambio Terapéutico) amplían la definición de lo que tradicionalmente era considerado como *factores comunes* (el segundo de los cuatro elementos expuestos por Lambert). Mientras que antes se consideraba que ellos hacían referencia a las variables que median la relación terapéutica (como la empatía y el respeto) y que se encuentran presentes en todas las escuelas de psicoterapia, la propuesta de estos autores sugiere que esos cuatro elementos en su totalidad deben ser considerados *factores comunes* y que el segundo elemento corresponde a la *relación* entre el paciente y el terapeuta. En suma, de

acuerdo a los autores mencionados, los factores comunes son: los extraterapéuticos, la relación terapéutica, las expectativas y las técnicas específicas.

En la presente Tesina se toma como guía esta propuesta y es la que se pasa a detallar a continuación. A los efectos de simplificar el desarrollo de la temática los factores comunes se exponen por separado pero cabe aclarar que en la dinámica de la situación terapéutica son elementos que interactúan potenciando sus efectos; algunos autores denominan a esta propiedad *relación sinérgica entre los factores comunes*. (Uribe Rastrepo, 2008)

### I.3 Factores extraterapéuticos

De acuerdo al análisis de estudios de resultados de Michael Lambert, los factores extraterapéuticos son los mayores contribuyentes al cambio (40%). Se trata de los aspectos del consultante y su ambiente, como las fortalezas, recursos, apoyo social y eventos fortuitos de su vida, que facilitan la recuperación con independencia de la participación formal en la terapia, y que, se asume, pesan más que todo lo que el terapeuta pueda hacer. (Duncan, Miller & Hubble, 1998)

Los factores extraterapéuticos son elementos operativos en la vida del consultante antes que éste inicie el tratamiento psicológico, esto incluye interacciones azarosas entre sus fortalezas internas y los acontecimientos externos, como un nuevo trabajo o una crisis resuelta de manera favorable. (Duncan & Miller, 2001)

Una clara demostración de la influencia e importancia de los factores extraterapéuticos son el cambio pre-tratamiento (es decir, desde que se toma la decisión de iniciar psicoterapia hasta el momento en que se acude a la misma) y el cambio entre sesiones, los cuales suponen tiempos y espacios independientes de la influencia de la psicoterapia.

Los recursos o fuentes de apoyo con los que cuentan las personas son variadas, por ejemplo la familia, un amigo, la iglesia e incluso un libro. Muchas personas recurren sólo a ellos sin considerar la posibilidad de realizar un tratamiento psicológico. Frank (1977) opina que cuando las personas se ven aquejadas de problemas, en general buscan con empeño ayuda y responden favorablemente a quienes se la brindan. Además es muy

probable que recurran primeramente a lugares ajenos a la psicoterapia, llegando a ella solo en el caso de que las primeras fuentes hayan fallado.

En su momento, Frank percibía a este tipo de factores como una dificultad para la tarea de la investigación. Al respecto afirma:

La sesión psicoterapéutica representa sólo una diminuta fracción de encuentros del paciente con otros; luego, los resultados atribuidos a la psicoterapia podrían deberse a acontecimientos concurrentes de la vida, inclusive al haber recurrido a la ayuda de otros, además del terapeuta. (p.371)

Actualmente, lejos de representar una dificultad, los factores extraterapéuticos son un elemento a tener en cuenta e incluso a incorporar a la psicoterapia. De acuerdo a esto, Duncan, Miller y Hubble (1998) plantean que los terapeutas debieran escuchar atentamente cualquier cambio que pueda haber ocurrido en la vida del sujeto, con independencia del tratamiento, integrarlo y acomodarse a ese cambio. Asimismo, deben ayudar a los consultantes a ver cualquier cambio como una consecuencia de sus propios esfuerzos y, por lo tanto, como algo que pueden repetir en el futuro.

Como se mencionó anteriormente, las personas cuentan con apoyo fuera de la relación psicoterapéutica y poseen una tendencia natural a buscar ayuda cuando la necesitan. Teniendo en cuenta esto, el terapeuta debiera facilitar dicha tendencia natural, estimulando a los consultantes a que exploren y utilicen los recursos en su vida cotidiana.

El hecho de valorar los recursos o habilidades no significa que el terapeuta ignore el sufrimiento del consultante, que es lo que en primera instancia lo lleva a acudir a un terapeuta, por el contrario tendrá presente la historia completa, tanto la queja con sus aspectos negativos como las fortalezas y las características positivas en general del consultante. Ello supone otra forma de integrar los factores extraterapéuticos al tratamiento, ya que el terapeuta no se focaliza únicamente en las necesidades y fallas del sujeto, sino que tendrá presente lo que ya tiene en su vida que pueda utilizarse para alcanzar los objetivos terapéuticos. En este sentido, las técnicas y el terapeuta mismo son recursos de los que se servirá el consultante en el proceso para lograr los cambios deseados.

En suma, teniendo en cuenta la distribución porcentual de Lambert, puede notarse la importancia de lo que sucede fuera de las sesiones, hecho muchas veces olvidado o poco valorado por los terapeutas, por lo cual Duncan, Miller y Hubble (1998, 3) han titulado inteligentemente a los factores extraterapéuticos como “Los héroes silenciosos de la psicoterapia”. Prochaska (1992 citado en Mirapeix y Rivera, 2010) completa tal idea al expresar lo siguiente:

(...) el tiempo que el paciente acude a la sesión corresponde aproximadamente a un uno por ciento de su actividad vigil a lo largo de la semana; pretender que este mínimo porcentaje de tiempo dedicado a la psicoterapia sea lo que produce el cambio, es demasiada omnipotencia por parte del terapeuta. (p.19)

#### I.4 Relación terapéutica

Este factor, de acuerdo a la ya citada investigación de Lambert, es el segundo contribuyente al cambio (30%). La relación terapéutica, como elemento activo de la psicoterapia es algo que ningún modelo de psicoterapia cuestiona. Sin embargo, tal como lo puntualizan Prochaska y Norcross (1994) el tipo deseable de relación y su importancia relativa son temas de desencuentros teóricos. En un extremo del continuo terapias como las conductuales, ven a la relación entre consultante y terapeuta como poco relevante. En el medio del continuo podrían ubicarse las terapias cognitivas que entienden esta relación como una precondition necesaria para que el tratamiento avance. En el otro extremo del continuo, la Terapia Centrada en el Cliente de Carl Rogers, ve a la relación terapéutica como el proceso esencial que produce el cambio. Por su parte, el psicoanálisis toma a este factor como algo para ser analizado, la relación terapéutica es, según este modelo, una fuente de contenido.

Como puede observarse, el papel que juega este factor en la psicoterapia tiene diversas interpretaciones entre los diferentes modelos, como así también diversas conceptualizaciones. De hecho los términos *cliente* o *paciente* que se utilizan para describir la relación terapéutica tienen diferentes implicaciones teóricas, éste es un punto de controversia porque cada término refleja un modo particular de entender al sujeto.

Un interesante artículo titulado “Variables Inespecíficas en Psicoterapia” de Santibáñez Fernández y colaboradores (2008) revisa la literatura acerca de las variables inespecíficas que intervienen en el proceso terapéutico, específicamente del consultante, el terapeuta y de la relación. Dicho artículo servirá de guía para la descripción que se realiza a continuación.

#### **I.4.1 Variables del consultante**

De acuerdo al artículo mencionado, las variables del consultante que intervienen en el proceso terapéutico son (Winkler & cols., 1989 citado en Santibáñez Fernández et al., 2008):

##### **1. Variables demográficas:** género, edad y nivel socio-económico

Las investigaciones no encontraron relación significativa entre el género y el resultado de la psicoterapia. De todas maneras, en casos específicos como el de mujeres víctimas de violación, sí es necesario considerar el género del terapeuta. Por otro lado, se ha encontrado que a más años de educación y mejor nivel socio-económico del consultante, mayor será su permanencia en el tratamiento.

##### **2. Diagnóstico clínico:**

- a. Características de personalidad y estilo de funcionamiento: Se ha encontrado que *aspectos de personalidad* como la inteligencia, habilidad para producir asociaciones, flexibilidad, variedad de intereses, profundidad de los sentimientos, nivel de energía, grado de integración del yo, fuerza del yo, monto de estrés y productividad verbal, se relacionan con el éxito de la terapia. Por otra parte, consultantes con *locus de control* interna se beneficiarían más con terapias directivas, ya que tienden a atribuir los resultados terapéuticos a sus propios esfuerzos. Por el contrario, consultantes con locus de control externo tienden a estar mejor con tratamientos directivos en los que determinantes externos de la conducta son el foco de análisis. Además de los mencionados, otro elemento que se considera en relación al modo de funcionamiento es el *estilo defensivo*.

- b. Tipo de perturbación: Consultantes con perturbaciones afectivas o conductuales leves parecen tener una mejoría más marcada que consultantes con perturbaciones más graves como la esquizofrenia, paranoia o de personalidad limítrofe.
  - c. Complejidad de los síntomas: De acuerdo a Beutler los consultantes que presentan síntomas circunscritos o monosintomáticos, responden mejor a tratamientos conductuales. Consultantes que presentan multisintomatología, en cambio, podrían beneficiarse más con terapias de insight.
3. **Creencia y expectativas**: Las creencias y expectativas, no solo acerca del tratamiento sino también sobre la figura del terapeuta, pueden influir en la duración de la terapia y en una posible deserción. La mayor cantidad de deserciones se dan entre la primera y la quinta sesión, lo que ha llevado a muchos a pensar que cuando los consultantes suponen que el tratamiento excederá sus expectativas de duración, desertan. Por ello es importante aclarar dudas y creencias desde el inicio.
4. **Disposición personal**: Los consultantes con disposición negativa hacia el tratamiento y que se muestran intransigentes a los esfuerzos del terapeuta por establecer la alianza terapéutica, obtendrían resultados pobres. Por el contrario, la disposición positiva favorecería resultados exitosos. La motivación, expectativas y necesidades del consultante son variables fundamentales en el compromiso hacia el tratamiento. Teniendo en cuenta que la psicoterapia es idealmente un proceso voluntario, se ha observado que cuando las personas son forzadas al tratamiento difícilmente se benefician del mismo, o bien lo abandonan.

Es necesario complementar lo anteriormente mencionado con el aporte de Jerome Frank con respecto a la figura del consultante. El autor (1977) sostiene que la gama de emociones disfóricas que aquejan a los pacientes que consultan a un terapeuta es amplia y variada, pero todas ellas se enmarcan en lo que él denomina *desmoralización*, condición que todas las formas de psicoterapia pretenden aliviar. En ella siempre intervienen componentes biológicos, psicológicos y sociales del funcionamiento personal, en mayor o menor grado. Cualquiera sea el foco principal de la psicoterapia deberá afectar los tres componentes para lograr resultados positivos. Los

desmoralizados son personas incapaces para hacer frente a ciertos problemas que los amenazan, por lo que se sienten aislados, impotentes y desesperanzados. Si bien algunas personas en estas condiciones anímicas atacan a quienes intentan ayudarlos, la mayoría de los desmoralizados buscan con empeño ayuda y responden favorablemente a quienes se la brindan. Podría decirse entonces que la desmoralización aumenta la sugestibilidad.

El lugar que ocupa el consultante en la relación terapéutica es reconocido por la mayoría de los enfoques de psicoterapia, sin embargo pareciera que la contribución del terapeuta ha sido más venerada. Desde la posición del “profesionalcentrismo”, es el terapeuta con sus técnicas quien ocasiona los cambios terapéuticos. Autores como Tallman y Bohart (1999) se oponen a tal postura y lo expresan de la siguiente manera:

La razón por la cual los diferentes enfoques de psicoterapia funcionan igualmente bien, es que cada uno brinda a los clientes la oportunidad de trabajar por medio de ellos y resolver sus problemas. Incluso, si las diferentes técnicas tuvieran efectos específicos diferentes, los clientes toman esos efectos, los individualizarían a sus propósitos específicos y los usarían.  
(p.6)

Esta idea revela que si bien la interacción entre terapeuta y consultante es crucial en el tratamiento y las percepciones del consultante sobre la relación terapéutica influyen en gran medida en el proceso, la contribución del consultante es más poderosa que la del terapeuta, lo cual es congruente con los hallazgos de Lambert: las condiciones pre-existentes del consultante (factores extraterapéuticos) son los que en definitiva tienen mayor peso en los resultados. En síntesis, el consultante es el **agente primario del cambio**.

#### **I.4.2 Variables del terapeuta**

De acuerdo a diversos autores (Winkler & cols., 1989 citado en Santibáñez Fernández et al., 2008) las variables del terapeuta que intervienen en el proceso terapéutico son:

1. **Actitud:** La actitud básica del terapeuta que resulta facilitadora del cambio, es la de respeto hacia el consultante, como así también la aceptación, comprensión,

calidez y motivación para la ayuda. Por el contrario, la poca capacidad de escucha, la falta de comprensión y la disposición de una relación fría y distante por parte del terapeuta se consideran obstaculizaciones del proceso. Muchos estudios ponen de manifiesto que la deserción de los consultantes se debe en muchos casos a la percepción de actitudes negativas por parte del terapeuta.

Del mismo modo, la relación asimétrica suele considerarse como un factor perturbador del tratamiento, sin embargo Safran y Muran (2000, citado en Santibáñez Fernández et al., 2008) sugieren que en la interacción entre terapeuta y consultante sus roles son necesariamente asimétricos y que dicha asimetría debe mantenerse. Lo ideal sería, entonces, que el terapeuta logre cierto equilibrio entre actuar de acuerdo a su rol y actuar expresiva y espontáneamente.

2. **Habilidades:** Son aptitudes y actitudes necesarias para la práctica clínica, tales como: (a) el interés genuino por las personas y su bienestar; (b) el conocimiento de uno mismo o auto-conocimiento; (c) el compromiso ético; y (d) las actitudes que favorecen la relación terapéutica, tales como calidez, cordialidad, autenticidad, empatía y aceptación positiva incondicional.
3. **Personalidad:** El terapeuta debe poseer una personalidad madura, evidenciar un alto nivel de autoconocimiento y tener satisfechas sus necesidades básicas, como características esenciales para lograr resultados terapéuticos positivos.
4. **Nivel de experiencia:** Esta ha sido una de las variables más estudiadas en cuanto a variables del terapeuta. Diversos estudios que comparaban los resultados obtenidos por terapeutas experimentados y legos no encontraron diferencias en cuanto a efectividad terapéutica. Esto ha llevado a la conclusión de que la efectividad de algunos factores específicos, tales como el compromiso y la comprensión, es independiente de la formación y la experiencia profesional.
5. **Bienestar emocional:** Como las variables antes mencionadas, el nivel de ajuste emocional del terapeuta se relaciona con los resultados del proceso terapéutico, ya que un terapeuta perturbado puede no sólo impedir el crecimiento del consultante sino también inducir cambios negativos en él.

Con respecto al nivel de experiencia, varios autores acuerdan con la conclusión mencionada. Jerome Frank (1977) sostiene que, en cuanto a éxito terapéutico, más importante aún que el entrenamiento del terapeuta es su auténtica preocupación por el bienestar del paciente. Algunas investigaciones sugieren que terapeutas con escaso

entrenamiento también pueden inspirar confianza en los pacientes. En ello son más influyentes el calor humano, el sentido común y la sensibilidad para los problemas del prójimo. En concordancia con esta idea, Tallman y Bohart (1999, 8) postulan que “Más que en el entrenamiento o en la experiencia, parece que las diferencias en las cualidades personales hacen más útiles a algunos terapeutas”. De todas maneras, cabe agregar que si por algo el entrenamiento y la preparación son importantes es porque “la psicoterapia es un arte que mejora con la práctica”, y ese arte es justamente la habilidad del terapeuta para establecer una relación con el paciente. Frank (1977, 196)

De la misma manera, algunos autores consideran que la variable que diferencia a los terapeutas que obtienen buenos resultados de los que no, es la capacidad de formar una buena alianza terapéutica con los consultantes. (Romero y cols., 2000 citado en citado en Santibáñez Fernández et al., 2008)

Por otro lado, Frank señala un aspecto interesante con respecto a la experticia: psicoterapeutas expertos de distintas escuelas ofrecen relaciones terapéuticas más parecidas entre sí que las creadas entre expertos y novicios de la misma escuela. Tal como afirma este autor “Pareciera, pues, que la experiencia sorteaba las diferencias doctrinarias”. Frank (1977, 196). En concordancia con ello, una investigación a cargo de Vasco & Dryden (1997) analiza la relación entre la orientación teórica, la experiencia clínica, la concepción de una relación terapéutica ideal y el estilo terapéutico. Sus resultados sugieren que la orientación teórica es mucho más responsable que la experiencia de la variación de estilos terapéuticos. También se demostró que un grupo compuesto por terapeutas de orientación cognitiva y psicodinámica de mayor experiencia y desarrollo era más homogéneo en estilo terapéutico que el grupo integrado por todos los otros terapeutas de las mismas orientaciones.

Por último, es necesario considerar el aporte de Carl Rogers en la temática que se aborda. El autor (1957 citado en Prochaska y Norcross, 1994) establece que las condiciones necesarias y suficientes para obtener resultados positivos son las siguientes:

- De las dos personas en la relación, el terapeuta debe ser más congruente o emocionalmente más saludable que el cliente.
- El terapeuta debe relacionarse de un modo genuino
- El terapeuta debe relacionarse con una consideración positiva incondicional

- El terapeuta debe relacionarse con una empatía adecuada

Si bien la consideración positiva incondicional ha sido un punto en el que no muchos autores han estado de acuerdo, el resto de las condiciones postuladas han sido aceptadas y ampliadas por diversos investigadores y teóricos en el concepto conocido como *alianza terapéutica*, concepto que se pasará a abordar a continuación.

### **I.4.3 Variables de la relación y alianza terapéutica**

En primer lugar cabe aclarar que a los efectos de simplificar el desarrollo de la temática se han tenido en cuenta por separado las cualidades del terapeuta y las del consultante. Pero en el contexto específico de la terapia esto no es posible porque ambos actores conforman un **sistema dinámico**, es decir que el tratamiento será determinado no solo por lo que sus miembros traen consigo (atributos personales) sino también por sus interacciones.

El concepto de *alianza terapéutica*, pone énfasis en la participación activa del consultante y en el aspecto colaborativo de la relación terapéutica en el establecimiento y alcance de metas. En una amplia revisión de estudios respecto a la alianza, Orlinsky, Grawe Y Parks (1994, citado en Duncan, Miller & Hubble, 1998) concluyen que la participación del cliente es el mejor predictor de resultados positivos. Asimismo, algunos autores estudiaron la influencia de la alianza terapéutica como variable predictiva y concluyeron que mientras más débil sea el vínculo terapeuta-consultante, mayores son las probabilidades de deserción. (Treyon y Kane, 1993 citado en Santibáñez Fernández et al., 2008)

La noción inicial del concepto de alianza terapéutica tiene un origen freudiano, si bien la definición del término como tal se debe a Greenson. Según este autor, la alianza “consiste en la capacidad y motivación del cliente de trabajar en la resolución de su problema, fomentada por el terapeuta y la interacción entre ambos”. Greenson (1965, citado en Feixas y Botella, 2004, 30). Posteriormente, otro autor amplió esta definición sugiriendo tres componentes de la alianza terapéutica: acuerdo respecto a las metas, acuerdo respecto a las tareas y desarrollo de un vínculo emocional entre terapeuta y cliente. (Bordin, 1979 citado en Feixas y Botella, 2004)

Ya en el año 1961 Jerome Frank postulaba que se establece un *tipo particular de relación entre el paciente y el que propone curarlo*, y que esta relación particular es un aspecto compartido por los diferentes modelos de psicoterapia. El ingrediente esencial de esta relación es que el paciente tiene confianza en la competencia del terapeuta. A su vez, el terapeuta pone interés genuino en el cuidado y bienestar del paciente. En este caso, interés no significa necesariamente aprobación incondicional, sino más bien persistir en la ayuda al prójimo.

Tanto como el paciente cree en el terapeuta, éste cree en el paciente, confía en que el sujeto será capaz de dominar sus problemas y es por ello que demuestra genuina aceptación del que sufre. El hecho de que el paciente sienta que es aceptado genuinamente y comprendido por alguien a quien respeta, constituye en sí mismo “un fuerte antídoto para los sentimientos de alienación y un potente robustecedor de la moral”. Frank (1977, 363)

Además de la confianza, lo que muchos autores destacan de la relación terapéutica es la colaboración. Feixas y Botella (2004), desde una posición constructivista, rechazan la visión del profesional como un experto o administrador de técnicas y en una presunta posición de objetividad. Ellos contemplan tanto al consultante como al terapeuta como expertos que participan en una aventura común, una relación de ayuda y colaboración. Tallman y Bohart (1999) completan esta idea definiendo el término de *colaboración*:

(...) significa que la terapia debe ser concebida como el encuentro de dos mentes, cada una poseyendo su propia habilidad y competencia, con metas y soluciones co-creadas por medio del diálogo mutuo, en lugar de ser escogidas y aplicadas por el terapeuta al cliente. (p.32)

En este mismo texto los autores sugieren que las terapias en que un “experto” (el terapeuta) diagnostica la naturaleza de los problemas del consultante y después “prescribe” tratamiento para esa enfermedad, son en definitiva un retroceso al **modelo médico**.

Esta postura de la relación terapéutica colaborativa, donde el consultante es la fuerza primaria del cambio, es incompatible con los tratamientos en formato de manual, esto es, la filosofía de las intervenciones ordenadas en un manual para ser aplicadas a

diagnósticos específicos. Lo que es terapéutico y curativo es la movilización de los recursos internos del consultante y no la aplicación de una técnica a un problema. Si estas prescripciones de manual han resultado exitosas es solamente otra evidencia de las fortalezas internas de las personas y su habilidad de encontrar aspectos útiles en todos los enfoques. (Tallman & Bohart, 1999)

El modelo de Scott Miller y colaboradores denominado *Trabajo Clínico Informado por los Resultados y Dirigido por el Cliente* es un claro ejemplo de una perspectiva donde el consultante es considerado el agente primario del cambio. Para dar cuenta de tal perspectiva hablan de “cliente”. Como se mencionó anteriormente ello refleja un modo particular de entender al sujeto.

La idea central en dicho modelo es acomodar el tratamiento a la teoría del cliente, es decir su punto de vista acerca de cuál es el problema, cuáles las soluciones potenciales y sus ideas acerca del proceso de cambio en general. (Miller, Duncan & Hubble, 1997)

Sobre la base de la competencia y rivalidad entre modelos de psicoterapia, quien ha recibido mayor atención como generador de cambios es el terapeuta. Modelos como el citado tienen importantes implicaciones, no solo para el proceso terapéutico en sí, sino también en lo que respecta al foco de las investigaciones.

### I. 5 Expectativa, esperanza y placebo

De acuerdo a la distribución porcentual estimada por Lambert, estos factores son responsables del 15 % de la mejoría que los consultantes experimentan simplemente al estar en tratamiento psicológico.

El efecto **placebo** ha sido ampliamente analizado por Jerome Frank (1977) en su conocido libro “*Salud y persuasión*”, en el cual compara tal efecto en la medicina y en la psicoterapia. El placebo es una sustancia farmacológicamente inactiva que en algunas ocasiones tiene efectos benéficos sobre estados emocionales, principalmente alivia estados de ansiedad y suscita esperanzas en quien lo consume. Según el autor (1977, 163) “el placebo logra su potencia por representar el símbolo tangible del papel del

médico como sanador”. Los efectos benéficos del mismo son, entonces, resultado de su poder simbólico.

Tal como postulan Prochaska & Norcross (1994) las **expectativas** son un elemento activo en todos los modelos de psicoterapia y son la precondition necesaria para que la terapia continúe, tanto el terapeuta como el consultante creen con fuerza en la efectividad del tratamiento. Estos autores (1994, 10) sostienen que “La mayoría de los clientes no participaría de un proceso que les cuesta tiempo, dinero y energía, sino esperarían que el proceso los ayude”.

Teniendo en cuenta que la psicoterapia es siempre una experiencia que moviliza emociones generalmente más desagradables que placenteras, entonces ¿por qué las personas acuden a un tratamiento y lo prosiguen? De acuerdo a Jerome Frank, y en relación a lo anteriormente mencionado, esto se debe a que las emociones se experimentan en un ambiente de expectativa de alivio, “de la misma manera como un enfermo toma una medicina amarga si el amargor está ligado en su mente con el efecto curativo”. Frank (1977, 234)

La mayoría de los estudios acerca de la temática de las expectativas, proponen que el tratamiento se fortalece en la medida en que los consultantes creen que el tratamiento será efectivo. Sobre esta hipótesis, ciertos autores llegan al extremo de sugerir que las expectativas determinan el resultado por sí solas. (DuPont, 1975; Garfield, 1986 citado en Prochaska & Norcross, 1997). Sin embargo, aunque es cierto que las expectativas positivas añaden efectividad a cualquier tratamiento, no puede reducirse la psicoterapia a los efectos de las expectativas, y ello se debe a que ningún factor por sí solo consigue resultados positivos.

Tempranamente Frank (1977, 189) sostuvo que “El alivio de la ansiedad y la depresión mediante el tratamiento psicoterapéutico asemeja mucho al efecto placebo, sugiriendo que podrían intervenir los mismos factores”. Mucho del éxito de una psicoterapia depende de la habilidad del terapeuta para generar esperanza de alivio en el paciente, algo que éste tiene incluso antes de comenzar un tratamiento psicológico. Un mínimo de alivio de ansiedad y de esperanzas en el paciente lo habilitan para hacer uso de sus partes más sanas. En mucho se asemejan pero, tal como sugiere el autor, la psicoterapia es algo más que efecto placebo, la eficacia de la psicoterapia depende

además de la congruencia entre las expectativas que el paciente trae y lo que acontece realmente.

Como se menciona anteriormente, la actitud del terapeuta es fundamental en la creación y movilización de la **esperanza** del consultante. Actitudes pesimistas por parte del terapeuta, el enfatizar las dificultades o la psicopatología por ejemplo, probablemente minimicen o restrinjan los efectos de la esperanza y el placebo. Por el contrario, el acento puesto sobre las posibilidades y fortalezas del consultante y la fe en que la terapia dará buenos resultados, ayuda a infundir esperanzas y expectativas positivas para la mejoría. (Duncan, Miller & Hubble, 1998)

Algunas de las formas en que se pueden generar o enriquecer la esperanza y las expectativas positivas tienen que ver con el resto de los factores comunes: formar una relación y *alianza terapéutica* fuerte con los consultantes e incorporar sus *fortalezas* en el tratamiento. Además, tal como señalan Duncan, Miller & Hubble (1998) es necesario tener un *ritual sanador*, refiriéndose con ello a las técnicas psicoterapéuticas. Recostarse en un diván, hablar con una silla vacía, escribir un diálogo interno negativo o pensar en un milagro son formas de rituales curativos.

Las investigaciones han encontrado pocas diferencias en cuanto a efectividad de las técnicas psicoterapéuticas, por lo cual los autores mencionados en el párrafo anterior (1998, 9) sostienen que son “técnicamente inertes, pero sin embargo métodos poderosos y sistemáticos para aumentar los efectos de los factores placebo”. El poder de cada técnica reside fundamentalmente en que el terapeuta de verdad cree en su procedimiento y confía en que será terapéutico.

Asimismo, la aceptación del procedimiento terapéutico por parte del consultante es un determinante fundamental, hecho que depende de la congruencia entre el enfoque del terapeuta y el marco de referencia del consultante. En resumidas cuentas, el consultante tendrá expectativas positivas en relación a aquello en lo que cree y acepta.

Como se mencionó en el subcapítulo anterior, autores como Tallman y Bohart (1999) que acuerdan con la idea de que es el consultante el agente primario del cambio, sostienen también que es el paciente quien da cuenta de la mayoría del efecto placebo. Con esto hacen referencia a que los elementos activos de la psicoterapia evocan o

fortalecen en el interior del individuo su esperanza y en general su propensión natural a la curación. Estos autores, en concordancia con lo postulado por Jerome Frank, sugieren que las técnicas en sí mismas pueden percibirse como placebos activos que movilizan la propensión natural de curación del consultante.

En los inicios, los investigadores en psicoterapia importaron el uso de grupos controles desde la medicina. Con ello se buscaba distinguir la efectividad de las intervenciones psicológicas y técnicas específicas de un modelo de los factores placebo, justamente por considerarse a estos últimos como una variable contaminante cuya influencia debería ser eliminada.

Rosenthal (1985 citado en Snyder, Michael & Cheavens, 1999) plantea que uno puede entender a los placebos como *controles* o como *efectos*, claramente la investigación sugiere que la segunda opción es la indicada. En suma, teniendo en cuenta el poder y consistencia del efecto placebo no debe pasarse por alto ni percibir más como una variable contaminante, sino potenciar su efecto.

## I. 6 Técnicas

Tradicionalmente se ha separado a los denominados factores inespecíficos de los específicos, lo cual equivale a dividir a los factores comunes de los modelos y técnicas. Sin embargo, estos factores forman parte del conjunto de factores comunes porque ellos son usados en todas las formas de terapia. Lo *específico* refiere a que las técnicas son parte de un modelo en particular. De todas maneras, algunos autores no consideran a las técnicas como propiedad específica de una escuela teórica, sino que comprenden tanto a las técnicas como a los modelos “como parte de los factores panteóricos compartidos por todas las terapias efectivas”. Hubble, Duncan & Miller (1999, 14)

Para desarrollar la temática de los modelos y técnicas resulta de utilidad retomar la propuesta de Jerome Frank quien plantea dos elementos: el mito y la tarea.

### **Principio o mito**

Tal como establece Frank (1977, 364) “todas las formas de psicoterapia se fundan en un principio o mito que incluye una explicación de la enfermedad y la salud, la desviación y la normalidad.”

El principio subyacente o mito de cada escuela de psicoterapia explica la *causa* del sufrimiento de los sujetos, especifica para ellos las *metas* más deseables y prescribe los *procedimientos* para alcanzarlas. El autor atribuye una poderosa influencia a los valores de cada sujeto, es por ello que sostiene que la terapia será exitosa si este mito es compatible con la concepción cultural del mundo del paciente.

El poder del mito reside principalmente en que es sostenido y apoyado por los miembros de un grupo que consideran que sus supuestos subyacentes son irrefutables, lo cual a su vez aumenta la confianza tanto del terapeuta como del paciente. En este sentido de irrefutabilidad, Frank considera que el vocablo “mito” expresa claramente las similitudes entre muchas formas de psicoterapia y ciertos mitos de sociedades primitivas. Si bien muchas de las psicoterapias occidentales no invocan fuerzas sobrenaturales, semejan a aquellos mitos en que “no se conmueven ante la evidencia de fracasos terapéuticos”. Frank (1977, 366)

Cada escuela de psicoterapia, gracias a su esquema conceptual particular permite darle un sentido y explicación a los síntomas del paciente, con lo cual combatirá su sentimiento de alienación. El sujeto se siente alienado cuando no logra entender sus síntomas y piensa que es el único que sufre de ellos. Desde el momento en que el paciente recibe una calificación de sus síntomas y una explicación desde un marco conceptual coherente, encuentra alivio. Tal como expresa Frank (1977, 366) “El primer paso para adquirir dominio sobre cualquier fenómeno es asignarle un nombre.”

### **Tarea o procedimiento prescrito por la teoría**

Algunos procedimientos terapéuticos son más directivos, otros son poco estructurados, pero todos comparten ciertos rasgos: cada procedimiento es *sistemático* y repetitivo, además exige cierto *esfuerzo* o sacrificio por parte del paciente, así como su *participación activa*. Estas características compartidas refuerzan, a su vez, la relación terapéutica.

Cualquier tarea que logre cambios positivos en un sujeto ha de ser muy potente. Frank (1977, 367) sostiene que tal potencia y eficacia “podrían descansar no en sus contenidos específicos, que difieren, sino en sus funciones, que son las mismas”.

Puede observarse que Frank atribuye a estos elementos la función de ser marco de referencia y guía en el quehacer terapéutico. Asimismo, enfatiza que son las similitudes más que las diferencias específicas de los procedimientos, las productoras de cambio.

Actualmente se considera que las técnicas y modelos de los terapeutas contribuyen en un 15 % al impacto total de la psicoterapia, de acuerdo a la citada investigación de resultados de Michael J.Lambert. Tal como lo expresan Feixas y Botella (2004):

Este reducido porcentaje (15%) debería hacernos reflexionar sobre la importancia -quizá excesiva- atribuida a dichas técnicas en la formación de psicoterapeutas (...). En general, este énfasis en los aspectos técnicos de la psicoterapia va en detrimento de los factores relacionados con las variables del cliente, del terapeuta y de la relación terapéutica. Sin embargo, estos parecen ser los factores que más afectan el resultado global de la psicoterapia. (p.7)

Estos hallazgos con respecto a la contribución de las técnicas en los resultados terapéuticos representan una amenaza para aquellos que adhieren con fanatismo a una escuela en particular. Duncan, Miller y Hubble (1998, 11) al respecto opinan que “los datos son claros: la sonora e históricamente incesante fanfarria acerca de sus virtudes [de su modelo y técnicas] es obviamente inmerecida”.

Si las técnicas tienen tan poca participación en el resultado de la psicoterapia, ¿cuál es su utilidad? De acuerdo a los autores antes citados, las técnicas son “como un lente de aumento que focaliza y concentra las fuerzas del cambio; limitándolas a un lugar y un tiempo; y haciendo que enciendan una acción”. Duncan, Miller & Hubble (1998, 12)

Feixas y Botella (2004, 9) opinan que “las técnicas no *hacen* nada al cliente; es más bien el cliente quien hace uso de la técnica si ésta se ofrece en el contexto de una relación terapéutica facilitadora del cambio”. Otros autores enriquecen esta idea al sostener que “Lo que es terapéutico es la movilización de recursos internos del consultante y NO la aplicación de una técnica a un problema”. Tallman y Bohart (1999, 34)

Como se menciono anteriormente, quienes consideran que es el consultante el agente primario del cambio, adhieren a la idea de que también en cuanto a técnicas lo más importante es cómo el consultante asimile el dispositivo terapéutico. La razón de que las diferentes técnicas terapéuticas resulten igualmente efectivas, es que cada consultante individualiza la técnica a sus propósitos y trabaja por medio de ella para resolver sus problemas. (Tallman & Bohart, 1999)

Así como las técnicas han sido sobrevaloradas, la evaluación y el diagnóstico han sido considerados el paso inicial de un proceso psicoterapéutico. Esto ha llevado a que se intente hacer coincidir la problemática de un sujeto con un rótulo y tratamiento preestablecido en manuales como el DSM-IV. (Miller, Duncan & Hubble, 1997). Dentro de la psicología, tal hecho se ilustra bajo la leyenda del lecho de Procusto.

De acuerdo a este mito Procusto era hijo de Poseidón, el dios de los mares, y por eso su estatura era gigantesca y su fuerza descomunal. Su verdadero nombre era Damastes, pero le apodaban Procusto, que significa "el estirador", por su peculiar forma de atender a sus huéspedes. Procusto les obligaba a acostarse en una cama de hierro, y a quien no se ajustaba a ella, porque su estatura era mayor que el lecho, cortaba sus pies que sobresalían con una sierra; y si el huésped era de estatura más corta, entonces le estiraba las piernas hasta que se ajustaran exactamente al lecho. Procusto terminó su existencia de la misma manera que sus víctimas. Fue capturado por Teseo, que lo acostó en su camastro de hierro y le sometió a la misma tortura que tantas veces él había aplicado. (Wikipedia)

Tradicionalmente se emplea esta leyenda para referirse a quienes intentan amoldar forzosamente una situación a un patrón estrecho o una forma rígida de percibir las cosas. Relacionando esta actitud con la psicoterapia, Packmann (2009) expresa lo siguiente:

Así, en el contrapunto entre nuestros intentos de articulación de una teoría que no nos alcanzaba o un paciente que tal vez nos excedía, se fue configurando una nueva versión del lecho de Procusto. Es decir, un forzamiento de un modelo teórico para que diera cuenta de una realidad que a todas luces lo desbordaba, o en su defecto, operábamos un "recorte" de los emergentes clínicos para que "encajaran" lo mejor posible en una teoría insuficiente. (párr.2)

Algunos autores consideran que las intervenciones planificadas para diagnósticos específicos que se enumeran en un manual, olvidan la importancia que los recursos y fortalezas de los consultantes tienen en el resultado de un tratamiento, así como olvidan que éste es un participante activo del proceso. Por ello, Tallman y Bohart (1999,34) señalan que “Si esas prescripciones simplificadas son exitosas, es solamente otra evidencia de la resiliencia inherente de los clientes y sus habilidades para encontrar aspectos útiles a todos los enfoques”.

La clasificación diagnóstica puede ser esencial en la medicina, pero en lo que respecta a la psicoterapia su contribución no está tan clara. En relación a esto, Beutler (1989, citado en Miller, Duncan & Hubble 1997, 16) sostiene que “los diagnósticos psiquiátricos han probado ser de escaso valor en el desarrollo de la planificación de la psicoterapia individual o en la predicción diferencial de los resultados de la psicoterapia”.

Para concluir este subcapítulo es necesario dejar en claro el lugar que ocupan el modelo y las técnicas. Si bien, en cuanto a cambios logrados, son responsables de un porcentaje mucho más modesto del que usualmente se pretende, de todas maneras son elementos que nutren al terapeuta de formas estructuradas y organizadas de comprender la realidad y accionar de determinada manera. Son una especie de estructura y foco que evitan que el terapeuta se desoriente con tanta información y lo guían en un camino planificado.

Capítulo II: Contextualización del  
enfoque de los factores comunes

## II.1 Introducción

Para comprender el enfoque de los factores comunes es necesario definirlo en su contexto, para lo cual en el presente capítulo se lleva a cabo un recorrido histórico desde la aparición de este enfoque hasta su estudio en la actualidad. Además, se define brevemente el movimiento integrativo, teniendo en cuenta los agentes que motivaron su desarrollo, con lo cual será posible comprender el contexto que posibilita en la actualidad el estudio de los factores comunes. En última instancia se señalan las diferencias entre dicho enfoque y las demás líneas de abordaje del movimiento integrativo: el eclecticismo técnico y la integración teórica.

## II.2 Recorrido histórico del enfoque de los factores comunes

La historia y desarrollo del enfoque de los factores comunes se halla en estrecha relación con la tarea de investigación en psicoterapia, por lo que resulta necesario, en primer lugar, distinguir las investigaciones centradas en el **resultado** de las centradas en el proceso. Las primeras, buscan comprobar la efectividad de la psicoterapia en cuanto a resultados logrados. En esta corriente los investigadores están más interesados no sólo en la verificación de la efectividad, sino también en la generalización de datos empíricos. Son este tipo de investigaciones las que arribaron a los hallazgos que dieron lugar al enfoque de los factores comunes. A diferencia de éstas, las investigaciones centradas en el **proceso** son más afines al estudio de caso único, buscando aproximarse a la explicación de los cambios psicológicos logrados a lo largo del proceso psicoterapéutico. (Castro Solano, 2001)

El enfoque de los factores comunes inició su desarrollo mucho antes que la eclosión de la investigación en psicoterapia. Ya en la década del 30' se encuentran menciones al respecto pero no es hasta el 70'- 80' que surgen propuestas más organizadas y que comienza a despertarse el interés de los psicoterapeutas e investigadores. (Feixas y Botella, 2004)

Dicho interés parece responder, por lo menos en parte, a una polémica conclusión a la que arribó Hans Eysenck. En 1952, el psicólogo inglés publicó en su controversial libro "*Decadencia y caída del imperio freudiano*" un análisis de investigación de resultados que alarmó a los profesionales de la salud mental. En esta

publicación titulada “, el autor parecía demostrar que la psicoterapia en las neurosis no era más efectiva que el no tratamiento. (Miller, Duncan & Hubble, 1997)

Ante los supuestos hallazgos, Eysenck (1985) concluye que:

¡los neuróticos tienden a mejorar sin tratamiento alguno! (...) Este proceso de recuperación sin terapia ha sido llamada «remisión espontánea», y se parece en su forma a los que sufren de un resfriado común; después de tres o cuatro días el resfriado desaparecerá, hagan lo que hagan, o incluso aunque no hagan nada en absoluto. (...) el resfriado cesará de molestar poco después, pero no necesariamente a causa de cualquier tratamiento que se haya seguido. (Párr.3)

Luego, estas conclusiones fueron descartadas por ser el análisis metodológicamente incorrecto, pero si de algo sirvieron fue para despertar el interés en el estudio empírico de resultados en psicoterapia, hecho poco frecuente antes de la publicación de Eysenck.

Algunos años antes, en 1936, aparece en escena uno de los primeros artículos sobre factores comunes. **Saul Rosenzweig**, autor del artículo, escribió en el Journal of Orthopsychiatry que las diferencias entre enfoques concentraban el foco del discurso profesional cuando la efectividad podía entenderse mejor por los aspectos compartidos. (Miller, Duncan & Hubble, 1997)

Rosenzweig (citado en Mirapeix y Rivera, 2010) sugiere los siguientes factores que se producen en cualquier tipo de psicoterapia independientemente de su fundamentación teórica:

1. *La personalidad del terapeuta*. Este es un elemento potencial presente en muchas terapias, ningún tipo en particular posee el monopolio de los buenos terapeutas.
2. *Cierto reacondicionamiento social*. El terapeuta es socialmente investido por un rol curativo, lo cual le da una gran influencia en el proceso de cambio, ya que inspira la esperanza en los pacientes.
3. *Las interpretaciones*. No es tan importante lo que el terapeuta diga, en cuanto a su contenido o el substrato teórico que lo soporta; lo significativo de las interpretaciones del terapeuta es que se sostienen en

un esquema consistente que le permitirá al paciente reorganizar en él su personalidad.

4. *Efectos sinérgicos*. Aunque cada orientación teórica focaliza en distintos aspectos del funcionamiento humano, todas ellas son efectivas porque los cambios se combinan e interaccionan entre las distintas áreas de aquel.

En cierto modo, lo que menciona el autor será la base sobre la que luego Jerome Frank y otros autores elaborarán su propuesta acerca de los aspectos compartidos entre los diversos tipos de psicoterapia.

Posteriormente, **Alexander y French** proponen un proceso común a todas las psicoterapias: la *experiencia emocional correctiva*. Los autores (1946, citado en Feixas y Botella, 2004, 27) sostienen que tal experiencia consiste en “(...) re-exponer al paciente, en circunstancias más favorables, a situaciones emocionales que no pudo manejar en el pasado”.

En los años subsiguientes, **Carl Rogers** contribuyó indirectamente al enfoque de los factores comunes, al sostener que la psicoterapia es efectiva, no tanto por la implementación de técnicas específicas, sino por el tipo particular de relación que se establece entre paciente y terapeuta.

En el estudio de los factores comunes, un punto de referencia vigente hasta la actualidad es el trabajo de **Jerome Frank**, quien en 1961 realizó un análisis de los aspectos compartidos por las distintas formas de psicoterapia y otras formas de curación como la religiosa. En cuanto a la psicoterapia, el autor plantea que existe una condición común a todas las personas que acuden a un tratamiento psicológico, *la desmoralización*, partiendo de dicha condición básica, las características compartidas por todas las psicoterapias son:

1. Tipo singular de relación entre el paciente y el que se propone curarlo
2. Ambiente de curación
3. Principio o mito
4. Tarea o procedimiento prescrito por la teoría

En 1975, tras realizar una revisión de diversos estudios de resultados, los investigadores **Luborsky, Singer & Luborsky** trajeron a colación el famoso veredicto del pájaro dodo: “*Todos han ganado y todos deben tener un premio*”. Esta frase del personaje de Alicia en el País de las Maravillas, servirá de aquí en adelante para ilustrar la conclusión acerca de la igualdad de resultados de los distintos tipos de terapia. (Tallman & Bohart, 1999)

En 1986, **Toksoz Karasu** (citado en Mirapeix y Rivera, 2010) describe tres agentes de cambio que se encuentran en las distintas escuelas de psicoterapia:

1. *Intensa relación afectiva*, ésta funciona como una activación emocional que, según el autor, fue una de las primeras herramientas de cura entre los hombre primitivos.
2. *Habilidad cognitiva*, es decir, la utilización del razonamiento y de los significados (concientes o inconcientes) sobre el afecto como herramienta para integrar nuevas percepciones, formas de pensamiento y/o autoconocimiento.
3. *Regulación conductual*, meta auténtica y propia de todas las formas de psicoterapia.

Otro aspecto nuclear dentro de la temática abordada, es la propuesta de **Michael J. Lambert** (citado en Miller, Duncan & Hubble, 1997) quien en 1992 tras una revisión de distintos estudios de resultados, concluyó que cuatro son los elementos principales que dan cuenta de la mejoría en psicoterapia y especificó el porcentaje de contribución de cada uno a esa mejoría. Estos elementos son:

- Factores extraterapéuticos: 40 %
- Factores comunes: 30 %
- Expectativa o placebo: 15 %
- Técnicas: 15 %

En su análisis, Lambert categoriza los elementos responsables de la mejoría terapéutica en tres grupos:

- a. *Factores de apoyo*, entre los que se incluyen la catarsis, la identificación con el terapeuta, una relación terapéutica positiva, la estructura del tratamiento, la empatía y la alianza terapéutica.
- b. *Factores de aprendizaje*, como la experimentación afectiva la asimilación de experiencias problemáticas, el cambio en las expectativas de la efectividad personal o autoeficacia, la experiencia emocional correctiva, el feedback y el insight.
- c. *Factores relacionados con la acción*, tales como la regulación conductual, habilidad cognitiva, modelado, práctica y experiencia exitosa de los resultados obtenidos en la terapia, entre otros.

De acuerdo a Mirapeix y Rivera (2010), pueden extraerse dos importantes conclusiones de la propuesta de Lambert. En primer lugar, se le otorga mayor atención a lo que sucede fuera de las sesiones terapéuticas, aspecto generalmente poco valorado por los terapeutas. En segundo lugar, siendo los factores comunes responsables del 30 % del cambio, los autores consideran que también debieran ser mayormente considerados.

Tabla 1: Propuesta de distintos autores acerca de los factores comunes.

<b>Autor/es de la propuesta</b>	<b>Factores comunes propuestos</b>
Jerome Frank	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relación de confianza emocionalmente significativa</li> <li>▪ Marco de curación</li> <li>▪ Esquema conceptual o mito</li> <li>▪ Ritual</li> </ul>
Judd Marmor	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relación cliente – terapeuta</li> <li>▪ Confianza del cliente en el terapeuta y expresión de sentimientos</li> <li>▪ Aprendizaje cognitivo</li> <li>▪ Condicionamiento operante</li> <li>▪ Experiencia emocional correctiva</li> <li>▪ Modelado</li> <li>▪ Sugestión y persuasión</li> <li>▪ Ensayo y práctica de competencias</li> <li>▪ Atmósfera de apoyo</li> </ul>
Marvin Goldfried	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Experiencia correctiva</li> <li>▪ Feedback</li> </ul>
John Paul Brady	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relación terapéutica segura</li> <li>▪ Expectativas de éxito del cliente</li> <li>▪ Estrategias de incremento de la sensación</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>de control</li> <li>▪ Desarrollo de conductas adaptativas</li> <li>▪ Puesta en práctica de tales conductas</li> <li>▪ autocontrol</li> </ul>
Toksoz Karasu	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Experiencia efectiva</li> <li>▪ Dominio cognitivo</li> <li>▪ Regulación conductual</li> </ul>
Hans Strupp	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Creación de un contexto interpersonal</li> <li>▪ Aprendizaje terapéutico</li> </ul>
William Stiles, David Shapiro y Robert Elliot	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Factores del terapeuta</li> <li>▪ Conductas de participación activa del cliente</li> <li>▪ Alianza terapéutica</li> </ul>
Lisa Greencavage y John Norcross	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Características del cliente</li> <li>▪ Cualidades de los terapeutas</li> <li>▪ Procesos de cambio</li> <li>▪ Estructura del tratamiento</li> <li>▪ Relación terapéutica</li> </ul>

La tabla precedente se incluye con la intención de mostrar que son numerosas las propuestas acerca de la temática de los factores comunes y que, como resultado, las conceptualizaciones sobre dichos factores son variadas.

Siguiendo a algunos autores, se puede organizar la historia de las investigaciones en psicoterapia en tres generaciones. (Castro Solano, 2001). Estas son:

1. Estudios de **primera generación**, en las décadas del 50' y 60', cuyo objetivo es determinar si la psicoterapia es superior al no tratamiento, ello principalmente en respuesta a la polémica conclusión de Eysenck en 1952.
2. En la década del 60' y 70', surgen los estudios de **segunda generación**, que intentan probar la superioridad de una escuela de psicoterapia por sobre otra.
3. Durante la **tercera generación** de estudios, en la década del 80', se busca indicar determinado tratamiento a pacientes con determinada sintomatología para verificar la eficacia de las intervenciones específicas. Tal búsqueda queda asentada en la manualización de los tratamientos, con lo que los terapeutas deben ajustarse lo más estrictamente posible al mismo.

En las últimas décadas, las investigaciones se han centrado principalmente en el estudio de la estabilidad del cambio a lo largo del tiempo. (Castro Solano, 2001) Algunos autores opinan que en esta época la energía de los investigadores debería ser

usada para estudiar los mecanismos por los cuales se logran cambios favorables en el proceso psicoterapéutico. (Snyder, Michael & Cheavens, 1999)

Los hallazgos a lo largo de estas generaciones de investigación en psicoterapia dejan firmemente sentada, no sólo la efectividad de la psicoterapia sino también la uniformidad de los resultados de las distintas escuelas y la existencia de factores comunes a los distintos modelos de psicoterapia, que son los responsables de los cambios logrados en el proceso psicoterapéutico. (Del Castillo, 2006)

En relación a la ampliamente comprobada **efectividad de la psicoterapia**, Prochaska, Norcross & Diclemente (1998, 9) expresan que “La psicoterapia funciona. Cuando han terminado con un tratamiento, los consultantes están mejor que el 80 % de las personas, con los mismos problemas, que se encuentran en la lista de espera para el tratamiento”.

La **equivalencia de los resultados entre los distintos modelos de psicoterapia**, quedó demostrado en un estudio, entre muchos otros, de Sloane, Cristol y colaboradores (1975, citado en Miller et al, 1998). En dicho estudio se asignó al azar 90 consultantes a terapia de orientación psicoanalítica, terapia conductual o un tratamiento mínimo, y una lista de espera como control. Los terapeutas que participaron en el estudio contaban con muchos años de experiencia y apoyaban fuertemente a los modelos escogidos. Los resultados determinaron que, después de cuatro meses de terapia, los sujetos en los dos grupos de tratamiento estaban mejor que los sujetos del grupo control en lista de espera, hallazgo que era esperable. Lo que sí llamo la atención de los investigadores, fue que los sujetos de las dos orientaciones de tratamiento se encontraban igual de bien, es decir, que ningún enfoque logró resultados superiores. Esta falta de diferencias entre los resultados de ambas orientaciones se corroboró en los ocho meses en los que se realizó seguimiento. Los hallazgos de este tipo de investigaciones son los que permiten afirmar con seguridad que tratamientos muy diferentes en teoría y métodos alcanzan resultados equivalentes y que, por lo tanto, algo diferente a la orientación específica es la que influencia cambios en los consultantes.

Con respecto a esta falta de diferencias entre los resultados de las distintas formas de psicoterapia, es interesante la conclusión a la que arriba Jerome Frank (1977):

El hecho de que todas ellas florecen simultáneamente es prueba de que todas tienen algo que ofrecer; el hecho de que ninguna haya logrado hasta ahora desplazar a una sola de las otras es prueba no menos fuerte de que ninguna ha hallado la respuesta definitiva. (p.232)

Admitir la **existencia de factores comunes a los distintos enfoques de psicoterapia**, no significa que los terapeutas deban aprender un lenguaje, modelo y conjunto de técnicas nuevas, por el contrario, se trata de identificar estos elementos activos en el tratamiento y fomentar su contribución. Aunque se desconozca o niegue la existencia de los factores comunes, estos ya están operando en el proceso psicoterapéutico. Hubble, Duncan y Miller (1999) expresan esta idea de la siguiente manera:

Aceptar que los factores comunes dan cuenta de mucho del cambio no significa, sin embargo, que de pronto está abogándose por una terapia “sin modelo” o “sin técnicas”. (...) Por consiguiente, una terapia informada por una comprensión de los factores comunes, incorpora y usa activamente todos los elementos o ingredientes que se ha encontrado que facilitan el cambio. (p.2)

Para finalizar este subcapítulo, resulta necesario hacer una aclaración acerca de la importancia de la tarea investigativa en psicoterapia, que de acuerdo a algunos autores (Castro Solano, 2001; Prochaska & Norcross 1997) se relaciona directamente con aspectos socioeconómicos. A nivel de la gestión de políticas de salud, las inversiones y subsidios serán para aquellos tratamientos psicológicos que obtengan resultados válidos y tangibles para la población consultante. Podría pensarse que, en definitiva, los principales beneficiados de los hallazgos de las investigaciones son tanto el terapeuta como el consultante. El primero obtiene mayor conocimiento de los avances en psicoterapia y de lo que puede llegar a ser más conveniente para cada paciente. La investigación es una forma necesaria de comunicación entre profesionales. En cuanto a los consultantes, el beneficio lo obtienen de un tratamiento cada vez más perfeccionado.

### II.3 El enfoque integrativo como marco del estudio de los factores comunes

Es necesario ubicar el enfoque de los factores comunes en el marco dentro del cual hoy se lo estudia. En primer lugar se define brevemente el movimiento integrativo, teniendo en cuenta los factores que motivaron su desarrollo, lo cual es de gran ayuda para comprender el contexto que posibilita en la actualidad el estudio de los factores comunes. En última instancia se señalan las diferencias entre dicho estudio y las demás líneas de abordaje del movimiento integrativo: el eclecticismo técnico y la integración teórica.

Actualmente, el estudio de los factores comunes, junto con el eclecticismo técnico y la integración teórica constituyen las tres grandes áreas de trabajo del movimiento integrador. Dicho movimiento se ha desarrollado gracias a la confluencia de varios factores, que ayudarán a comprender el contexto que posibilita en la actualidad el estudio de los factores comunes. De acuerdo a Norcross (1986, citado en Feixas y Botella, 2004), estos factores son:

1. Proliferación de enfoques psicoterapéuticos
2. Inadecuación de una forma única de psicoterapia para todos los casos
3. Ausencia de eficacia diferencial entre las psicoterapias
4. Reconocimiento de factores comunes a las distintas psicoterapias
5. Énfasis en las características del paciente y de la relación terapéutica como principales ingredientes del cambio.
6. Factores socio-políticos y económicos.

Con respecto al tercer factor mencionado, Feixas y Botella (2004, 7) explican que numerosas investigaciones han decantado en la misma conclusión: “no hay un vencedor claro en la competición entre diferentes modelos psicoterapéuticos”. Resulta paradójico, según los autores, que modelos supuestamente opuestos sean igualmente eficaces. Esta paradoja se resuelve a través de la integración de los diversos enfoques (eclecticismo técnico o integración teórica) o de la identificación de los factores responsables del éxito terapéutico.

Por otro lado, la existencia de aspectos compartidos entre los diversos enfoques psicoterapéuticos ha ganado aceptación, con lo cual se han dejado de lado sus diferencias como foco principal del análisis. La conciencia o mayor aceptación de los factores comunes “no se basa en que los modelos contemporáneos se parezcan más, sino que refleja nuestro cambio de posicionamiento al observarlos”. Feixas y Botella (2004, 10). Estos autores, desde una postura constructivista, nos recuerdan que tanto las semejanzas como las diferencias son operaciones de un observador, y no aspectos objetivos de la realidad.

De acuerdo a Prochaska & Norcross (1994), el movimiento integrativo se vio motivado por la intención de aumentar la efectividad y eficiencia de la psicoterapia, buscando para ello los aportes de distintas escuelas. El interés que ha ganado dicho movimiento se refleja en el número de publicaciones e incluso organizaciones integrativas que han surgido en los últimos veinte años.

Feixas y Botella (2004), agregan que el enfoque integrativo refleja, no la pretensión de un modelo único y fusionado, lo cual sería ingenuo, sino la búsqueda de un marco de diálogo donde sea posible la comunicación entre las diversas escuelas.

Como se mencionó anteriormente, los esfuerzos hacia la integración se agrupan en tres grandes áreas de trabajo, cada uno de estos caminos procede de distintas maneras.

El **eclecticismo técnico** se centra en la selección de técnicas y procedimientos terapéuticos con independencia de la teoría que los ha originado. Su estrategia consiste en seleccionar la técnica que se considera que funcionará mejor para determinado paciente. Puede observarse que se caracteriza principalmente por un fuerte énfasis en lo técnico en detrimento de la teoría. Esta tendencia cuenta con diversos lineamientos: el eclecticismo técnico pragmático, el de orientación, el sistemático y el multimodal de Lazarus.

La **integración teórica**, por su parte, se sostiene en la idea de que al unir diversos enfoques de psicoterapia surgirá un modelo mejor que los precedentes. Su estrategia consiste en integrar los elementos teóricos o conceptuales de las diferentes escuelas y sólo como consecuencia de esto se integran las técnicas que de estos

elementos se derivan. Esta tendencia también cuenta con diversos enfoques: Integración teórica híbrida, integración teórica amplia e integración metateórica. (Rosado y Rosado, 2007)

Ambas tendencias han recibido críticas. En cuanto al eclecticismo técnico la más frecuente es que “corre el riesgo de caer en un terreno donde “todo vale” y no se logra profundizar una forma de entender y de intervenir en el paciente”. Uribe Rastrepo (2008, 23). Jerome Frank (1977) toma una firme postura al respecto al opinar que:

El hecho de que gran parte de la eficacia de las diferentes formas de psicoterapia puede atribuirse a características que todas ellas tienen en común más que a las formas que la diferencian, no significa necesariamente que todas las terapias sean intercambiables. (...) Mientras no se aclare la cuestión, el progreso tanto del conocimiento como de la práctica se verá servido mejor por los seguidores de las diferentes escuelas defendiendo sus propias posiciones, sin dejar de ser tolerantes con otras escuelas, que siendo eclécticos acrílicos. (p. 380)

La integración, tanto teórica como técnica, muchas veces ha sido considerada un sueño imposible. Un fiel reflejo de ello ha sido el libro de Levis (1970, citado en Mirapeix y Rivera, 2010) titulado “*Integración de la terapia conductual y la psiquiatría dinámica: Un matrimonio con altas posibilidades de terminar en divorcio*”.

En síntesis, la integración teórica y el eclecticismo técnico trabajan en la combinación de las diferencias, el enfoque de los factores comunes, en cambio, se centra en las **similitudes** que existen entre los distintos modelos, similitudes que pueden ser tanto teóricas como prácticas. El resultado final de dicho enfoque no es una teoría unificada, sino un marco que permite ordenar y comprender los factores que operan en el cambio psicológico en las distintas formas de psicoterapia. (Feixas y Botella, 2004)

A pesar de las críticas que ha recibido el modelo integrativo y las dificultades que ello conlleva, su crecimiento en los últimos años es notable con lo cual ha conseguido cada vez más adeptos.

## Capítulo III: Sistemas de psicoterapia

### III.1 Introducción

En el presente capítulo se desarrollan algunas cuestiones epistemológicas básicas sobre la existencia de diversos paradigmas dentro de la psicología. A continuación, se lleva a cabo un análisis comparativo sobre la mirada teórica y abordaje terapéutico de cuatro modelos tradicionales de la psicoterapia: el modelo psicoanalista, el existencial, el cognitivo-conductual, el sistémico y el gestáltico. De cada modelo se analiza especialmente la teoría de la personalidad que propone, como así también su teoría de la psicopatología y su manera de abordarla en el proceso psicoterapéutico.

Los primeros cuatro modelos que aquí se describen son los que se incluyen en las entrevistas estructuradas que se administran a alumnos avanzados y profesores de la Universidad del Aconcagua. La elección de los mismos se tomó en base a lo dictado en la cátedra de “Introducción a la Psicología” de la Licenciatura en Psicología de dicha universidad. Por otro lado, se incluyó la opción “otros” con respecto a la orientación teórica del psicoterapeuta. Los sujetos de la muestra que seleccionaron dicha opción, especificaron en varios casos que se trataba de la terapia gestáltica, es por ello que se la incluye en este apartado.

### III.2 Consideraciones epistemológicas

En sus comienzos, la psicoterapia se presentó con un procedimiento único, tanto en lo que respecta a su estructura teórica como a su quehacer técnico. Simultáneo al crecimiento de la psicología se dio un proceso de diversificación de los modelos. “A las sucesivas variantes del psicoanálisis se fueron agregando las propuestas de la psicología humanístico-existencial, del conductismo, de la psicología de la Gestalt, etc., generando un campo de propuestas no sólo diversificadas sino en muchas oportunidades enfrentadas entre sí”. Fernández Álvarez (2008, 23)

¿En qué se basa la diversificación y multiplicidad de modelos existentes en la psicología? Para contestar esta pregunta es importante tener en cuenta los distintos paradigmas que se han ido desarrollando en la historia de la psicología.

Los paradigmas son modelos o patrones aceptados. Thomas Kuhn (1999, 261) los define como “lo que comparten los miembros de una comunidad científica”, a su

vez, “una comunidad científica consiste en unas personas que comparten un paradigma”. Una comunidad científica no solo comparte una formación y práctica profesional similar, sino también creencias, cosmovisiones y valores. Al definir las de esta manera, Kuhn hace hincapié no sólo en los aspectos formales de las ciencias sino también en su aspecto más humano y subjetivo.

La importancia y necesidad de los paradigmas o modelos reside en su función de guía. Al respecto algunos autores sostienen que los paradigmas proporcionan mapas y, a su vez las indicaciones principales para su lectura. “Al aprender un paradigma, el científico adquiere al mismo tiempo teoría, métodos y normas”. Kuhn (1999, 168). Al respecto, Prochaska y Norcross (1994, 8) definen a la teoría dentro de la psicoterapia como “una perspectiva consistente sobre la conducta humana, la psicopatología y los mecanismos de cambio terapéutico”. Desde este enfoque, las teorías son una forma de guía para el trabajo terapéutico que evita que el profesional se vea “bombardeado” por una cantidad de información tal que dificulte su organización o dirección.

En las ciencias existen diversas escuelas, estas son diferentes comunidades que enfocan un mismo tema desde distintos puntos de vista, que en muchos casos son incompatibles. Cada escuela tiene acceso al mundo desde su paradigma, lo entiende y teoriza desde su enfoque particular, puede decirse entonces que cada una de ellas ve mundos diferentes. Es por ello que Kuhn (1999, 171) afirma que “las escuelas guiadas por paradigmas diferentes se encuentran siempre, ligeramente, en pugna involuntaria”.

Teniendo en cuenta el amplio abanico de teorías o modelos utilizados en la actualidad en nuestra disciplina científica, muchos autores hablan de “psicología multiparadigmática” (Caparrós, 1979 citado en Tous Ral, 2005). Al respecto, Prochaska y Norcross (1994) sostienen que:

El campo de la psicoterapia ha sido fragmentado por conmociones sucesivas y ha quedado vacilante frente a la enorme cantidad de opciones que ofrece. (...) La proliferación de las terapias ha estado acompañada por una avalancha de posturas rivales: cada sistema se propone como diferencialmente efectivo y como el único aplicable (p.5)

Con respecto a las posturas rivales y a la competencia, muchos autores están de acuerdo en que ningún paradigma se encuentra más cerca de LA verdad. Thomas Kuhn (1999, 253) se pregunta: “¿Ayuda realmente el imaginar que existe alguna explicación plena, objetiva y verdadera de la naturaleza y que la medida apropiada de la investigación científica es la elongación con que nos acerca cada vez más a esa meta final?”. Lo apropiado, de acuerdo al autor, es sustituir el deseo de evolución *hacia* por la evolución *a partir de* lo que conocemos. Es por ello que no se habla de un progreso continuo y acumulativo de la ciencia.

Hablar de *la verdad*, de la correspondencia directa entre la teoría y la naturaleza, es una ilusión porque no existe observación pura ni lenguaje neutro. Un paradigma determina lo que la comunidad científica percibe, y esta percepción está sumamente condicionada por la educación. “La interpretación empieza donde la percepción termina, y aquella depende radicalmente de la experiencia y preparación”. Kuhn (1999, 291)

Las pretensiones sobre un supuesto conocimiento verdadero se basan en lo que Humberto Maturana (2002) califica como “la tentación de certidumbre”: la ilusión de vivir en un mundo de solidez perceptual, donde sería posible hacer referencia a una realidad independiente del observador. Esta actitud ante el conocer es lo que dicho autor denomina *objetividad sin paréntesis*.

Toda experiencia cognoscitiva involucra al que conoce de una manera personal por lo que toda certidumbre es, en definitiva, una experiencia individual. Existe una condición que es constitutiva del observador: no se puede distinguir “en la experiencia entre ilusión y percepción como afirmaciones cognoscitivas sobre la realidad”. Maturana (2002, 50). *La objetividad entre paréntesis* incluye al observador en lo observado, acepta que su forma de estructurar el mundo condiciona lo que conoce y que, por lo tanto, no es posible apelar a una realidad trascendente o independiente de su existencia.

Si cada comunidad científica tiene acceso a la realidad a partir de su paradigma, entonces es posible hablar de muchas verdades, es decir, muchos dominios explicativos distintos, todos válidos en su origen. La legitimidad de las explicaciones científicas reside en su coherencia desde la experiencia del observador. (Maturana, 2002)

El proceso de elaboración y validación de los enunciados es el **método científico**. Cuando ciertas observaciones son coherentes a determinadas operaciones lógicas, una comunidad científica declara válida una explicación, pero ésta no explica un mundo objetivo, es más bien una explicación desde la experiencia del observador. (Lynn Segal, 1994). La noción misma de realidad es una proposición explicativa.

A modo de cierre, resulta interesante lo que Humberto Maturana (2002, 64) plantea sobre la diversidad y diferencia entre paradigmas: “si no quieren estar juntos, la discrepancia resulta en su separación responsable, si quieren estar juntos, la discrepancia se convierte en una oportunidad para la creación de un nuevo dominio de realidad, también de manera responsable”.

### III.3 Terapias Psicoanalíticas

#### **III.3.1 Teoría de la personalidad**

La teoría de la personalidad, desde un enfoque psicoanalítico, es compleja, ya que es vista desde seis perspectivas diferentes:

- la topográfica, que implica modos concientes versus modos inconcientes de funcionamiento
- la dinámica, que representa la interacción de fuerzas psíquicas
- la genética, que concierne al origen y desarrollo del fenómeno psíquico a través de los estadios oral, anal, fálico, de latencia y genital
- la económica, que implica la distribución, transformación y utilización de energía
- la estructural, que gira en torno a las unidades permanentes del ello, yo y superyo, y finalmente
- la adaptativa, que incluye la preparación innata del individuo para interactuar con una serie de ambientes normales y predecibles. (Prochaska y Norcross, 1994).

Freud entendía que las fuerzas dinámicas básicas motivadoras de la personalidad eran los instintos de vida y los de muerte. Estas pulsiones poseen bases somáticas pero se expresan en fantasías, pensamientos y acciones.

Puede notarse que el centro de la personalidad freudiana es el conflicto inconciente entre impulsos, reglas sociales y mecanismos de defensa ante esos impulsos.

Las diferencias en los rasgos de cada personalidad dependen de la etapa particular del desarrollo en la que el conflicto del individuo ocurre. Estas etapas son determinadas primariamente por el despliegue de la sexualidad en las etapas oral, anal, fálica y genital.

### **III.3.2 Teoría de la psicopatología**

Teniendo en cuenta que el psicoanálisis considera el conflicto como constitutivo del ser humano (entre deseos y defensas, entre instancias psíquicas, etc.), se puede decir que todos somos vulnerables a decaer en una patología.

La diferencia entre una personalidad normal y una neurótica es sólo una cuestión de intensidad o de grados, ya que esta última se da a partir de conflictos inconcientes demasiado intensos y defensas resultantes excesivamente restrictivas.

Tal como explica Fernández Álvarez (2008, 48) “Las perturbaciones psicológicas suelen manifestarse por síntomas que constituyen las formas manifiestas, superficiales de conflictos subyacentes y profundos, cuya raíz se encuentra en la actividad inconciente del individuo”.

Es importante señalar que, dentro de la teoría psicoanalítica, el síntoma no es sinónimo de conflicto, es simplemente una manifestación disfrazada de él, una defensa ante deseos inconcientes y una forma de ganancia secundaria. Es por ello que los síntomas son resistentes al cambio y que, fundamentalmente, su remisión no implica la cura total del paciente.

En síntesis, desde este enfoque, la esencia de la psicopatología yace en un nivel inconciente y se manifiesta a nivel superficial, y de forma disfrazada, por síntomas.

### **III.3.3 Teoría del proceso psicoterapéutico**

Por lo mencionado anteriormente, la cura analítica no se dirige a la desaparición de los síntomas, sino a la elaboración de los conflictos subyacentes. Los psicoanalistas

consideran que la eliminación de los síntomas implica solamente un mejoramiento transitorio mientras la enfermedad sigue su curso. Dado que los conflictos han evolucionado patológicamente desde la infancia, el tratamiento deberá remontarse a aquellos primeros años de vida, por lo que necesariamente será prolongado. (Fernández Álvarez, 2008)

El proceso analítico consiste en evidenciar la significación inconciente de las palabras, actos, producciones imaginarias (sueños, fantasías, delirios) de los pacientes e interpretar su resistencia y transferencia. (Laplanche y Pontalis, 2005). En resumen, un proceso exitoso es aquel que logra hacer conciente lo inconciente, con lo que gradualmente el paciente podrá ir adquiriendo defensas más constructivas para mantener los impulsos bajo control.

Tal aumento de conciencia requiere un considerable trabajo tanto por parte del paciente como del analista. El trabajo de los pacientes es el de asociación libre, mediante el cual se les recomienda que “participen todo cuanto se les pase por la cabeza, aunque les parezca que no es importante, o que no viene al caso, o que es disparatado” Freud (1991, 239). El material que se obtiene de dicha técnica es, para los psicoanalistas, sumamente valioso dado que se vincula con el material psíquico reprimido. Avanzar desde las ocurrencias o pensamientos involuntarios hasta lo reprimido es entonces “volver asequible a la conciencia lo que antes era inconciente en la vida anímica”.

Por su parte, el terapeuta analiza constantemente la transferencia y resistencias que emergen en la sesión, lo cual lleva a cabo mediante cuatro procedimientos: confrontación, clarificación, interpretación y trabajo elaborativo. Tal como señalan Laplanche y Pontalis (2005, 201) “La interpretación se halla en el núcleo de la doctrina y técnica freudianas. Se podría caracterizar al psicoanálisis por la interpretación, es decir, por la puesta en evidencia del sentido latente de un material”.

Otra de las cualidades que definen la actitud del analista durante la cura es la neutralidad. Esto es, ser neutral en relación a los valores del paciente (morales, religiosos y sociales) y neutral con respecto a las manifestaciones transferenciales, lo que se expresa en psicoanálisis como “no entrar en el juego del paciente”. (Laplanche y Pontalis, 2005)

### III.4 Terapias Existenciales

“El existencialismo significa un tomar como centro a la persona *existente*; es el énfasis puesto sobre el ser humano tal como *surge y deviene*”. Rollo May (1963, 14)

#### **III.4.1 Teoría de la personalidad**

En principio es importante aclarar que los existencialistas no están de acuerdo con el término *personalidad* si éste refiere a rasgos fijos en los individuos. Ellos consideran a la personalidad como un convertirse, un proceso activo y dinámico que se genera entre los individuos y su mundo. El ser y el mundo son inseparables porque ambos son esencialmente creados por el individuo. (Prochaska y Norcross, 1994)

El ser existe en relación a tres niveles, que en alemán son llamados *Umwelt* (nosotros mismos con relación a los aspectos biológicos y físicos de nuestro mundo), *Mitwelt* (mundo social) y *Eigenwelt* (mundo propio, manera en que nos vemos a nosotros mismos).

Dentro de la teoría existencial adquiere importancia la idea de *autenticidad* como mejor alternativa para vivir. La existencia auténtica es aquella con apertura a lo natural, a los otros y a nosotros mismos, es decir que los tres niveles están relacionados simultánea y armoniosamente.

El existencialismo se ocupa de las fuerzas, temores y motivos que están en conflicto y que se sintetizan en cuatro preocupaciones esenciales: la muerte, la soledad o el aislamiento, la libertad (la elección) y la falta de un sentido vital.

Estas preocupaciones representan esferas del *no ser* y construyen la principal característica de la condición humana: la *finitud*. Son inevitables y necesarias (debemos tomar decisiones, debemos morir) y son el fondo frente al cual la figura del ser es creada. El ser auténtico es aquel que se confronta a estas fuentes de ansiedad, que no necesita afirmarse a sí mismo evadiendo el no ser.

Rollo May (1996, 32) define a la ansiedad como “la reacción básica de un ser humano ante un peligro que amenaza su existencia o algún valor que identifica con ella”. En este sentido, es ansiedad normal y es el signo de una batalla interna

psicológica o espiritual entre nuestras fortalezas internas y las amenazas a nuestro ser. En tanto que es existencial, no es una ansiedad que se pueda evitar, pero, a su vez, se puede emplear de manera constructiva.

#### **III.4.2 Teoría de la psicopatología**

De acuerdo a la teoría existencialista, la mentira es el fundamento de la psicopatología, porque es la única forma de escondernos del no ser. Eventualmente, es una forma aparente de escaparnos de la experiencia de ansiedad existencial, pero, a su vez, reduce nuestra libertad, porque a través de la mentira un nivel de nuestro ser predomina a expensas de otros niveles. Consecuentemente, escondernos del no ser es ceder a una parte de nuestra existencia, renunciar a nuestras potencialidades. (Prochaska y Norcross, 1994). Es por ello que Rollo May (1963, 89) sostuvo que “la neurosis es una adaptación (...) una manera de aceptar *no-ser*”.

Es importante diferenciar la ansiedad existencial, normal de acuerdo a la teoría existencialista, de la neurótica. La ansiedad patológica “no guarda proporción con el peligro real y surge de un conflicto interno inconsciente”. May (1996, 34). Además, convierte al individuo en objeto sin voluntad, sin opciones posibles.

En el proceso de la mentira, las personas se construyen un mundo propio de fenómenos con categorías psicológicas particulares de espacio, tiempo y causalidad.

#### **III.4.3 Teoría del proceso terapéutico**

De acuerdo a la teoría existencialista, la honestidad está en el centro del proceso terapéutico. Siendo la autenticidad la meta de la terapia existencial, incrementar la conciencia se vuelve uno de los procesos más importantes. Solo de esta forma, los individuos pueden experienciarse nuevamente a sí mismos como agentes capaces de dirigir su propia vida. (Prochaska y Norcross, 1994)

En general, los existencialistas consideran que las técnicas pueden llegar a ser superficiales. Siguiendo esta idea, Rollo May (1963, 28) sostuvo que “las preocupaciones técnicas y de diagnóstico se hallan a distinto nivel de la comprensión que tiene lugar en el encuentro inmediato de la práctica terapéutica. El error consiste en confundirlas, o en dejar que una absorba a la otra”. Este autor no niega la importancia

de su implementación, simplemente cree que a veces la preocupación acerca de las técnicas protege a psicólogos y psiquiatras de sus propias ansiedades.

Uno de los objetivos del proceso terapéutico es el aumento de la conciencia. La importancia de la conciencia para algunos autores existencialistas reside en que es un fenómeno específicamente humano. Se podría definir, según Victor Frankl (1997, 82), como “la capacidad intuitiva de percibir el sentido único e irrepetible escondido en cada situación. En una palabra, la conciencia es un órgano que *percibe el sentido*”.

La principal tarea durante el proceso terapéutico consiste en devolverle al individuo la posibilidad de una visión interna acerca de su propio ser. Es en este sentido que el existencialismo añadió nuevas dimensiones a la consideración del paciente y se distanció del psicoanálisis. Estas dimensiones son las de la voluntad y la decisión. Tal como sostuvo Rollo May (1963):

Poco importa que sean enormes las fuerzas que se encarnizan con el ser humano, pues éste tiene la capacidad de saber que es una víctima, y de este modo puede influir algo en la forma como considerará su suerte (...) puede tomar alguna actitud, adoptar cierta decisión (...)por más insignificantes que éstas sean, el hombre experimenta cierta libertad. (p.46)

El trabajo que realiza el paciente en el proceso terapéutico de corte existencial es similar al de la asociación libre en análisis, pero en este caso se trata, no de decir cualquier cosa que venga a la mente, sino de ser cualquier cosa. Entonces, el proceso más apropiadamente se denomina *experienciar libre*. (Prochaska y Norcross, 1994)

Por su parte, el terapeuta, gracias al método fenomenológico, logra aprender los fenómenos tal como se presentan, y purifica su mente de presupuestos personales o teóricos que limitan lo que podría ver en una situación terapéutica. (Rollo May, 1963)

La tarea del terapeuta consiste en ayudar al paciente en la autoconciencia. Para ello algunos terapeutas, del existencialismo tradicional, se sirven de técnicas similares a las psicoanalíticas, de clarificación (utilizando el propio lenguaje del paciente) y de confrontación.

Otro objetivo fundamental dentro del proceso terapéutico es hacer foco en las elecciones. Los pacientes se enfrentan a las elecciones desde el comienzo de la terapia, deben elegir si se comprometerán con el proceso, deben elegir de qué hablar, entre otros. Ellenberg (1958, citado en Prochaska y Norcross, 1994, 99) llamó *Kairós* a los puntos críticos de elección en la terapia. Estos siempre suponen elegir entre quedarse con la seguridad de los síntomas o asumir la ansiedad de la autenticidad.

A cada momento el terapeuta clarifica las elecciones que el paciente va asumiendo en el tratamiento, con ello el paciente se volverá más conciente de su ser como agente de cambio y dejará de verse como un paciente víctima de su patología. El terapeuta continuamente empatiza con la ansiedad que el paciente experimenta al elegir, pero tendrá siempre en cuenta que ese es un camino solitario ya que el paciente debe asumir por sí solo la responsabilidad de las elecciones que realice.

### III.5 Terapias de Modificación Cognitivo-conductual

A partir de los años setenta, la terapia conductista comienza un proceso de crecimiento y expansión. Ciertos postulados básicos del conductismo clásico, como el del determinismo ambiental, se ponen en entredicho y poco a poco se va introduciendo la concepción de procesos cognitivos como puente entre la conducta y el ambiente. Mahoney y Arnkoff (1978, citado en Feixas y Miró, 1995, 212) señalan a Bandura como el iniciador de la tendencia cognitiva dentro del enfoque conductual. Sus aportes principales en esta convergencia de la orientación conductual con la cognitiva, fueron la noción de determinismo recíproco entre el organismo y su entorno y la postulación de mecanismos cognitivo-simbólicos centrales en la conducta humana.

Algunos autores consideran que la mayoría de los terapeutas conductuales contemporáneos están de acuerdo con la incorporación de técnicas cognitivas, sosteniendo que al momento de trabajar en la conducta compleja adulta es indispensable tener en cuenta los procesos cognitivos. (Prochaska y Norcross, 1994)

#### **III.5.1 Teoría de la personalidad**

Es necesario mencionar que los conductistas clásicos han puesto mayor énfasis en las condiciones ambientales que controlan la conducta que en los rasgos internos de

la personalidad. Tal vez por ello no existe una teoría sistematizada y unificada de la personalidad dentro del enfoque conductual.

De todas formas, gracias a la convergencia de la orientación cognitiva con la conductual, los procesos que tienen lugar dentro del organismo han cobrado mucha importancia en las nociones sobre personalidad humana.

Relacionado a esto, la teoría del ABC de Albert Ellis, postula la interacción de los acontecimientos activadores (A), las creencias acerca de esos acontecimientos (B) y las consecuencias cognitivas, emocionales y conductuales de los acontecimientos (C). Esta interacción explica la importancia del rol de las cogniciones tanto en el funcionamiento de la personalidad como en la generación de trastornos psicopatológicos.

### **III.5.2 Teoría de la psicopatología**

Desde el enfoque conductista se enfatiza el aprendizaje en la generación de trastornos. La conducta patológica sigue los mismos principios que la conducta normal, esto es, el condicionamiento que implanta determinadas respuestas a determinados estímulos. (Fernández Álvarez, 2008)

Puede notarse que esta perspectiva destaca principalmente las condiciones presentes y ambientales como generadoras del trastorno, es decir que existen en la situación presente refuerzos que operan sobre la conducta y generan síntomas patológicos. Es sobre estos refuerzos que hay que actuar. Tal como sostiene Fernández Álvarez (2008, 49) “Los síntomas son aquí sinónimo del trastorno y su eliminación equivale a la desaparición de la enfermedad”.

En cuanto al enfoque cognitivo, se subraya la importancia de procesos internos como generadores de trastornos psicopatológicos. La psicopatología se explica en muchos casos por un déficit de la actividad cognitiva., una deficiencia en la información psicológica de la que dispone el individuo para explicar y controlar sus respuestas. En otros casos, se explica como un exceso de la actividad cognitiva. En trastornos como la hipocondría, el individuo repite constantemente el mismo pensamiento interfiriendo con la posibilidad de usar procesos cognitivos para solucionar otros problemas. Por otro lado, los trastornos pueden estar asociados con respuestas inadecuadas o inefectivas. El

sujeto desarrolla expectativas erróneas y no responde al estímulo y situación tal y como son, sino que responde a ese rótulo inadecuado con conductas desadaptativas. (Prochaska y Norcross, 1994)

Por último, la psicopatología puede explicarse por el desarrollo de estrategias inefectivas para resolver problemas. Estrategias como no pensar acerca de los problemas, o estrategias dependientes de recurrir inmediatamente a figuras de autoridad pueden llevar a errores que tengan como consecuencia alteraciones emocionales como la frustración o la depresión.

### **III.5.3 Teoría de los procesos terapéuticos**

Básicamente, la terapia cognitivo-conductual está diseñada para ayudar a las personas a identificar y corregir las creencias disfuncionales. Las principales técnicas son: reestructuración cognitiva, entrenamiento auto-instruccional y resolución de problemas. (Piracés, 2005)

Las técnicas de *reestructuración cognitiva* derivan de la Terapia Racional Emotiva de Ellis y de la Terapia Cognitiva de Beck. Tal como sostienen algunos autores (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979, 14) gracias a este tipo de terapias “se identifican las cogniciones que están a la base de los síntomas y se someten a una investigación lógica y empírica”. Goldfried ha puesto a estas terapias en un marco cognitivo-conductual proveyendo pasos claramente delineados para que el terapeuta enseñe a los individuos a identificar y cambiar las nociones ilógicas que subyacen a sus síntomas distresantes.

El denominado *entrenamiento auto-instruccional* de Donald Meichenbaum busca reducir las auto-afirmaciones que producen respuestas emocionales desadaptativas y desarrollar otras que faciliten el auto-control sobre la conducta. (Prochaska y Norcross, 1994)

Por último, la *terapia de resolución de problemas*, propuesta por D’Zurilla y Goldfried, tiene como objetivo enseñar a los clientes estrategias más efectivas para enfrentarse a las contrariedades. La misma consiste en cinco etapas: orientación general, definición y formulación del problema, generación de alternativas, toma de decisiones y por último, etapa de verificación.

Es importante mencionar, además, la técnica de *aserción encubierta*, la cual consiste en la enseñanza de pensamientos constructivos que desafían directamente los pensamientos obsesivos del individuo. Básicamente, a los clientes se les enseña a llevar concientemente su atención desde pensamientos problemáticos hacia pensamientos más constructivos.

### III.6 Terapias Sistémicas

En las décadas de 1950 y 1960 se desarrollaron la Teoría General de los Sistemas y la Cibernética en ciencias computacionales. Sus conceptos centrales y la comprensión que ambas perspectivas tienen sobre los sistemas han sido aplicados al estudio y tratamiento de los individuos, dando lugar a las denominadas terapias sistémicas. (Prochaska y Norcross, 1994)

Tal como lo define la Asociación Argentina de Teoría General de los Sistemas y Cibernética (1992, citado en Fernández Moya y colaboradores, 2010):

Un sistema es una entidad autónoma dotada de una cierta permanencia y constituido por elementos interrelacionados, que forman subsistemas estructurales y funcionales. Se transforma, dentro de ciertos límites de estabilidad, gracias a regulaciones internas que le permiten adaptarse a las variaciones de su entorno específico. (p.120)

Pueden deducirse de esta definición las propiedades de los sistemas, tales como la totalidad o coherencia, los límites, la independencia, la centralización y la invarianza, entre otras.

La importancia de tales nociones reside en que reflejan las ideas de aquellos terapeutas que comenzaron a pensar en la familia como unidad de abordaje y la patología como emergente de un sistema y no de un individuo en particular.

Se habla de tres abordajes principales dentro de las terapias sistémicas: la Terapia Comunicacional Estratégica, la Terapia Estructural y la Terapia Familiar Sistémica de Bowen.

Estos abordajes coinciden en la mirada que tienen acerca del ser humano, mirada que reconoce que “el individuo existe y se determina como un ser social inserto en una amplia red de relaciones interpersonales”. Fernández Moya y colaboradores (2010, 40)

### **III.6.1 Teoría de la psicopatología**

Los trastornos, desde la perspectiva sistémica, son el resultado de mecanismos activados en un sistema en particular, para mantener determinado equilibrio. La presencia de síntomas en un miembro del sistema no significa que dicho individuo presente un trastorno, sino que ello es la manifestación de conflictos a nivel del sistema familiar. (Fernández Álvarez, 2008)

Algunos autores señalan que las diferencias entre una familia funcional y una familia disfuncional se advierten en la capacidad de la familia para resolver problemas, su clima emocional, su capacidad para cambiar en el curso de las etapas evolutivas, su posibilidad de regular la proximidad y la distancia en las relaciones intrafamiliares y, por último, la formación de fronteras generacionales funcionales. (Simon, Stierlin y Wynne, 1988 citado en Fernández Moya y colaboradores, 2010, 258). Estas características se analizan en su suprasistema, esto es: contexto social, económico, cultural y comunitario.

Las reglas de relación en un sistema familiar tienen mucho peso en la generación de trastornos psicopatológicos. Estas reglas se manifiestan en los patrones comunicacionales, es decir, la forma y dinámica particular que tienen los miembros de una familia para comunicarse. Si estas reglas y patrones comunicacionales son ambiguos hay mayor probabilidad de desarrollo de psicopatología. Un caso ejemplar es el del denominado *dobles vínculos*, que implica la emisión de dos mensajes incompatibles que dejan al receptor confuso. Desde esta perspectiva se sostiene que las comunicaciones conflictivas de este tipo pueden producir síntomas de esquizofrenia. (Prochaska y Norcross, 1994)

Estas reglas de interacción, sumadas a las fronteras que se establecen en un sistema, son las que definen su estructura, de tal forma que fronteras confusamente establecidas implican una estructura patológica. Dos ejemplos de ello son la familia *desacoplada*, cuya característica principal es la rigidez de los límites internos. El caso

opuesto es el de la familia *enmarañada*, que presenta límites internos permeables al mismo tiempo que los externos son rígidos. Esta disfuncionalidad de límites marca, además, un conflicto en la relación del sistema con el entorno, siendo estas familias incapaces de adaptarse a las demandas ambientales.

### **III.6.2 Teoría de los procesos psicoterapéuticos**

El aporte fundamental de la terapia sistémica es que toma a la familia como unidad de abordaje. Desde este enfoque se considera que si bien es generalmente un miembro de la estructura familiar el que desarrolla síntomas, es la familia como sistema completo el que debe llevar a cabo un proceso psicoterapéutico y no solamente el “paciente identificado”.

El foco de la terapia se halla sobre el aquí y ahora de las reglas de relación y los patrones comunicacionales que gobiernan en el sistema familiar. El objetivo es que los miembros devengan más concientes de la naturaleza disfuncional de sus reglas habituales para comunicarse y relacionarse. Esta es la única manera de esclarecer cuál es la estructura y organización de cada familia y, así, poder reestructurarla a un modo más saludable de funcionamiento.

Los terapeutas cumplen con dicho objetivo a través de distintas técnicas como *redefinición y reencuadre*, *reductio ad absurdum*, *creación de dobles vínculos terapéuticos*, entre otras, dentro del abordaje Comunicacional Estratégico. En cuanto a la Terapia Estructural, las técnicas tienden a ser más activas, proponiendo a los miembros de la familia *puestas en acto*, dónde los patrones transaccionales puedan observarse claramente y en el momento mismo en que ocurren.

### **III.7 Terapias Gestálticas**

La corriente gestáltica tiene como creador y principal referente a Frederick Perls.

#### **III. 7.1 Teoría de la personalidad**

Desde la perspectiva gestáltica se asume que los humanos somos organismos biológicos con metas-fines cotidianas. Éstas son necesidades biológicas que se limitan

al hambre, el sexo, la supervivencia, el abrigo y la respiración. Dichas necesidades ejercerán presión hasta tanto no sean satisfechas, y esto se dará en el adecuado intercambio con el ambiente. (Prochaska y Norcross, 1994)

El núcleo central de la teoría gestáltica se halla en este punto: el proceso continuo de satisfacer necesidades se constituye en el proceso de formar todos o *Gestalts*, proceso que se postula como la única ley constante de los organismos vivos.

En sociedades desarrolladas, los humanos ocupan más energía en juegos sociales que en la satisfacción de necesidades naturales. Ello tendrá como resultado el desarrollo de una existencia pseudosocial, en la cual los roles sociales se convierten en hábitos (pautas conductuales rígidas) con la consecuente pérdida de la existencia natural básica.

A diferencia de la existencia pseudosocial, una vida saludable implica un proceso natural de maduración en el que el organismo pasa de ser un niño dependiente del apoyo ambiental a un adulto que puede descansar en su auto-apoyo. Los adultos maduros y saludables se centran únicamente en lo que ocurre dentro de su organismo, sin preocuparse por roles que, de acuerdo a los gestálticos, son simplemente un conjunto de expectativas sociales.

Además, en los ciclos saludables de la vida, se adquiere el sentido de responsabilidad por la propia existencia. Ello incluye la responsabilidad por los propios trastornos psicológicos, en los cuales no es posible culpar a padres o familiares, lo cual significa un signo más de inmadurez.

Desde una perspectiva gestáltica se concibe a la existencia auténtica como un enfrentamiento continuo de polaridades personales, en la cual se encuentra la Gestalt de la vida, la completud, aceptando los extremos opuestos.

### **III. 7.2 Teoría de la psicopatología**

La patología se explica por una detención en el proceso natural de maduración. Es por ello que en cuanto a los problemas más frecuentes de la vida, los gestálticos prefieren el término de trastornos del crecimiento más que el de neurosis. Estos trastornos se dan en cinco niveles diferentes de psicopatología.

El nivel falso es aquel en que se actúan roles y se operan actitudes como si, esto es actitudes que intentan adaptarse a un concepto externo o a fantasías sociales. Esta vida de fantasía se llama, dentro de la teoría gestáltica, maya y cumple propósitos defensivos: apartar los aspectos personales que pudieran generar rechazo o desaprobación. Siendo una forma de defensa, las personas viven su maya como si fuera la realidad y así pierden la capacidad de realizarse a sí mismos. (Prochaska y Norcross, 1994).

El **nivel fóbico** de la patología se constituye en las conductas de evitación. En este nivel las personas huyen del dolor emocional que produce la insatisfacción, aunque ésta sea la señal natural del organismo de que debe ser modificado.

Por debajo de este nivel, se encuentra el **impass**. Este es un punto psicopatológicamente delicado, ya que implica el estancamiento en el proceso de maduración. En estas condiciones las personas no encuentran los recursos dentro de sí mismos, no logran sostenerse en su auto-apoyo y dependen del ambiente y de los demás.

El **nivel implosivo** se caracteriza por la pérdida de partes del propio self, en relación a aspectos de la vida de los que se desea huir. Un ejemplo de ello son las personalidades rígidas e incluso los estados de catatonía en los cuales las personas se encuentran congeladas.

El último nivel de la psicopatología es el **explosivo**. Este es el nivel de la descarga de energía que ha sido contenida en otros niveles. Las personas pueden liberar energía y explotar de diversas maneras, por ejemplo a través del enojo, del orgasmo o de la diversión. Dichas explosiones son, de acuerdo a los gestálticos, formas de avanzar en el proceso de maduración.

### **III. 7.3 Teoría del proceso terapéutico**

A lo largo del tratamiento psicológico, el trabajo del consultante se basa en mantenerse en el aquí y ahora. Para ello, los ejercicios gestálticos están orientados a la expresión activa, con lo cual las personas pueden experimentar una conciencia más profunda, en mayor conexión con su cuerpo y sentidos que con su cabeza. El objetivo

fundamental de contactar a los individuos con sus sentidos puros es liberarlos de su maya, es decir correrlos de su nivel de existencia falso. (Prochaska y Norcross, 1994)

Por su parte, el terapeuta gestáltico debe ser ante todo espontáneo, esto significa que no puede predeterminar los pasos de la terapia. Teniendo en cuenta la necesidad de espontaneidad, los terapeutas están mucho más en contacto con las expresiones no verbales (tonos de voz, posturas, movimientos) de los consultantes. Además, esto implica que no interpretará lo que los consultantes dicen. La interpretación como técnica es percibida por los gestálticos como una representación del maya del terapeuta tradicional, es decir una fantasía de que la experiencia de las personas puede encajar en una teoría.

El trabajo fundamental del terapeuta es el de frustrar al paciente: frustrar sus deseos de ser protegido y apañado. Desde la mirada gestáltica, ésta es una actitud paternalista, actitud que en definitiva no ayudará al paciente. Es por ello que la frustración es una forma característica de interacción en la terapia.

En el proceso gestáltico, las técnicas se aplican para removilizar las necesidades suprimidas de los pacientes y así encontrar su expresión plena. Si bien durante el proceso no se predetermina un patrón de ejercicios, los terapeutas gestálticos cuentan con un abanico de técnicas a las que apelan en el trabajo de catarsis. En general, las técnicas gestálticas son activas y buscan primordialmente la expresión plena. Algunas de ellas son: *juegos de diálogo*, *actuar la proyección*, *¿puedo repetirle una frase?*, entre otras. Un ejercicio fundamental en el *trabajo gestáltico* es el *del sueño* ya que éste es percibido como la parte más espontánea de la personalidad. Para que este trabajo sea catártico es necesario que los sueños sean actuados y no simplemente contados.

## MARCO METODOLÓGICO

## Capítulo IV: Aspectos Metodológicos

## IV.1. Objetivos de trabajo

### **IV.1.1 Objetivos específicos**

- Conocer los factores que determinaron en alumnos y profesores la elección de un psicoterapeuta en particular.
- Comparar en alumnos y profesores el peso que tiene la orientación teórica en la elección de un psicoterapeuta.
- Evaluar el nivel de conocimiento que tienen los sujetos de la muestra acerca de la temática de los factores comunes.
- Conocer la forma en que los sujetos de la muestra jerarquizan estos factores.
- Describir el grado de satisfacción de los sujetos hacia las diversas orientaciones de psicoterapia.
- Evaluar el grado de satisfacción de alumnos y profesores con sus propios procesos psicoterapéuticos de acuerdo a las posibles limitaciones de la obra social.

### **IV.1.2 Preguntas de investigación**

¿Cómo eligen a sus psicoterapeutas los alumnos avanzados de psicología y los psicólogos?

En el proceso de elección: ¿La orientación teórica del terapeuta es un factor igualmente importante para profesores y alumnos?

¿Cuán satisfechos se encuentran los sujetos de la muestra con su psicoterapia?

¿Varía el grado de satisfacción de acuerdo a los límites de la obra social? ¿Varía de acuerdo a la orientación teórica de la psicoterapia?

¿Tienen conocimiento del concepto de Factores Comunes?

¿Cuáles creen que son los más relevantes en la psicoterapia?

## IV.2. Método

### **IV.2.1 Tipo de estudio**

La presente investigación posee un diseño transversal descriptivo, con una metodología cuantitativa de recolección de datos. El análisis de información se efectuará a partir de procedimientos estadísticos descriptivos e inferenciales, más allá de estar trabajando con una muestra no probabilística..

Se trata de una investigación no experimental: un estudio en el que se observan fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos. Dichas observaciones se realizan sobre situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza. (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2010).

Las investigaciones transversales o transaccionales tienen el objetivo de describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. A su vez, los diseños de tipo descriptivo indagan la incidencia de las modalidades, categorías o niveles de una o más variables en una población, para proporcionar su descripción. (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2010).

## IV.3. Muestra

La muestra es de carácter no probabilístico o dirigida, lo que implica que la elección de los elementos que la componen no depende de la probabilidad sino de las características del estudio. (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2010). Se lleva a cabo un proceso de selección informal de sujetos sin intentar que sean representativos de una población determinada, pero sí que obedezcan a ciertos criterios de la investigación. Si bien es una muestra de las características mencionadas, se le dará al conjunto de datos un tratamiento inferencial, propio de las muestras elegidas al azar, a través de pruebas de hipótesis.

En esta investigación, en base al universo de estudiantes avanzados de psicología y profesores de la Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, se realiza una muestra de 118 sujetos de entre 21 y 64 años que fueron seleccionados por poseer amplios conocimientos sobre la Psicología en general y sobre corrientes teóricas en particular. También se tuvo en cuenta la experiencia profesional, con el objetivo de investigar si existe alguna diferencia en la mirada que profesores y alumnos tienen acerca de la psicoterapia y su orientación teórica.

#### IV.4. Instrumentos

Para la recolección de datos se aplicaron entrevistas estructuradas y autoadministradas. Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2010), respecto a las entrevistas estructuradas, señalan que “el entrevistador realiza la labor con base en una guía de preguntas específicas y se sujeta exclusivamente a ésta (el instrumento prescribe qué cuestiones se preguntará y en qué orden)”. (p. 418)

Dichas entrevistas consisten en:

##### **Preguntas cerradas**

Contienen opciones de respuesta previamente delimitadas.

##### Preguntas dicotómicas (dos posibilidades de respuesta: SI / NO)

- Pregunta 1) ¿Concurre a terapia psicológica o lo hizo en algún momento?
- Pregunta 10) ¿Conoce el concepto de Factores Comunes?
- Pregunta 12) Además de los mencionados, ¿considera que existen otros factores importantes para la psicoterapia? (En caso de responder SI el sujeto debe mencionar los factores)

##### Varias opciones de respuesta

- Pregunta 2) ¿Cuál es o era la modalidad de la terapia? Opciones de respuesta: Individual, De pareja o Familiar.

- Pregunta 3) ¿Cuál es (o era) la orientación teórica de la misma? Opciones de respuesta: Sistémica, Existencial, Cognitivo-Conductual, Psicoanalítica, Otros y No sé.

En estas consignas los sujetos pueden elegir más de una opción en el caso de haber realizado más de una vez Psicoterapia, y que sus modalidades u orientaciones teóricas hayan variado de una a otra vez.

Resulta necesario realizar una aclaración con respecto a esta consigna: las opciones de orientaciones teóricas que se incluyeron en la entrevista estructurada se tomaron directamente de lo dictado en la Cátedra de Introducción a la Psicología y de las Clínicas que se eligen y cursan en 4º año.

- Pregunta 7) ¿Su plan de seguro médico lo afectó o limitó en alguna de las siguientes elecciones que usted hizo? Opciones de respuesta: Tipo de terapia que escogió (con respecto a la orientación teórica), Cantidad de sesiones y Elección del psicólogo.

En esta consigna el participante puede seleccionar más de una opción (posible multirrespuesta).

- La pregunta nº 7 de la entrevista fue incluida teniendo en cuenta que en muchos casos la elección de un psicoterapeuta no es completamente personal o libre, ya que las personas que cuentan con un plan de seguro médico se ven condicionadas por éste en aspectos como el tipo de terapia que se va a realizar o la cantidad de sesiones que se llevaran a cabo.

- Pregunta 8) En términos globales, ¿Cuán satisfecho está con el tratamiento del terapeuta en relación a sus problemas? Opciones de respuesta: Muy satisfecho, Satisfecho, Ni satisfecho ni insatisfecho, Insatisfecho y Muy insatisfecho.

- Pregunta 9) Sus expectativas con respecto a la valoración de la psicoterapia antes y después del tratamiento: Bajaron, Son las mismas o Aumentaron.

Las posibilidades de respuesta en las consignas 8) y 9) corresponden a un Escalamiento Likert, es decir un conjunto de ítems que se presentan en forma de afirmaciones, ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2010).

- Pregunta 11) Enumere desde el 1 al 4 cuáles de los siguientes factores considera más relevantes en su propia terapia (siendo 1 el más importante y 4 el menos importante). Opciones: Expectativas, Técnicas específicas de cada terapia, Factores extra terapéuticos y Relación terapéutica.

En esta consigna el sujeto debe jerarquizar las opciones que se le muestran.

### **Preguntas abiertas**

No delimitan las alternativas de respuesta. Son las consignas 4, 5 y 6.

- Pregunta 4) Duración estimativa
- Pregunta 5) Frecuencia de sesiones aproximada por mes
- Pregunta 6) ¿Por qué escogió a este terapeuta?

### **Preguntas demográficas**

Son preguntas de ubicación del participante, éstas son: sexo, edad y Prácticas Profesionales cursadas.

Las entrevistas estructuradas para los profesores sufrieron algunos cambios. En primer lugar se agregaron una serie de preguntas (desde la 8 hasta la 15) para contemplar los casos en los que el entrevistado haya realizado psicoterapia en más de una ocasión, con distintos terapeutas y de diferentes orientaciones teóricas. Además, la pregunta nº 6 es en este caso cerrada, con varias opciones de respuesta. Las mismas han sido extraídas de las principales tendencias de respuestas de la muestra de los alumnos. Al codificarse en primer término la pregunta abierta, se encontraron ciertos patrones generales de respuesta y así se obtuvieron las siguientes categorías: Recomendación, Referencias, Derivación, Especialización, Orientación teórica, Obra social y Otros.

## **IV.5. Procedimiento**

En primera instancia las entrevistas estructuradas se aplicaron de forma grupal a alumnos de la Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua. Para ello, los

docentes de la cátedra “Taller de Tesina” brindaron un espacio oportuno un día en que se tomaba parcial, momento en que la mayoría de los estudiantes asisten a clase.

Luego de realizar una breve introducción a la técnica y los objetivos del estudio, se invitó a participar a los alumnos que realizan o realizaron en algún momento psicoterapia. Una vez conformado el grupo de participantes se hizo entrega de las hojas para que cada uno marcara sus respuestas.

En segundo término la técnica se aplicó de forma individual y autoadministrada a profesores de la misma facultad, en la semana de mesas finales. En este caso, el Director del Departamento de Prácticas se encargó de adjuntar las entrevistas con el Acta de Examen que los profesores deben completar en las mesas finales. Cuando cada examen finalizaba, los profesores devolvían el Acta con las entrevistas que les habían sido entregadas.

#### IV.6. Análisis de datos

Los datos extraídos de las entrevistas estructuradas fueron volcados en tablas de Excel para luego poder ser organizados y codificados y de esta manera realizar diversas pruebas de hipótesis. Cabe aclarar que los análisis estadísticos se realizan en base a las respuestas sobre la psicoterapia actual de los profesores por considerarse que son las que mejor reflejan la valoración de los sujetos sobre la psicoterapia.

Capítulo V: Presentación y análisis de  
resultados

## V.1 Datos extraídos de las entrevistas estructuradas

### V.1.1. Alumnos

Tabla 2: Distribución de los sujetos según las respuestas a las consignas de la entrevista.

Variable	Item	Categorías	Sujetos	
<b>Características demográficas</b>	Sexo	Femenino	75	
		Masculino	18	
	Edad	(promedio)	24	
	PPO	Clínica Psicoanalítica	47	
		Clínica Cogn-Cond.	15	
		Clínica Existencial	15	
		Clínica Sistémica	9	
No responde		7		
<b>Características de la psicoterapia</b>	Consigna 2 (modalidad)	Individual	92	
		De pareja	0	
		Familiar	1	
	Consigna 5 (frecuencia)	Más de 4 veces por mes	3	
		Semanal	65	
		Quincenal	14	
		Mensual	3	
	1ero semanal y desp. quincenal	8		
<b>Orientación teórica de la psicoterapia y motivos de la elección</b>	Consigna 3 (orientación teórica)	Psicoanalítica	59	
		Cogn.-Cond.	8	
		Existencial	3	
		Sistémica	7	
		Otros	11	
		No sé	5	
	Consigna 6 (¿por qué?)	Recomendación / referencias	42	
		Especialidad	4	
		Derivación	5	
		Obra social	15	
		Orientación teórica	12	
		Otros	15	
	Consigna 7 (Obra social)	A. Tipo de terapia B. Cantidad de sesiones C. Elección del psicólogo	A y B	4
			A y C	15
			B y C	17
A y B			0	
A y C			5	
B y C			6	
A, B y C			2	
No me limité			44	

Continuación de la tabla 2

<b>Valoración de la psicoterapia</b>	Consigna 8 (satisfacción)	Muy satisfecho	42
		Satisfecho	38
		Ni satisfecho ni insatisfecho	11
		Insatisfecho	2
		Muy insatisfecho	0
<b>Valoración de la psicoterapia</b>	Consigna 9 (expectativas)	Bajaron	2
		Son las mismas	34
		Aumentaron	57
<b>Valoración de factores Psicoterapéuticos</b>	Consigna 10 (conoc.de FC)	SI	25
		NO	68
	Consigna 11 (jerarquizac.de factores)	Relación terapéutica = 1er lugar	67
		Relación terapéutica = 4to lugar	1
		Técnicas específicas= 1er lugar	12
		Técnicas específicas= 4to lugar	12
		Expectativas = 1er lugar	7
		Expectativas = 4to lugar	10
		Factores extraterapéuticos= 1er lugar	1
		Factores extraterapéuticos= 4to lugar	64
No respondieron	6		
Consigna 12 (¿otros factores?)	SI	56	
	NO	37	

Como se muestra en la Tabla 1, participaron de la entrevista estructurada 93 estudiantes, de los cuales el 80,64 % son mujeres y el 19,35 % son hombres, con una media de edad de 24 años.

Predominan los alumnos de la Clínica Psicoanalítica (50,53 %), en segundo lugar se encuentran aquellos que cursan la Clínica Existencial y Cognitivo-Conductual, ambas con el 16,13 %. Por último, la Clínica Sistémica cuenta con el 9,68% de los alumnos. El porcentaje restante corresponde a aquellos sujetos que no respondieron a esta consigna.

Casi la totalidad de los alumnos realizan psicoterapia de modalidad individual y la mayoría acude a cuatro sesiones por mes. Si bien tanto la modalidad como la frecuencia de la psicoterapia fueron indagados no arrojaron datos relevantes para responder a las preguntas de investigación.

En cuanto a la orientación teórica de la psicoterapia también predomina el psicoanálisis (63 %), el 12 % de la muestra realiza otro tipo de terapias (ninguna de las opciones mencionadas), el 7 % de los alumnos realiza psicoterapia de orientación cognitivo-conductual, el 8 % sistémica, el 5 % de los sujetos no sabe de qué orientación

teórica de psicoterapia se trata, y por último el 3 % de la muestra realiza terapia de orientación existencial.

Entre los factores que motivaron la elección de un psicoterapeuta en particular, la mayoría de los alumnos (45 %) mencionaron la recomendación o referencia. El 16 % de los alumnos acudió a su terapeuta por la obra social y también el 16 % lo hizo por otros motivos (no especificados en la respuesta). El 13 % de los alumnos señaló a la orientación teórica como motivo de su elección personal, el 6 % a la derivación, y por último el 4 % de los alumnos eligió a su terapeuta por su especialidad.

Con respecto a las limitaciones de la obra social, el 53 % del total de la muestra de alumnos se vio condicionada en cuanto a la elección del terapeuta o la cantidad de sesiones. El porcentaje restante (47 %) no se vio limitado en ninguno de los aspectos mencionados.

Un porcentaje importante de los sujetos expresa sentirse muy satisfecho o satisfecho con el tratamiento psicoterapéutico que realizan (45 % y 41 % respectivamente), un porcentaje muy bajo de los sujetos (2 %), en cambio, no se siente satisfecho al respecto. El resto de los estudiantes (12 %) indica no sentirse ni satisfecho ni insatisfecho con su psicoterapia.

En lo que respecta al concepto de factores comunes, la gran mayoría de los alumnos (73 %) ignora esta temática y sólo el 27 % la conoce. En cuanto a la jerarquización de estos factores comunes, en general los alumnos consideran que en el primer lugar de importancia se ubica la *relación terapéutica*, en segundo lugar las *expectativas*, en tercer lugar las *técnicas específicas* y en el último lugar se encuentran los *factores extraterapéuticos*. Para calcular la tendencia central de la jerarquización de los factores mencionados se utilizó la moda, medida que sirve para extraer el valor que se repite con más frecuencia en una matriz o rango de datos.

### V.1.2 Profesores

Tabla 3: Distribución de los sujetos según sus respuestas a las consignas de la entrevista.

Variable	Item	Categorías	Sujetos	
<b>Características demográficas</b>	Sexo	Femenino	17	
		Masculino	6	
		No respondieron	2	
	Edad	(promedio)	41	
	Act.prof.	Clínica y docencia	14	
		Clínica, docencia + otra act.	6	
		Docencia	1	
Docencia + otra act.		1		
No respondieron		3		
<b>Características de la psicoterapia Actual</b>  (21 sujetos)	Consigna 2 (modalidad)	Individual	20	
		De pareja	0	
		Familiar	0	
		No respondieron	5	
	Consigna 5 (frecuencia)	Más de 4 veces por mes	1	
		Semanal	12	
		Quincenal	5	
		Mensual	2	
		1ero semanal desp. quincenal	1	
		No respondieron	4	
	<b>Orientación teórica de la psicoterapia y motivos de la elección</b> (psicoterapia actual)	Consigna 3 (orientación teórica)	Psicoanalítica	16
			Cogn.-Cond.	0
Existencial			0	
Sistémica			5	
Otros			0	
No sé			0	
No respondieron			0	
Consigna 6 (¿Por qué?)		1. Recomendación / referencias	7	
		2. Especialidad	0	
		3. Derivación	0	
		4. Obra social	0	
		5. Orientación teórica	3	
		6. Otros	3	
		1 y 2	1	
		1 y 5	5	
		2 y 5	1	
		1, 2 y 5	1	
No respondieron	0			
<b>Valoración de la psicoterapia</b> (actual)	Consigna 8 (satisfacción)	Muy satisfecho	12	
		Satisfecho	8	
		Ni satisfecho ni insatisfecho	1	
		Insatisfecho	0	
		Muy insatisfecho	0	
		No respondieron	0	
<b>Características de la psicoterapia Anterior</b>	Consigna 2 (modalidad)	Individual	15	
		De pareja	1	
		Familiar	0	

<b>(18 sujetos)</b>		Otros	1	
		No respondieron	1	
	Consigna 5 (frecuencia)	Más de 4 veces por mes	0	
		Semanal	12	
		Quincenal	2	
		Mensual	1	
		1ero semanal desp. quincenal	2	
No respondieron		1		
<b>Orientación teórica de la psicoterapia y motivos de la elección</b> (psicoterapia anterior)	Consigna 3 (orientación teórica)	Psicoanalítica	11	
		Cogn.-Cond.	0	
		Existencial	3	
		Sistémica	1	
		Otros	1	
		No sé	2	
		No respondieron	0	
	Consigna 6 (¿Por qué?)	1. Recomendación / referencias	9	
		2. Especialidad	1	
		3. Derivación	1	
		4. Obra social	2	
		5. Orientación teórica	2	
		6. Otros	0	
		1 y 2	0	
		1 y 5	1	
		2 y 5	0	
		1, 2 y 5	1	
		No respondieron	1	
		<b>Valoración de la psicoterapia</b> (anterior)	Consigna 8 (satisfacción)	Muy satisfecho
Satisfecho	6			
Ni satisfecho ni insatisfecho	3			
Insatisfecho	1			
Muy insatisfecho	0			
No respondieron	0			
<b>Valoración de factores</b>  <b>Psicoterapéuticos</b>	Consigna 10 (conoc.de FC)	SI	11	
		NO	13	
		No respondieron	1	
	Consigna 11 (jerarquizac.de factores)	Relación terapéutica = 1er lugar	16	
		Relación terapéutica = 4to lugar	0	
		Técnicas específicas= 1er lugar	3	
		Técnicas específicas= 4to lugar	4	
		Expectativas = 1er lugar	1	
		Expectativas = 4to lugar	5	
		Factores extraterapéuticos= 1er lugar	1	
		Factores extraterapéuticos= 4to lugar	12	
		No respondieron	4	
		Consigna 12 (¿Otros factores?)	SI	12
			NO	11
			No respondieron	2

Como se puede observar en la Tabla 2, participaron de la entrevista estructurada 25 profesores de los cuales el 74 % son mujeres y el 26 % hombres, con una media de edad de 41 años. En general los sujetos de la muestra se desempeñan profesionalmente en la clínica y la docencia, y algunos realizan otro tipo de actividad como la investigación.

Los sujetos que actualmente realizan psicoterapia son 21, predomina la orientación teórica psicoanalítica con el 76 %, el resto de los sujetos (24 %) realiza psicoterapia de orientación sistémica.

El 38 % de los profesores señaló la recomendación o referencias como una de las razones por las que eligieron a su psicoterapeuta actual, el 48 % de los sujetos señaló a la orientación teórica como una de esas razones y el 14 % eligió a su psicoterapeuta por otros motivos. Por otro lado, ninguno de los profesores mencionó haberse visto limitado por la obra social en la elección de su psicoterapeuta.

Con respecto a la valoración de la psicoterapia actual, el 95 % de los sujetos refiere estar satisfecho o muy satisfecho y tan solo el 5 % dice no estar ni satisfecho ni insatisfecho con ella.

Actualmente, la mayoría de los profesores realiza psicoterapia de modalidad individual con una frecuencia de sesiones semanal.

Los sujetos que realizaron psicoterapia en el pasado con otro terapeuta son 18. El 61 % de ellos realizó psicoterapia psicoanalítica, el 16 % existencial, 11 % no sabe de que orientación teórica se trataba, un 6 % realizó psicoterapia sistémica y el restante 6 % de los sujetos realizó otro tipo de terapia. Se puede observar que en comparación con los sujetos que realizan psicoterapia en la actualidad, las terapias pasadas presentan mayor variedad en cuanto a orientación teórica aunque de todas maneras predomina el psicoanálisis.

En cuanto al grado de satisfacción hacia la psicoterapia anterior, el 77 % de los sujetos dice estar muy satisfecho o satisfecho, el 17 % no está ni satisfecho ni insatisfecho y el 6 % se encuentra insatisfecho con la terapia anterior.

La modalidad de la psicoterapia que los profesores realizaron en el pasado fue en general individual, acudiendo en su mayoría semanalmente a su terapia.

En relación al concepto de factores comunes, el 54 % de los profesores lo desconoce y el 46 % está familiarizado con la temática. A la hora de jerarquizar estos factores, en general los profesores consideran que en el primer lugar de importancia se ubica la *relación terapéutica*, en segundo lugar las *técnicas específicas*, en tercer lugar se encuentran las *expectativas* y por último los *factores extraterapéuticos*.

## V.2 Aplicación de pruebas de hipótesis

Para responder a las preguntas que motivaron esta investigación, se aplicó el método estadístico de la prueba de hipótesis. Mediante este procedimiento se pondrán a prueba las distintas hipótesis acerca de la población estudiada, determinando si existen diferencias significativas entre variables de uno o más grupos y así poder arribar a las conclusiones de este trabajo.

### **V.2.1 Primera hipótesis: Prueba de diferencia entre proporciones**

Esta prueba estadística sirve para verificar si existen diferencias significativas entre dos proporciones muestrales, en este caso la proporción de alumnos y la de profesores.

- Hipótesis alternativa: La proporción de profesores que señalan la orientación teórica como una de las variables para elegir a su psicoterapeuta es significativamente mayor que la proporción de alumnos que eligen en el mismo sentido.
- Hipótesis nula: No existen diferencias significativas entre la proporción de profesores que señalan la orientación teórica como una de las variables para elegir a su psicoterapeuta y la proporción de alumnos que eligen en el mismo sentido.

Tabla 4: Datos obtenidos por la aplicación de una pregunta directa respecto de los motivos de elección de su terapeuta a una muestra de 116 sujetos clasificados según sean alumnos o profesores.

	<b>Profesores</b>	<b>Alumnos</b>
<b>Eligen por orientación teórica</b>	0,48	0,12
<b>No eligen por orientación teórica</b>	0,52	0,88

N alumnos = 95

N profesores = 21

(Nota: Se trabaja con la proporción de profesores que concurren actualmente a psicoterapia).

Tabla 5: Estadísticos aplicados para la verificación de hipótesis de la prueba de diferencia entre proporciones.

	N	Error Estándar	A	Ze	Zt	Hip. Acept.
<b>Profesores</b>	21	0,12	0,05	<b>2,94</b>	+1,96	H1
<b>Alumnos</b>	95				-1,96	

Aplicando la fórmula correspondiente se obtiene el valor numérico de Z empírico = 2,94. Este valor indica que la hipótesis nula queda rechazada, verificándose la hipótesis alternativa. Es por ello que es posible afirmar que la proporción de profesores que señalan la orientación teórica como una de las variables para elegir a su psicoterapeuta es **significativamente mayor** que la proporción de alumnos que elige en el mismo sentido.

La mayor influencia que tiene en los profesores la orientación teórica como motivo de elección de determinado psicoterapeuta, puede estar relacionado con la mayor cantidad de años de ejercicio profesional. Dicha experiencia podría pensarse como un factor que en alguna medida ha aumentado el grado de confianza y adhesión a un modelo de psicoterapia en particular.

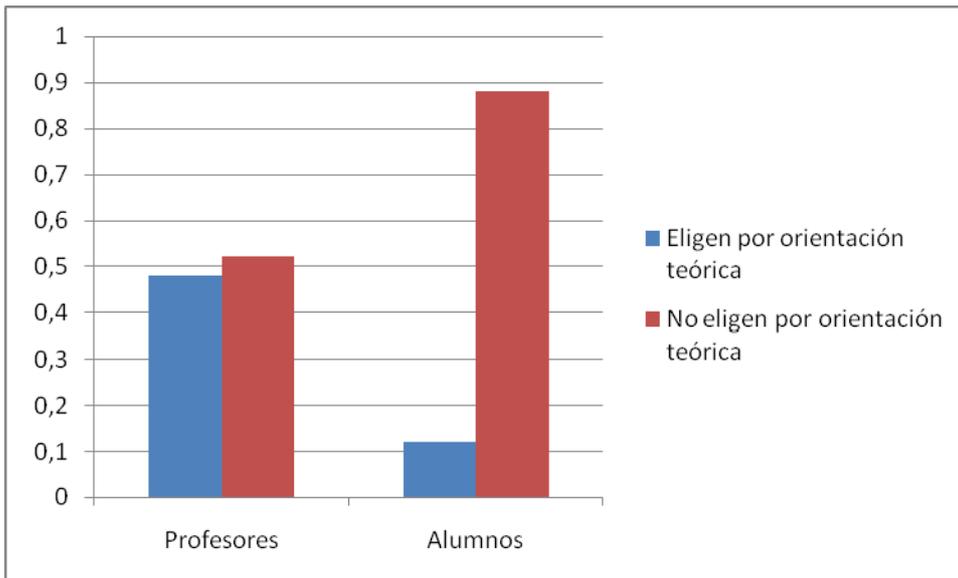


Figura 1: Gráfico de barras correspondiente a una muestra de 116 sujetos, comparando profesores con alumnos, discriminados según si señalan o no a la orientación teórica como una de las variables para elegir a su psicoterapeuta.

### **V.2.2 Segunda hipótesis: prueba de la proporción**

Se aplica esta prueba para verificar si existen diferencias significativas entre una proporción muestral y una proporción poblacional. En este caso se trata de la proporción de alumnos que cursan la Clínica Cognitivo-Conductual y la proporción total de alumnos.

- Hipótesis alternativa: La proporción de alumnos que conocen el concepto de Factores Comunes y cursan la Clínica Cognitivo-Conductual es significativamente mayor que la proporción de alumnos que conocen el concepto de Factores Comunes y cursan otra clínica.
- Hipótesis nula: No existen diferencias significativas entre la proporción de alumnos que conocen el concepto de Factores Comunes y cursan la Clínica Cognitivo-Conductual y la proporción de alumnos que conocen el concepto de Factores Comunes y cursan otra clínica.

Tabla 6: Datos obtenidos por la aplicación de una pregunta directa respecto del conocimiento del concepto de Factores Comunes a una muestra de 86 alumnos clasificados según la clínica cursada.

	<b>Alumnos de Clínica Cogn-Cond.</b>	<b>Población</b>
<b>Conocen el concepto</b>	0,80	0,27
<b>No conocen el concepto</b>	0,20	0,73

N alumnos que cursan la clínica Cognitivo-Conductual = 15

N Población = 86

(Nota: El total de la muestra de alumnos es de 93 sujetos pero 7 personas no respondieron la pregunta acerca de qué clínica cursan).

Tabla 7: Estadísticos aplicados para la verificación de hipótesis de la prueba de la proporción.

	N	Error Estándar	$\alpha$	$Z_e$	$Z_t$	Hip. Acept.
Población	86	0,11	0,05	<b>4,80</b>	+1,96	H1
Alumnos Clínica Cogn.Cond	15				-1,96	

Aplicando la fórmula correspondiente se obtiene el valor de Z empírico = 4,80, el cual se encuentra dentro de la zona de aceptación de la hipótesis alternativa. Esto significa que **existen diferencias significativas** entre la proporción de alumnos que cursan la Clínica Cognitivo-Conductual y la proporción de alumnos que conocen el concepto y cursan otra clínica.

Resulta llamativo que tratándose de factores que trascienden aspectos teóricos y son compartidos por todos los modelos psicoterapéuticos, dicho concepto se acerque a una escuela más que a otras. De todas maneras es importante aclarar que estos resultados no están indicando que la temática sobre los factores comunes sea privativa de la corriente cognitivo-conductual, sino que simplemente demuestran que para una muestra en particular analizada (alumnos de 5°) y en un contexto específico (UDA) la temática sí se acerca más a dicha corriente.

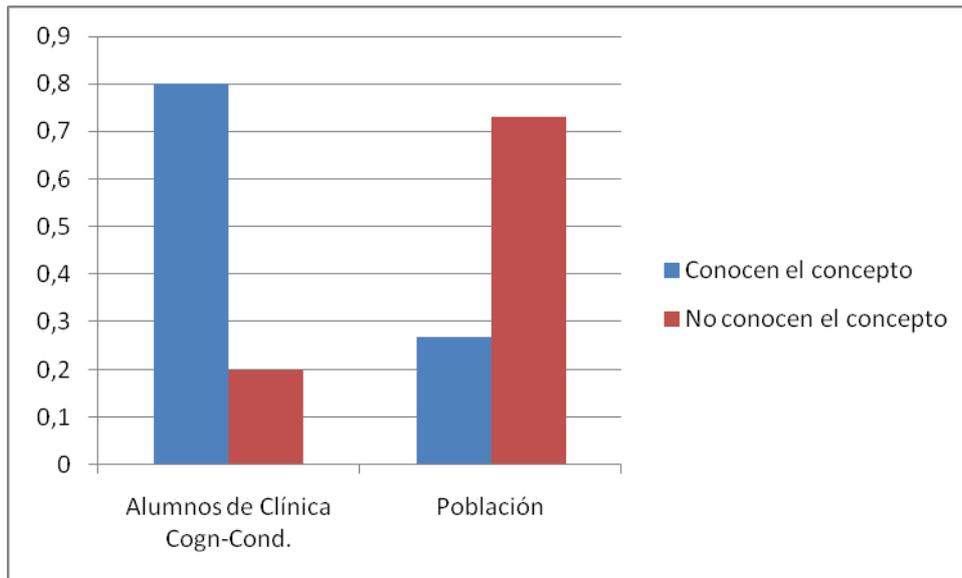


Figura N° 2: Gráfico de barras correspondiente a una muestra de 15 alumnos que cursan la Clínica Cognitivo-Conductual según si conocen el concepto de Factores Comunes o no comparada con la población total de alumnos.

### **V.2.3 Tercera hipótesis: Prueba de diferencia entre proporciones**

- Hipótesis alternativa: La proporción de sujetos que conoce el concepto de Factores Comunes y puntúan los factores extraterapéuticos como más importantes es significativamente mayor que la proporción de sujetos que puntúan los factores extraterapéuticos de la misma manera y no conoce el concepto de Factores Comunes.
- Hipótesis nula: No existen diferencias significativas entre la proporción de sujetos que conoce el concepto de Factores Comunes y puntúan los factores extraterapéuticos como más importantes y la proporción de sujetos que puntúan los factores extraterapéuticos de la misma manera y no conoce el concepto de Factores Comunes.

Tabla 8: Datos obtenidos por la aplicación de una pregunta directa respecto a cómo jerarquizarían los factores propuestos a una muestra de 108 sujetos clasificados según conozcan o no el concepto de Factores Comunes.

	<b>Conocen el concepto</b>	<b>No conocen el concepto</b>
<b>Factores extraterapéuticos puntuados en 1er lugar</b>	0,03	0,02
<b>Factores extraterapéuticos no puntuados en 1er lugar</b>	0,97	0,98

N sujetos que conocen el concepto de Factores Comunes = 34

N sujetos que no conocen el concepto de Factores Comunes = 74

(Nota: El total de la muestra es de 118 sujetos pero 10 personas no respondieron a las preguntas correspondientes).

Tabla 9: Estadísticos aplicados para la verificación de hipótesis de la prueba de diferencia entre proporciones.

	N	Error Estándar	$\alpha$	Ze	Zt	Hip. Acept.
Conocen el concepto	34	3,34	0,05	<b>0,014</b>	+1,96	H0
No conocen el concepto	74				-1,96	

Aplicando la fórmula correspondiente se obtiene el valor numérico de Z empírico = 0,014, con lo cual se puede afirmar que **no existen diferencias significativas** entre la proporción de sujetos que conoce el concepto de Factores Comunes y puntúan los factores extraterapéuticos como más importantes y la proporción de sujetos que puntúan los factores extraterapéuticos de la misma manera y no conoce el concepto de Factores Comunes.

Los factores extraterapéuticos, es decir aquello que sucede fuera de las sesiones de la psicoterapia, son de suma importancia, por lo tanto, resulta llamativo que siendo los mayores contribuyentes a la mejoría lograda, sean tan poco valorados. Asimismo llama la atención que en esta muestra estudiada, tanto los sujetos que conocen el

concepto de factores comunes como aquellos que lo desconocen, puntúen a los factores extraterapéuticos como los menos importantes.

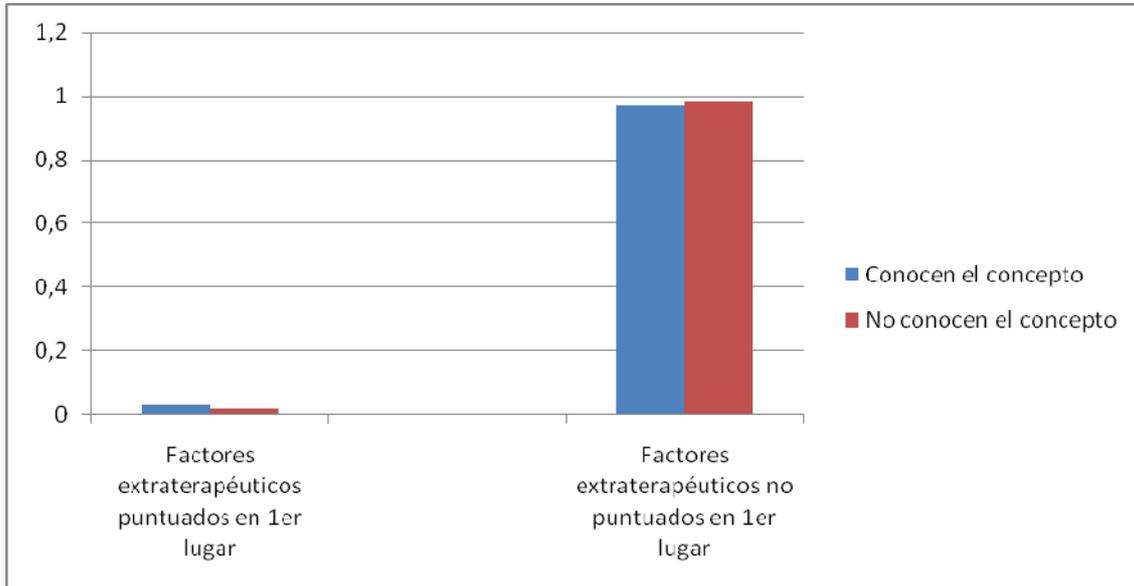


Figura 3: Gráfico de barras correspondiente a una muestra de 108 sujetos, comparando personas que conocen el concepto de Factores Comunes y personas que no conocen el concepto, discriminando según cómo jerarquizan a la relación terapéutica.

#### **V.2.4 Cuarta hipótesis: comparación de medias**

En este caso no se realiza la prueba de hipótesis a través de la varianza, y simplemente se realiza un análisis cualitativo comparando las medias de los grupos. Esto obedece a un intento de simplificar el análisis de los datos, teniendo en cuenta además que hay grandes diferencias en los N de cada grupo y que no se está trabajando con muestras probabilísticas.

Se intenta indagar en esta ocasión, si en alguna orientación teórica de psicoterapia los sujetos presentan mayor grado de satisfacción que en el resto.

Tabla 10: Datos obtenidos por la aplicación de una escala de actitud hacia el tratamiento psicológico a una muestra de 114 sujetos clasificados por orientación teórica de psicoterapia.

<b>Grado de satisfacción</b>	<b>Psicoanálisis</b>	<b>Cogn-Cond.</b>	<b>Existencial</b>	<b>Sistémica</b>	<b>Otros</b>	<b>No sabe</b>
5.Muy satisfecho	38	5	1	5	4	1
4.Satisfecho	29	3	1	5	6	2
3.Ni satisfecho ni insatisfecho	7		1	1	1	2
2.Insatisfecho	1			1		
1.Muy insatisfecho						
N	75	8	3	12	11	5

Tabla 11: Medias de satisfacción dentro de cada orientación teórica de psicoterapia

<b>Psicoanálisis</b>	<b>Cogn-Cond.</b>	<b>Existencial</b>	<b>Sistémica</b>	<b>Otros</b>	<b>No sabe</b>
<b>4,38</b>	<b>4,62</b>	<b>4</b>	<b>4,16</b>	<b>4,27</b>	<b>3,8</b>

Como puede observarse en la Tabla 10, los promedios de satisfacción dentro de cada tipo de terapia se ubican alrededor del 4, esto quiere decir que en general los sujetos de la muestra se encuentran **satisfechos (4)** con su psicoterapia. Es por ello que puede sugerirse que **no existen diferencias** en cuanto a grado de satisfacción con las diversas orientaciones teóricas de psicoterapia. Los sujetos que no saben la orientación teórica de su psicoterapia presentan una media menor (3,8), aunque de todas maneras las diferencias no son llamativas.

Teniendo en cuenta estos valores puede suponerse que la eficacia de la psicoterapia y el grado de satisfacción que los sujetos de la muestra tienen para con su psicoterapia, va más allá de la orientación teórica que ésta tenga.

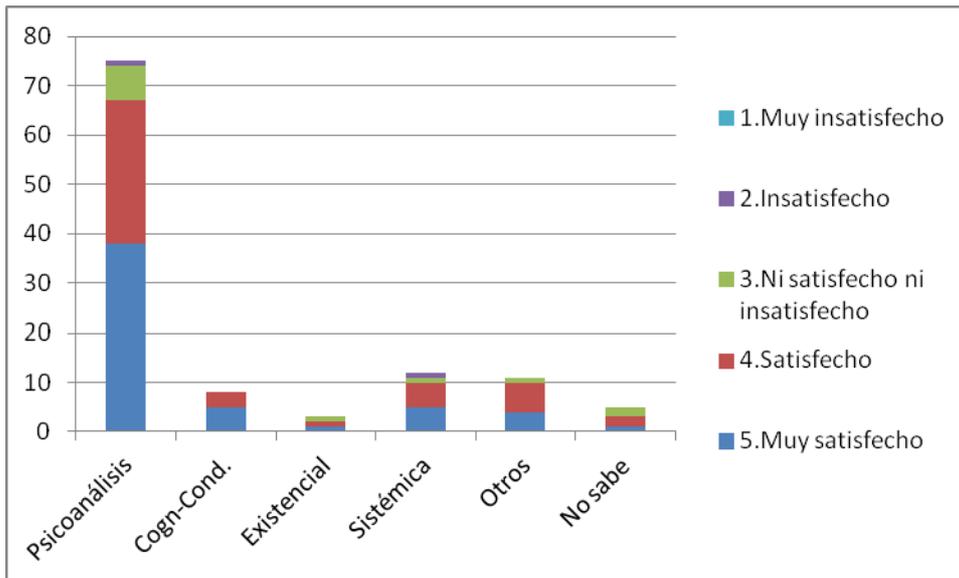


Figura 5: Gráfico de barras correspondiente a una muestra de 114 sujetos, discriminados según su actitud hacia la psicoterapia, comparando las distintas orientaciones teóricas de psicoterapia.

### V.2.5 Quinta hipótesis: comparación de medias

Como en el caso anterior, no se recurre a la prueba de hipótesis y nuevamente se comparan dos medias en cuanto a grado de satisfacción. Se intenta investigar si existen diferencias entre los sujetos que no se vieron limitados por la obra social en la elección de su psicoterapeuta y los que sí se vieron condicionados en esa elección.

Tabla 12: Datos obtenidos por la aplicación de una escala de actitud hacia el tratamiento psicológico a una muestra de 93 sujetos clasificados según se encuentren limitados o no por su obra social.

Grado de satisfacción	Sujetos limitados por obra social	f`	Sujetos no limitados por obra social	f`
1. Muy insatisfecho				
2. Insatisfecho	2	0,04		
3. Ni satisfecho ni insatisfecho	5	0,1	6	0,13
4. Satisfecho	21	0,43	17	0,39
5. Muy satisfecho	21	0,43	21	0,48
N	49		44	
X	<b>4,24</b>		<b>4,34</b>	

La media de satisfacción dentro de cada grupo se encuentra alrededor del 4. Esto sugiere que tanto los sujetos que pudieron elegir libremente a su terapeuta como los sujetos que se vieron condicionados por la obra social en su elección se encuentran

**satisfechos (4)** con su psicoterapia. Esto refleja que los límites que los planes de seguro médico imponen en la elección de un psicoterapeuta, como su tipo de tratamiento de acuerdo a la orientación teórica o la cantidad de sesiones, no disminuye en los sujetos la satisfacción hacia el tratamiento.

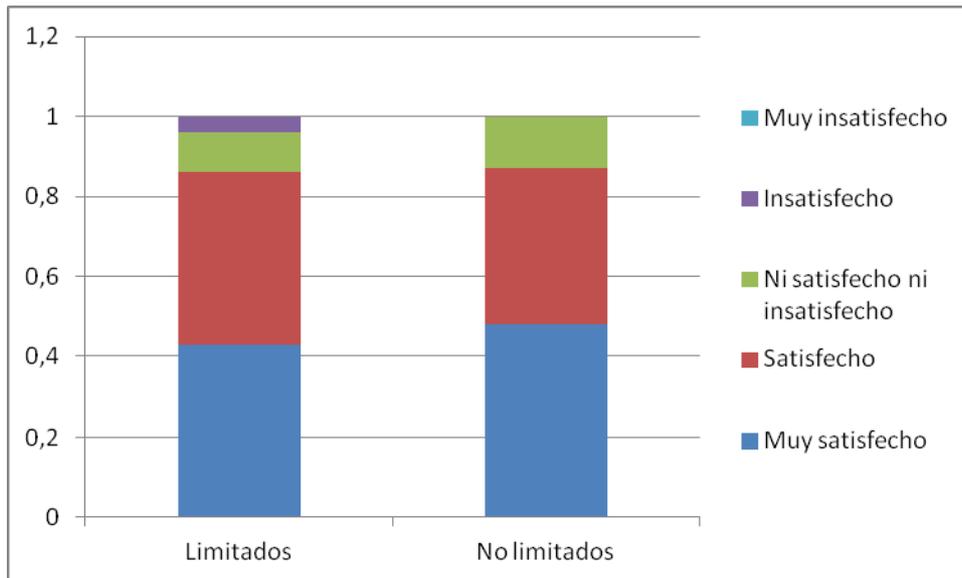


Figura 6: Gráfico de barras correspondiente a una muestra de 93 sujetos, discriminados según su actitud hacia la psicoterapia, comparando los sujetos que se vieron limitados por la obra social en la elección de su psicoterapeuta y los sujetos que no se vieron limitados en ese sentido.

## CONCLUSIONES

El objetivo general de la presente Tesina fue el de profundizar en la temática de los *factores comunes*, desarrollando así los sucesivos capítulos del marco teórico desde los cuales fue posible responder a los interrogantes que estructuraron esta investigación.

Uno de los interrogantes que guió el presente estudio fue acerca de los *factores que determinaron en alumnos avanzados y profesores de la carrera de Psicología de la Universidad del Aconcagua la elección de un psicoterapeuta* en particular. Para responder a este interrogante general se realizaron entrevistas estructuradas en las que se presentaban distintas variables que pudieran determinar la elección. Los datos obtenidos reflejan que las variables más significativas fueron las de *recomendación, referencias y orientación teórica*: el 45 % de los alumnos eligió a su terapeuta por recomendación o referencias. De la misma manera, el 71,2% de los profesores eligió a su terapeuta actual por recomendación o referencias aunque teniendo en cuenta además su orientación teórica.

Estos datos echaron luz sobre otra de las preguntas centrales de investigación de este trabajo: *en el proceso de elección de un terapeuta: ¿Su orientación teórica es un factor igualmente importante para profesores y alumnos?* Las entrevistas muestran que este factor es más significativo en la elección que realizan los profesores que en la de los alumnos. Como puede observarse en la Tabla 2 y 3, el 48 % de los profesionales señalan la orientación teórica como una variable para elegir a su psicoterapeuta mientras que tan sólo el 13 % de los estudiantes eligen de ese modo. La importancia que mostraron dar los profesores a la orientación teórica de sus terapeutas suscita una serie de interrogantes que exceden los objetivos de la presente Tesina. Podría pensarse que los años de ejercicio profesional pueden haber aumentado en alguna medida en los profesionales el grado de confianza y adhesión a un modelo de psicoterapia en particular.

Además de la recomendación, referencias u orientación teórica, se consideró la obra social como una variable que podía, también, intervenir fuertemente en la elección que en cada caso se realizaba. En las entrevistas se intentó descubrir *si la elección de un psicoterapeuta se ve condicionada por el plan de seguro médico*. Los resultados obtenidos reflejaron lo siguiente: esta variable limitó a la mitad de los alumnos (53 %)

pero no afectó a los profesores. Puede pensarse que esta diferencia responde, en el caso de los alumnos, a cuestiones socio-económicas. En cuanto a los profesores, así como los años de ejercicio profesional tal vez aumentan el grado de adhesión a una escuela, posiblemente los lleve a ser más cautelosos e incluso exigentes a la hora de elegir a un terapeuta.

La pregunta acerca de las posibles limitaciones de la obra social surgió de la suposición de que los sujetos condicionados en dicha elección podían llegar a sentirse menos satisfechos con su psicoterapia que el resto. Tal vez el hecho de no elegir libremente a su terapeuta o verse limitado en la cantidad de sesiones de tratamiento podría disminuir el nivel de satisfacción de los sujetos. Sin embargo los hallazgos refutaron tal hipótesis: tanto los sujetos que pudieron elegir libremente a sus psicoterapeutas como los que se vieron condicionados por la obra social en su elección se encuentran igualmente satisfechos con su psicoterapia.

Una vez establecidas las variables que determinaron en alumnos y profesores la elección de un terapeuta en particular, el paso siguiente fue el de determinar *si el grado de satisfacción de los sujetos de la muestra hacia la psicoterapia variaba de acuerdo a la orientación teórica de la misma*. En primer lugar se establecieron las tendencias centrales para luego poder realizar comparaciones entre las diversas corrientes de psicoterapia. Predomina el psicoanálisis con el 66 % (de este porcentaje 59 sujetos son alumnos y 16 son profesores). En segundo lugar se ubica la corriente sistémica con el 10,5 % (7 alumnos y 5 profesores). El 9,6 % de los sujetos (todos alumnos) realiza otro tipo de psicoterapias como la Gestáltica. En cuarto lugar se encuentra la orientación cognitivo-conductual (7 % de los sujetos, todos alumnos). El 4,3 % de los participantes (alumnos) desconoce la orientación teórica de su psicoterapia y el restante 2,6 % de los sujetos (alumnos) realiza psicoterapia de orientación existencial.

Luego de establecerse las tendencias principales, se realizó un análisis comparativo entre las diversas orientaciones teóricas de psicoterapia, a raíz del cual se alcanzó una importante conclusión: la mayoría de los sujetos de la muestra total se encuentra satisfecha con su tratamiento psicológico; las diversas orientaciones teóricas no demostraron diferencias en cuanto al grado de satisfacción. Estos resultados confirman la bibliografía e investigaciones consultadas.

Como se desarrollo en el capitulo II, los hallazgos a lo largo de la historia de investigación en psicoterapia han permitido dejar firmemente sentada tanto la efectividad de la misma como la uniformidad de los resultados de las distintas escuelas. (Del Castillo, 2006). Ello dio lugar a la conclusión de que existen cuestiones nucleares compartidas por las diferentes teorías, que de acuerdo a diversos autores son: los factores extraterapéuticos, la relación terapéutica, las expectativas y placebo, y las técnicas específicas. Estos son los denominados *factores comunes* y son, en definitiva, los responsables de los cambios logrados en psicoterapia.

En términos generales con la presente investigación se intentó analizar a los psicólogos y alumnos avanzados de psicología en el lugar de pacientes. El interés de trabajar con dicha muestra surgió del interés de conocer si un psicólogo difiere como paciente de una persona que no tiene conocimientos sobre psicología. Se presentó la curiosidad de si los amplios conocimientos que los primeros tienen sobre psicoterapia en general y orientaciones teóricas en particular podrían llegar a condicionar la forma en que eligen a su psicoterapeuta e incluso la forma en que siguen el tratamiento en sí. Estas son preguntas que tal vez excedan los alcances de esta investigación pero a las que en algún punto se les pudo dar respuesta gracias a la bibliografía consultada.

En el desarrollo de los sucesivos capítulos de este trabajo, fue posible comprender que lo que hace eficaz a un proceso psicoterapéutico es la presencia de factores comunes, que van más allá del conocimiento que uno pueda tener sobre psicología. Podría decirse que en el propio proceso terapéutico, el psicólogo o alumno avanzado deja de lado sus conocimientos para ocupar el lugar de paciente, lugar en el que se ponen en juego variables como su tipo de personalidad, sus expectativas, su disposición personal, entre otras.

En base a este concepto de factores comunes, término troncal de esta Tesina, se intentó en primer lugar *indagar el grado de acercamiento que tienen los estudiantes y profesores de la carrera de psicología con la temática de los factores comunes*. En segundo lugar, el objetivo fue *conocer la forma en que éstos conciben y jerarquizan los factores comunes*.

Los resultados arrojaron que, del total de la muestra estudiada, el 30 % de los sujetos conoce la temática de los factores comunes y el 70 % la desconoce. Tratándose

la temática de los factores comunes de aquellos elementos que han demostrado ser los curativos en el proceso psicoterapéutico y que trascienden las diferencias teóricas, resulta llamativo el grado de desconocimiento que hay en la muestra analizada acerca de los mismos. Teniendo en cuenta el notable crecimiento del modelo integrativo y sus respectivas áreas de trabajo (eclecticismo técnico, integración teórica y enfoque de los factores comunes) podría ser útil ampliar el conocimiento tanto de los alumnos como de los profesionales acerca de la temática.

Por otro lado, se analizó *si en la muestra de los alumnos el conocimiento del concepto de factores comunes tenía alguna relación con la clínica cursada*. Los datos obtenidos demostraron que del total de sujetos que sí conoce el concepto, la proporción de cursantes de la Clínica Cognitivo-Conductual es significativamente mayor que la proporción de cursantes de la Clínica Psicoanalítica, Existencial o Sistémica. Es importante aclarar que estos resultados no están indicando que la temática sobre los factores comunes sea privativa de la corriente cognitivo-conductual. Los resultados simplemente demuestran que para una muestra en particular analizada (alumnos de 5º) y en un contexto específico (UDA) la temática sí se acerca más a dicha corriente.

Otro aspecto concreto que se examinó fue *si la jerarquización de los factores variaba de acuerdo al conocimiento o no del concepto*. Gracias a las pruebas de hipótesis aplicadas se pudo determinar que no existen diferencias significativas en cuanto a la jerarquización entre los sujetos de esta muestra que conocen el concepto de factores comunes y aquellos sujetos que lo desconocen. De hecho, hubo un gran acuerdo entre los participantes, sobre todo en lo que respecta a la relación terapéutica como factor más importante y a los factores extraterapéuticos como menos importantes.

De acuerdo a la bibliografía consultada, aquello que sucede fuera de las sesiones terapéuticas es de suma importancia, de hecho ha quedado demostrado en diversas investigaciones (como en la conocida revisión de estudios de resultados de Michael J. Lambert) que los factores extraterapéuticos son los mayores contribuyentes al cambio y este ha sido en general un aspecto olvidado por los terapeutas y entendidos en psicología. Esto ha podido observarse en la muestra de profesores y alumnos analizada, en la cual los sujetos puntuaron a los factores extraterapéuticos en el cuarto lugar. Lo que sí resulta llamativo es que tanto los sujetos que desconocen el concepto de los

factores comunes como aquellos que lo conocen, ubicaron a los factores mencionados en el último lugar de importancia.

Resulta necesario hacer una última aclaración: la mayor aceptación de los factores comunes “no se basa en que los modelos contemporáneos se parezcan más, sino que refleja nuestro cambio de posicionamiento al observarlos”. Feixas y Botella (2004, 10). Estos autores, nos recuerdan que tanto las semejanzas como las diferencias son operaciones de un observador, y no aspectos objetivos de la realidad.

Asimismo, el rechazo de la hegemonía de una escuela de psicoterapia no significa que se rechacen, por el contrario, se trata de reconocer estos ingredientes activos, validarlos y nutrirlos. Aunque la existencia de factores comunes a las distintas formas de terapia sea difícil de asimilar, así como también pueda llegar a ser difícil aceptar que mucho de los resultados de un tratamiento depende de elementos ajenos al modelo y técnicas específicas; aunque se niegue o desconozca este hecho, los factores comunes son elementos que ya están operando en el proceso terapéutico y son los responsables por la cura, en definitiva la esencia de la psicoterapia. (Hubble, Duncan & Miller, 1999)

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Beck, A.T.; Rush, A.J.; Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). Visión general. En A.T. Beck; A.J. Rush; B.F. Shaw y G. Emery (Ed.), *Terapia cognitivo de la depresión* (pp. 11-37). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Castro Solano, A. (2001). ¿Son eficaces las psicoterapias psicológicas? *Revista Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 3, 59-90
- Del Castillo, M. (2006). Consideraciones acerca de la necesidad de integración en psicoterapia. *Red Psicoterapéutica*. Recuperado de <http://www.redpsicoterapeutica.com.ar/?s=consideraciones+acerca+de+la+necesidad+de+integraci%C3%B3n+en+psicoterapia>
- Duncan, B.; Miller, S. & Hubble, M. (1998) An Uncommonly Common Therapy: Focusing on What Works. In W. Matthews and J. Edgette (Eds.), *Current Thinking and Research in Brief Therapy. Solutions, Strategies, Narratives*. (pp. 203-235). New York: Brunner/Mazel
- Duncan, B. & Miller, S. (2001). *The Client's Theory of Change: Consulting the Client in the Integrative Process*. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/95866759/La-Teoria-Del-Cambio-Del-Cliente>
- Eysenck, H. (1985). Decadencia y caída del imperio freudiano. Recuperado de: [http://www.laeditorialvirtual.com.ar/pages/Eysenck/EysenckFreud\\_03.htm](http://www.laeditorialvirtual.com.ar/pages/Eysenck/EysenckFreud_03.htm)
- Feixás, G. y Miró, M. (1993). Modelos cognitivos. En G. Feixás y M. Miró (Ed.), *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos* (pp. 171-229). Barcelona: Paidós.
- Feixas, G. y Botella, L. (2004). Integración en Psicoterapia: Reflexiones y Contribuciones desde la Epistemología Constructivista. En H. Hernández y Álvarez y L.R. Opazo (comps.) *La integración en psicoterapia. Manual práctico* (pp. 33-68). Barcelona: Paidós Ibérica.
- Fernández Alvarez, H. (2008) *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.

- Fernández Moya, J. (2005) *En búsqueda de resultados, una introducción a las Terapias Sistémicas*. Mendoza: Editorial UDA.
- Frank, J.D. (1977) *Salud y persuasión*. Buenos Aires: Troquel SA.
- Frankl, V. (1978). Del psicoanálisis al análisis existencial. En V. Frankl (Ed.), *Psicoanálisis y existencialismo. De la psicoterapia a la logoterapia* (pp. 59-296). México: Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (1911- 1913). *Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (caso Schreber), Trabajos sobre técnica psicoanalítica, y otras técnicas*. Freud S. Obras Completas Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Kuhn, T. (1999). *La estructura de las revoluciones científicas*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (2005) *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lecho de Procusto. En *Wikipedia*. Recuperado el 13 de noviembre de 2012, de: <http://es.wikipedia.org/wiki/Procusto>
- Maturana, H. (2002). Lenguaje, emociones y ética en el quehacer político. En H. Maturana (Ed.), *Emociones y lenguaje en educación política* (pp. 41-87). Santiago: Dolmen.
- May, R. (1963). *Psicología existencial*. Buenos Aires: Paidós.
- May, R. (1996). La soledad y la ansiedad del hombre moderno. En R. May (Ed.), *El hombre en busca de sí mismo* (pp. 11-36). Buenos Aires: Fausto.
- Miller, S.; Duncan, B. & Hubble, M. (1997) *Client-Directed, Outcome-Informed Clinical Work: Directing Attention to “What Works” in Treatment*. (in press). Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/74708947/Miller-Duncan-Hubble-n-d-Trabajo-clinico-informado-por-los-resultados-y-dirigido-por-el-cliente>

- Mirapeix, C y Rivera, L. (2010). Revisión histórica de los modelos integradores en psicoterapia. *11º Congreso Virtual de Psiquiatría*. Madrid: Interpsiquis, 1-22-
- Packmann, G. D. (4 de junio de 2009). Lecho de Procusto. Página 12. Recuperado de <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-126052-2009-06-04.html>
- Páramo, M. A. (2012). *Normas para la presentación de citas y referencias bibliográficas según el estilo de la American Psychological Association (APA): Tercera edición traducida de la sexta en inglés*. Documento de cátedra de Taller de Tesina. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua. Mendoza.
- Piracés, A. (2005). *Construcción de conductas* (Documento de la cátedra Psicología Cognitivo-Conductual). Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua. Mendoza.
- Prochaska, J. & Norcross, J. (1994) *Systems of Psychotherapy*. New Cork: Avon Books. Traducción realizada por Centro Privado de Psicoterapias, Mendoza
- Prochaska, J. O.; Norcross, J. C. & DiClemente, C. C. (1994). How do you change. En P. Pacheco, (Trad.), *Changing for Good* (pp.21-50). New York: Avon Books.
- Rosado, M. y Rosado. (julio-diciembre, 2007). El enfoque integrativo en psicoterapia. *Psicología y Educación*, 2 (1), 42-50.
- Santibañez Fernández, P.M; Román Mella, M.F; Lucero Chenevard, C.; Espinoza García, A.E; Iribarra Cáceres, D.E; Muller Vergara, P.A. (2008). Variables inespecíficas en psicoterapia. *Revista Terapia Psicológica*, 1 (26), 89-98. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082008000100008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082008000100008&script=sci_arttext)
- Segal, L. (1994). Maturana y el observador. En L. Segal (Ed.), *Soñar la realidad* (pp. 93-99). Barcelona: Paidós.

- Snyder, C.R; Michael, S.T & Cheavens, J.S. (1999) Hope as a Psychotherapeutic Foundation of Common Factors, Placebos, and Expectancies. En M. Hubble; B. Duncan & S. Miller, (Comp.), *The heart & soul of change* (pp. 179-200). Washington DC: APA.
- Tallman, K. & Bohart, A C. (1999). The Client as a Common Factor: Clients as Self-Healers. En M. Hubble; B. Duncan & S. Miller, (Comp.), *The heart & soul of change* (pp. 91-131). Washington DC: APA.
- Uribe Restrepo, M. (2008). Factores comunes e integración de las psicoterapias. *Revista colombiana de psiquiatría*, 1 (37), 14-28
- Vasco, António B.; Dryden, Windy. (1997). Does development do the deed?: clinical experience and epistemological development together account for similarities in therapeutic style. [Abstract]. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. Vol 34(3), 262-271.

ANEXO



## ENTREVISTA ESTRUCTURADA PARA ALUMNOS

Sexo:

Edad:

Prácticas Profesionales que cursa:

Conteste a la siguiente entrevista sólo si usted está realizando o ha realizado psicoterapia.

- 1) ¿Concurre a terapia psicológica o lo hizo en algún momento?      SI / NO
- 2) ¿Cuál es (o era) la modalidad de la terapia?
  - Individual
  - De pareja
  - Familiar
- 3) ¿Cuál es (o era) la orientación teórica de la misma?
  - Sistémica
  - Existencial
  - Cognitivo-conductual
  - Psicoanalítica
  - Otros
  - No sé
- 4) Duración estimativa
- 5) Frecuencia de sesiones aproximada por mes
- 6) ¿Por qué escogió a este terapeuta?

- 7) ¿Su plan de seguro médico lo afectó o limitó en alguna de las siguientes elecciones que usted hizo?
- Tipo de terapia que escogió (con respecto a la orientación teórica)
  - Cantidad de sesiones
  - Elección del psicólogo
- 8) En términos globales, ¿Cuán satisfecho está con el tratamiento del terapeuta en relación a sus problemas?
- Muy satisfecho
  - Satisfecho
  - Ni satisfecho ni insatisfecho
  - Insatisfecho
  - Muy insatisfecho
- 9) Sus expectativas con respecto a la valoración de la psicoterapia antes y después del tratamiento
- Bajaron
  - Son las mismas
  - Aumentaron
- 10) ¿Conoce el concepto de Factores Comunes?      SI / NO
- 11) Enumere desde el 1 al 4 cuáles de los siguientes factores considera más relevantes en su propia terapia (siendo 1 el más importante y 4 el menos importante)
- Expectativas
  - Técnicas específicas de cada terapia
  - Factores extra terapéuticos
  - Relación terapéutica
- 12) Además de los mencionados, ¿considera que existen otros factores importantes para la psicoterapia?      SI / NO
- (Mencione los factores en caso de haber respondido SI)



## ENTREVISTA ESTRUCTURADA PARA PROFESORES

Sexo:

Edad:

Actividades profesionales que desarrolla:

13) ¿Concorre **actualmente** terapia psicológica? (Responda SI o NO)

14) ¿Cuál es la modalidad de la terapia?

- Individual
- De pareja
- Familiar

15) ¿Cuál es la orientación teórica de la misma?

- Sistémica
- Existencial
- Cognitivo-conductual
- Psicoanalítica
- Otros
- No sé

16) ¿Hace cuánto tiempo?

17) Frecuencia de sesiones aproximada por mes

18) ¿Por qué escogió a este terapeuta?

- Recomendación (alguien se lo recomendó porque conoce la forma en que trabaja)
- Referencias (su nombre es conocido, tiene buenas referencias sobre esta persona)
- Derivación
- Especialización (se especializa en una temática en particular)
- Orientación teórica (lo buscó especialmente por su línea teórica)
- Obra social (su plan de seguro médico lo limitó en la elección del psicólogo o el tipo de terapia que escogió)
- Otros

19) En términos globales, ¿Cuán satisfecho está con el tratamiento?

- Muy satisfecho
- Satisfecho
- Ni satisfecho ni insatisfecho
- Insatisfecho
- Muy insatisfecho

20) ¿Realizó terapia psicológica con otro terapeuta **en el pasado**?

(Responda SI o NO)

21) ¿Cuál era la modalidad de la terapia?

- Individual
- De pareja
- Familiar

22) ¿Cuál era la orientación teórica de la misma?

- Sistémica
- Existencial
- Cognitivo-conductual
- Psicoanalítica
- Otros

- No sé

23) En el caso de haber cambiado la orientación teórica de la psicoterapia, con respecto a la actual, mencione los motivos de tal cambio:

24) ¿Durante cuánto tiempo realizó aquel tratamiento psicológico?

25) Frecuencia de sesiones aproximada por mes

26) ¿Por qué escogió a ese terapeuta?

- Recomendación (alguien se lo recomendó porque conoce la forma en que trabaja)
- Referencias (su nombre es conocido, tiene buenas referencias sobre esta persona)
- Derivación
- Especialización (se especializa en una temática en particular)
- Orientación teórica (lo buscó especialmente por su línea teórica)
- Obra social (su plan de seguro médico lo limitó en la elección del psicólogo o el tipo de terapia que escogió)
- Otros

27) En términos globales, ¿Cuán satisfecho está con el tratamiento de aquel entonces?

- Muy satisfecho
- Satisfecho
- Ni satisfecho ni insatisfecho
- Insatisfecho
- Muy insatisfecho

28) ¿Conoce el concepto de Factores Psicoterapéuticos Comunes?

(Responda SI o NO)

29) Enumere desde el 1 al 4 cuáles de los siguientes factores considera más relevantes en su propia terapia (siendo 1 el más importante y 4 el menos importante)

- Expectativas
- Técnicas específicas de cada terapia
- Factores extra terapéuticos
- Relación terapéutica

30) Además de los mencionados, ¿considera que existen otros factores importantes para la psicoterapia? (Responda SI o NO. Mencione los factores en caso de haber respondido SI)