

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGAS
CLÍNICAS.**

**“LAS PSICOTERAPIAS EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE
LAS UNIVERSIDADES PUCE, UCE, UDLA Y UPS DEL DISTRITO
METROPOLITANO DE QUITO PERÍODO 2010-2011”**

GABRIELA CALVOPINA

BATUL ROJEAB

DIRECTOR: MTR. FRANCISCO JARAMILLO

Quito, 2011

Dedicatoria

*A mi mamá Elizabeth y mi abuela Elita, quienes a pesar de no creer en la
psicología me apoyaron hasta el final*
Betul

A mi madre quien siempre estuvo junto a mí
Gabriela

Agradecimientos

Agradecemos primeramente a nuestro director de disertación Mtr. Francisco Jaramillo por todo el apoyo, la guía y respuesta a nuestras inquietudes durante todo el proceso que conllevó culminar este último escalón de nuestra educación superior.

A la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y sus maestros por habernos formado con bases firmes y bien cimentadas.

Agradecemos a los centros de atención psicológica Centro de Psicología Aplicada (PUCE), Consultorio 1 y2 (UCE), Apoyo Psicológico (UDLA) y Centro Psicológico Salesiano “Emilio Gambirasio” (UPS) por su gran apertura y colaboración con la presente investigación.

Gracias a todos los pacientes, que colaboraron voluntariamente para lograr que se dé investigación.

Agradecemos a nuestras madres por todo el apoyo incondicional que nos brindaron. ¡Gracias a ustedes hemos llegado hasta aquí!

Y gracias a todas aquellas personas que colaboraron directa e indirectamente con nosotras durante todo el camino universitario y que pusieron parte de sí para que ahora estemos donde nos encontramos.

Tabla de contenido

Dedicatoria	i
Agradecimientos.....	ii
Tabla de contenido	iii
RESUMEN	vi
INTRODUCCIÓN.....	vii
CAPITULO I: Generalidades de la Psicoterapia.....	1
1.1. Antecedentes históricos y epistemológicos de la psicoterapia	1
1.2. ¿Qué es la psicoterapia?	15
1.3. Diferenciaciones entre la Clínica Psicoterapéutica, la Clínica Psiquiátrica y la Clínica Psicoanalítica	21
1.4.1. Objetivos de la psicoterapia.....	25
1.4.2. Alcances de la psicoterapia.....	27
1.4.3. Limitaciones de la psicoterapia	28
CAPITULO II: Clases de psicoterapia.....	31
2.1. Terapias psicodinámicas.....	32
2.1.1. Terapia analítica	32
2.1.2. Terapia Dinámica	37
2.1.3. Terapia Adleriana o Terapia de la Psicología Individual.....	39
2.1.4. Técnica del Análisis Aperceptivo	42
2.2. Terapias de la conducta	46
2.2.1. Conductismo.....	46
2.2.2. Terapia cognitivo-conductual	49
2.2.3. Técnica de Desensibilización Sistemática	53
2.3. Terapia cognitiva.....	55
2.4. Terapias humanistas	59
2.4.1. Humanismo.....	59
2.4.2. Terapia Gestalt.....	64
2.4.3. Terapia transpersonal.....	68

2.4.4.	Psicodrama	71
2.5.	Terapias integrativas y holísticas.....	76
2.5.1.	Terapia Integrativa.....	76
2.6.	Terapia sistémica.....	79
2.7.	Terapia Breve Estratégica	82
CAPITULO III: Los centros psicológicos.....		86
3.1.	Psicoterapias en los centros universitarias de atención psicológica de Quito.....	86
3.1.1.	Pontificia Universidad Católica del Ecuador.....	86
3.1.2.	Universidad Central del Ecuador.....	87
3.1.3.	Universidad de las Américas	88
3.1.4.	Universidad Politécnica Salesiana.....	88
3.2.	Enfoques terapéuticos aplicados a la realidad del centro y la población.....	89
3.2.1.	Pontificia Universidad Católica del Ecuador.....	89
3.2.2.	Universidad Central del Ecuador.....	91
3.2.3.	Universidad de las Américas	92
3.2.4.	Universidad Politécnica Salesiana.....	92
3.3.	Encuadres psicológicos que se establecen de acuerdo al estilo de terapia	93
3.3.1.	Pontificia Universidad Católica del Ecuador.....	94
3.3.2.	Universidad Central del Ecuador.....	94
3.3.3.	Universidad de las Américas	95
3.3.4.	Universidad Politécnica Salesiana.....	95
3.4.	Ofertas de los centros psicológicos en el área clínica.....	96
CAPITULO IV: Resultados		98
4.1.	Análisis del servicio psicoterapéutico por la población	98
4.2.	Descripción de la Guía	104
4.3.	Modelos Psicoterapéuticos utilizados.....	104
4.4.	Estrategias de Intercambio académico interuniversitario.....	105
4.5.	Nominación de Centros Psicológicos para la derivación de casos.....	107
CONCLUSIONES.....		108
RECOMENDACIONES		111

BIBLIOGRAFÍA.....	112
Libros	112
Páginas de internet.....	114
ANEXOS.....	116
Anexo 1: Guía de entrevistas realizadas a profesionales.....	117
Anexo 2: Guía de entrevista para psicólogos clínicos	118
Anexo 3: Encuesta dirigida a los pacientes atendidos en los centros psicológicos	119
Anexo 4: Consentimiento informado para participación en protocolos de investigación.....	120
Anexo 5: Guía	122

RESUMEN

El presente trabajo pretende describir de manera general la realidad en los centros psicológicos universitarios (PUCE, UCE,UDLA Y UPS) tomando en cuenta, desde la teoría, las principales psicoterapias utilizadas en la práctica clínica cotidiana. Para esto, presentamos los diferentes enfoques psicoterapéuticos profundizándolos y diferenciándolos unos respecto de otros. Luego de esto, se presenta la investigación acerca de los tipos de enfoques psicoterapéuticos que utilizan los centros de atención psicológica universitaria del perímetro urbano de Quito a fin de comprender el abordaje institucional que presentan ante las demandas sociales e individuales de la población a la que sirven. Una vez sistematizada esta información se presentan los resultados y una guía que contiene la información recopilada dentro de la investigación.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es una sistematización de la información acerca de todas las *psicoterapias* contemporáneas que se describe por la Asociación Americana de Psicología, APA (American Psychological Association), incluyendo otras que han sido pertinentes señalar, con la finalidad de lograr desde la aproximación teórica, un acercamiento a la realidad actual de la psicoterapia. La misma que se ha delimitado en los centros de atención psicológica de las universidades: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Universidad Central del Ecuador, Universidad de las Américas y Universidad Politécnica Salesiana, encontradas en el perímetro urbano del Distrito Metropolitano de Quito.

De esta manera, a lo largo de la presente disertación, el lector encontrará los resultados obtenidos en la investigación que han sido logrados gracias al acercamiento teórico, y al análisis del trabajo práctico que se realizó en los centros de atención psicológica universitaria. Se espera que esta disertación teórico-aplicada, abra las puertas para futuras investigaciones acerca del tema y permita el desarrollo y crecimiento de las psicoterapias dentro de la ciudad de Quito.

Para quienes comenzamos la práctica clínica en la ciudad de Quito, el hecho de promover la psicología como una alternativa para la solución de conflictos, prevención de problemas y disminución del sufrimiento, podría revocar un pensamiento utópico. Consideramos, que esto se debe principalmente al bajo nivel de educación, posibilidades de desarrollo inexistentes en la ciudad, prejuicios respecto a la Psicología y su práctica; situación que nos motivó a realizar esta investigación con el fin de lograr que las personas conozcan las psicoterapias y puedan acudir al psicólogo cuando lo necesiten. Para esto buscamos promover los centros psicológicos de las universidades del perímetro urbano de Quito (PUCE, UCE, UDLA y UPS), a través de los resultados obtenidos en la investigación realizada en sus instalaciones, con el objetivo de poder difundir la información generando redes de apoyo inter universitarias.

Esta difusión, no solo colaborará en la prevención e intervención de problemas sociales de la ciudad sino que fomentará en la población interna y externa de las universidades la asistencia a los centros. Es importante mencionar que la investigación por ser teórico-aplicada, permitirá indagar en el campo de las psicoterapias a fin de conocer cómo trabaja cada enfoque, los alcances y limitaciones que tiene, y cuáles perspectivas son las más utilizadas en la contemporaneidad, todo esto, con el objetivo de ahondar la formación académica con distintas perspectivas que la psicología clínica presenta.

Algunas interrogantes nos motivaron a desarrollar el presente tema como: ¿Qué tipo de alcances tienen las psicoterapias que los centros utilizan frente al consultante?, ¿El servicio que se brinda en cada institución universitaria ha logrado incidir significativamente en el servicio que la comunidad requiere? y nos han conducido a proponer la presente investigación que aborda la problemática presentada.

Por lo tanto, nuestro acercamiento se efectúa poniendo énfasis en responder a ¿Cómo los distintos enfoques psicoterapéuticos utilizados en los centros psicológicos aportan en la intervención de problemas sociales e individuales dentro del Distrito Metropolitano de Quito?

El objetivo general de la presente disertación, es examinar los diferentes ofrecimientos existentes relacionados con la atención psicológica en el área clínica, brindada por las universidades de Quito y sus alcances para el servicio a la comunidad.

Para lograr este objetivo nos propusimos analizar el concepto de psicoterapia, profundizando en su origen, alcances y derivaciones para poder distinguirla de otras clínicas como la psiquiátrica y el psicoanálisis, además de identificar las psicoterapias existentes, con el propósito de descubrir las más utilizadas en el campo clínico contemporáneo.

Además nos hemos puesto como objetivos específicos determinar las propuestas actuales de cada uno de los centros psicológicos (PUCE, UCE, UDLA, UPS), profundizando el conocimiento de los enfoques clínicos que existen actualmente; y producir una guía sobre los distintos modelos psicoterapéuticos existentes en las universidades investigadas, enfatizando el intercambio académico y la posibilidad de establecer redes conjuntas para mejorar el servicio.

La hipótesis que nos planteamos al iniciar la investigación afirma que los enfoques psicoterapéuticos utilizados en los centros psicológicos aportan a la sociedad beneficiándola, a través de intervención temprana (talleres, capacitaciones, etc.), media y tardía (psicoterapia, seguimiento) de las demandas que son traídas por los consultantes internos y externos a la población universitaria.

La investigación realizada parte de la obtención bibliográfica de la información de los enfoques psicoterapéuticos y su aplicabilidad en el campo clínico, la misma que permite conocer cuáles de éstos son utilizados y aplicados contemporáneamente en los centros psicológicos universitarios estudiados

Por medio de encuestas sistemáticas a los pacientes y entrevistas dirigidas a los profesionales se obtuvo información acerca de: qué psicoterapias son las más utilizadas por los terapeutas dentro de los centros psicológicos, así como el grado de efectividad y satisfacción que según los pacientes, el servicio recibido les ha brindado.

Las universidades fueron seleccionadas en función de la experiencia que poseen, en el abordaje de casos clínicos y el servicio psicoterapéutico que ofrecen en la ciudad de Quito. Cabe recalcar que se han descartado al resto de universidades de nuestra investigación, debido a que éstas no poseen centros psicológicos como tal que den ayuda a la comunidad extra e interuniversitaria, o se encuentran fuera del perímetro urbano de Quito.

Se realizó el trabajo práctico con los centros psicológicos de las universidades mencionadas anteriormente, incluyendo a los profesionales que trabajan en los mismos. El trabajo consistió en la realización de entrevistas a todos los psicólogos que realizan psicoterapia en los centros, y encuestas aleatorias de satisfacción del servicio para los pacientes. Para esto se obtuvo la muestra representativa en función a la población, la misma que corresponde a 82 pacientes, los cuales se distribuyeron proporcionalmente para el total de la población de 495 pacientes atendidos en el año 2010 en de los centros psicológicos universitarios.

La obra se encuentra distribuida en cuatro capítulos. El primer capítulo describe generalidades de la psicoterapia es decir definición, historia, objetivos, alcances y

limitaciones, y su diferenciación de otras prácticas clínicas. En el segundo se encontrará la clasificación de las psicoterapias; y en el tercero y cuarto capítulo se describen los resultados de la investigación incluyendo una guía práctica que contiene información sintetizada, la misma que facilitará el análisis de los datos encontrados.

CAPITULO I: Generalidades de la Psicoterapia

1.1. Antecedentes históricos y epistemológicos de la psicoterapia

Los seres humanos a través de los tiempos, hemos buscado escucha y consuelo en los otros, cuando pasamos por momentos de dolor o angustia. Es por esto que podemos decir que la psicoterapia ha estado presente siempre en nuestra historia y en las diferentes culturas humanas. Por esto es importante describir a los principales teóricos que han aportado directa o indirectamente en la estructuración de la psicología tal como se la conoce hoy en día y poder aproximarnos así a la formación de la psicoterapia y sus diferentes corrientes.

Se han hallado varios datos que muestran formas básicas de psicoterapia en civilizaciones antiguas como son la egipcia, griega, china, entre otras, quienes ya tenían conocimiento de la existencia de algunos *trastornos mentales* y de procedimientos quirúrgicos neurológicos; actos que muestran la búsqueda de una explicación de lo que sucede dentro de la *psique* (mente), desde tiempos inmemorables. De ahí en adelante, han sido muchos los que han desarrollado y creado técnicas de psicoterapia, basándose en diferentes teorías, que han dado lugar a un sinnúmero de terapias que se utilizan en la actualidad.

Es importante mencionar que la psicoterapia al ser parte de la psicología, se fue formando de diferentes ramas del conocimiento, sobre todo de la Filosofía y las Ciencias Naturales. Es por esto que es imprescindible explicar los fundamentos en los cuales la psicología se ha ido constituyendo para entender más adelante cómo y porqué la psicoterapia es lo que es actualmente.

La psicología en general estuvo muy influenciada por la filosofía, y en sus inicios, como muchas otras ciencias era parte de ésta. Debido a que la psicoterapia es parte de la psicología es necesario partir desde el inicio de la Psicología para comprender así sus fundamentos teóricos y la proveniencia de las diferentes corrientes psicoterapéuticas.

Los inicios de la psicología, se remontan principalmente a la antigua Grecia, cuando existía un fértil desarrollo de la filosofía. El proceso empieza aproximadamente en el siglo V antes de Cristo, cuando los filósofos dejan de lado el estudio de la materia y se empiezan a preguntar acerca de los seres humanos, sobre todo se centran en la pregunta de *¿Cómo conocemos?* Se hablará de los principales exponentes de la época que cimentaron la base de lo que es la psicología contemporánea, con el fin de encontrar las bases de varias de las teorías que hasta hoy se manejan dentro de la misma.

Ya con los filósofos presocráticos encontramos varias teorizaciones acerca de la *psique* y su función en los seres humanos. Uno de los principales exponentes de este período fue Tales de Mileto (639 a.C.- 547 a.C.), quien fue el primero en plantearse la idea de la actitud crítica, frente a la verdad; es decir la idea de que los dogmas y la verdad absoluta son conceptos que entorpecen al progreso y que las ideas son “(...) un conjunto de hipótesis que debían perfeccionarse”¹.

Esta teorización realizada por Tales abre las puertas al pensamiento que va más allá de las verdades absolutas y plantea la construcción y el perfeccionamiento permanente de la verdad como el medio para desarrollar a la filosofía y a la ciencia, y de esta manera evitar que el conocimiento se estanque.

Es importante nombrar a Tales, ya que la mente humana y sus interpretaciones son solamente hipótesis que se encuentran en constante cambio y no se las debe trabajar con ideas demasiado rígidas. Su legado, es el de permitir a los seres humanos tener presente las diferentes perspectivas con las que se cuenta en el momento de juzgar un hecho o un pensamiento.

Pitágoras (582 a.C. - 507 a.C.), además de ser un gran matemático plantea la idea del dualismo del alma y el cuerpo que más tarde influenciaría al pensamiento platónico. “No sólo

¹Leahey Thomas, (1994), *Historia de la psicología*. Madrid, Editorial Debate, pp. 63

podía el alma existir sin el cuerpo, sino que, yendo más allá, los pitagóricos consideraban que el cuerpo era una prisión corruptora en la que el alma se hallaba atrapada.”²

La filosofía del ser y el devenir creadas por Parménides y Heráclito respectivamente, también han tenido una gran influencia dentro de la psicología y la filosofía que se desarrolló posteriormente. Estas filosofías tenían ideas contrapuestas debido a que la filosofía del ser defendía que la verdad es inmutable y que “hay verdades eternas y valores que existen con independencia de la Humanidad, verdades que debemos buscar y utilizar como guía de nuestras vidas.”³

Parménides (530 a.C.-515 a.C.) rechaza al devenir y al cambio afirmando que son simples ilusiones producidas por los sentidos. Este filósofo también es el primero que plantea sus ideas como deducciones lógicas y según algunos autores se lo conoce como el fundador del racionalismo.

Heráclito (535a.C.-484a.C.) al contrario de Parménides, desarrolla la teoría del devenir que se basa en el πάντα ρει que quiere decir “todo fluye”. Heráclito se refería a que nos encontramos en permanente cambio, ya que ninguna situación que hayamos vivido puede repetirse de la misma manera, como dice en su frase más popular “nadie se baña en el mismo río dos veces”. Heráclito también afirma que necesitamos de los sentidos para entender la realidad aunque no es lo único ya que también es imprescindible la inteligencia.

A través de los tiempos siempre estas dos teorías se han visto confrontadas a medida que otros filósofos las fueron desarrollando. Platón (427a.C. – 347a.C.), fundamenta sus ideas en la Filosofía del ser, lo que provoca que las ideas de Parménides dominen al pensamiento occidental; y tiene su auge con el neoplatonismo que más tarde servirá de base para el cristianismo medieval, cuando Santo Tomás de Aquino toma estas ideas y las adapta a su doctrina.

²Leahey Thomas, op.cit. pp. 65

³Ibid, pp. 66

También en la Edad Media la filosofía del devenir toma fuerza cuando Charles Darwin (1809 –1882) muestra al mundo sus ideas acerca de la evolución y el desarrollo de la Filosofía creada por Heráclito sirve a varias ciencias para desarrollar sus teorías.

Filósofos contemporáneos a Sócrates (470 a.C. – 399 a.C.) también contribuyeron en el estudio de la *psique* y el ser humano. Uno de los grupos que más aportó en este sentido es el de los sofistas, debido a que fueron los más interesados en explotar el campo de la naturaleza del hombre. El mayor exponente del grupo fue Protágoras (485 a.C.-411 a.C.), quien enunció las siguientes palabras:"El hombre es la medida de todas las cosas; de las que son, en tanto que son, y de las que no son, en tanto que no son".⁴

Esta frase pronunciada por Protágoras ha tenido varias interpretaciones, pero las que se creen más acertadas, son aquellas que hacen referencia a un relativismo cultural, que defiende que todos los pueblos tienen tradiciones y leyes propias que deben ser respetadas por sus miembros, pero esto no significa que estas mismas leyes y tradiciones servirán para otras culturas, por lo que no deberían imponerse. Protágoras pensaba esto ya que las leyes no son creadas por la naturaleza, sino por los seres humanos.

Otra interpretación que se asemeja a la anterior, defiende que Protágoras intentó decir con esta frase que la verdad, el bien y el mal son simples perspectivas, y la opinión acerca de estos conceptos dependerá mucho del punto de vista y del contexto de la situación.

Una interpretación más general se explica como una filosofía que se relaciona en cierta medida con el pensamiento de Heráclito, en la que se afirma que la verdad y las leyes al no ser dictadas por una entidad superior, no son eternas ni permanentes, y que se ajustan a las necesidades de los seres humanos, por lo tanto se encuentran en constante cambio.

Hipócrates (460 a. C. - 370 a. C.) el padre de la medicina, aporta inmensamente a conceptos psicológicos utilizados en muchos casos hasta hoy en día, sobre todo en lo que tiene

⁴ Mariás Julián, *La medida del hombre*, En internet: <http://www.conoze.com/doc.php?doc=1885> Fecha de Acceso: 03-10-2010.

que ver a lo que actualmente se conoce como *trastornos mentales*. Hipócrates propuso por primera vez que la “locura” no es una maldición o algo provocado por los dioses, sino que los síntomas que presentan los “locos” son debidos a una enfermedad. Además, éste realiza descripciones y clasificaciones de varios trastornos mentales y menciona al cerebro como “el órgano central de la razón”⁵.

Sócrates, contrario teóricamente a los sofistas, rechaza el relativismo, por lo que el filósofo se encarga de buscar las respuestas del porqué las cosas son lo que son y su significado. Uno de sus aportes más grandes a la psicoterapia es la mayéutica; técnica que consistía en hacer preguntas a sus discípulos para que ellos encuentren la respuesta a aquellas preguntas y seguir conceptualizando a partir de lo que se dijo. Sócrates llega a la conclusión de que el *λόγος* (racionalidad) está en cada ser y éste es universal.

Platón, el gran discípulo de Sócrates, desarrolla una teoría del alma, la cual según el filósofo, es esencial para la vida del cuerpo, pero son cosas distintas. El alma se encuentra dividida en tres partes. La primera es el alma racional, que se encuentra ubicada en la cabeza, esta parte se identifica con la razón y la justicia. El alma racional es inmortal, y según Platón al morir el cuerpo, ésta es la que va al mundo de las ideas. La segunda parte del alma es llamada irascible, ésta se encuentra en el pecho, y es el lugar donde se ubican la voluntad y el valor. La tercera parte es el alma concupiscible, localizada en el abdomen, es pasional y aquí se encuentran los placeres, los apetitos y los deseos del cuerpo. El alma racional, se encarga de controlar a las otras dos que se encuentran ligadas al cuerpo. Siglos después, encontramos en la teoría de Freud (1856-1939) conceptos similares al planteamiento platónico acerca de la razón, los impulsos y el aparato psíquico.

En lo que respecta a la *locura*, Platón plantea que existen dos causas para que ésta se presente, la primera se da debido a una enfermedad física, y la segunda era producida por una “inspiración divina”, la cual le daba al individuo que tenía este tipo de locura características proféticas.

⁵ Belloch Amparo, (1995), *Manual de psicopatología Volumen 1*, Madrid, McGraw- Hill. pp. 7

Thomas Leahey en su libro *Historia de la psicología* afirma, que hay más de una idea platónica que se puede relacionar con la teoría posteriormente desarrollada por Freud, por ejemplo en el aspecto de la motivación dice lo siguiente:

Su concepción de la motivación llega a ser freudiana: poseemos en nuestro interior una corriente de deseos pasionales que pueden ser encauzados hacia cualquiera de las tres partes del alma, hacia el logro del placer físico, el honor o conocimiento filosófico y la virtud. Nuestros impulsos pueden motivar la búsqueda del placer transitorio o el ascenso filosófico al mundo de las Formas.⁶

Con esto vemos la gran influencia de éste y otros filósofos griegos, dentro de la psicoterapia, la psicología y las ciencias en general.

Aristóteles, (384 a. C.-322 a. C.) quien fue el primer filósofo de éste periodo en utilizar la lógica silogística para desarrollar su filosofía, se diferencia de su mentor Platón en su concepción de alma, ya que él no es un dualista, sino que afirma que el alma es la esencia de toda criatura, es la que le da la forma y las características de aquello que es; por lo que son necesariamente inseparables.

El filósofo, habla de tres niveles de alma que son el alma nutritiva, alma sensitiva y alma racional a la cual también denominó inteligencia. Esta última solamente la poseemos los seres humanos y es la que nos permite acceder al conocimiento. El proceso por el que la obtenemos, explica el filósofo, se da a través de la percepción primeramente de los particulares concretos, para luego completar con la adquisición del conocimiento de los universales abstractos.

Dentro de la teoría aristotélica encontramos también a la motivación, y la define como un proceso en el cual los seres humanos actuamos racionalmente diferenciando lo correcto de lo incorrecto con el fin de encontrar satisfacciones futuras y beneficios a largo plazo, a este proceso lo llamó anhelo. La motivación humana difiere de la motivación animal, ya que ellos

⁶Leahey Thomas, *op.cit*, pp. 76

al no tener alma racional solamente buscan la satisfacción inmediata llamada por Aristóteles *apetito*.

El imperio romano, después de haber conquistado a Grecia, se vio influenciado por la filosofía y la ciencia de esta última, por lo que sus avances y concepciones acerca de los “trastornos mentales” encontraban sus bases teóricas en lo que los griegos habían teorizado sobre el tema. Pero el mayor aporte de la época, se formó dentro de las leyes que constituían al pueblo romano, debido a que la “locura” se consideraba como un atenuante en la condena o castigo por los delitos cometidos y reducía la responsabilidad al culpable. También en esta época Asclepiades (129a.C. – 40 a.C.) hace una importante distinción entre lo que son las ilusiones, los delirios y las alucinaciones.

Sorano, (Siglo II d.C.) médico romano plantea la idea de utilizar técnicas humanitarias con las personas que padecen algún tipo de trastorno, y para lograrlo propone que las personas a cargo deberían ser entrenadas para este tipo de servicio para mejorar el trato.

Hacia el final del florecimiento del Imperio romano, Galeno, médico romano, (130 d.C.-216 d.C.) realiza una sistematización de los principales temperamentos, que sirvió de base para la realización posterior de las clasificaciones de la personalidad. Estos temperamentos eran: sanguíneo, colérico, flemático y melancólico. Galeno defendía que la combinación correcta de los temperamentos generaba el equilibrio en la persona.

En los tiempos de la caída del Imperio Romano ya se dan algunas prácticas terapéuticas con el objetivo de “curar” trastornos como la depresión y la psicosis. Los tratamientos utilizados no fueron efectivos debido a que los métodos que utilizaban atentaban contra la vida de las personas antes que curarlas.

En la Edad Media se destacan varios avances tanto filosóficos como médicos en lo que respecta a la mente; en ésta época se empiezan a fundar los primeros hospitales psiquiátricos y asilos en países islámicos como Irak, Marruecos y Egipto. Dentro de estos centros, primaba el respeto y el trato especial a las personas con desórdenes mentales, debido a que el profeta

Mahoma (26 de abril de 571 —8 de junio de 632) en el Corán menciona que “el hombre que ha perdido la razón ha sido escogido especialmente por Dios para decir la verdad”⁷. Desde esta época se empiezan a utilizar métodos, para tratar a los pacientes de estos centros psiquiátricos, como la Psiquiatría Clínica y la Musicoterapia. También en la época en medio oriente, se empieza a desarrollar la idea de que las enfermedades pueden tener causas corporales o mentales y se empieza a hablar sobre el concepto de salud mental.

Tanto la Psicología como la Filosofía de la Edad Media europea se vieron influenciadas por los judíos y los musulmanes, tanto por sus aportes teóricos siendo el más representativo Ibn-Sina, como por la traducción de la gran mayoría de los textos griegos y romanos clásicos. A partir de esto primaron obras que contenían las teorizaciones del Medioevo, y se utilizan muchos conceptos aristotélicos y platónicos para crear la base del Cristianismo, de la Filosofía y también de la Psicología, esta última influenciada en la primera parte de la Edad Media sobre todo por conceptos creados por Aristóteles en lo que tiene que ver al alma y su clasificación.

Ibn-Sina (7 de agosto de 980-agosto de 1037) además de complementar los conceptos aristotélicos del alma, articuló sus teorías psicológicas con la medicina de la época y realizó una hipótesis acerca de la localización de los sentidos en diferentes partes del cerebro. Hasta el siglo XVI sus aportes primaron en el pensamiento médico, ya que fueron permitidas las disecciones, cuando se comprobó que su clasificación se encontraba errónea.

En la alta Edad Media los filósofos más representativos fueron San Buenaventura (1218-1274) y Santo Tomás de Aquino (1225 –1274). El primero basó su pensamiento mayormente en la filosofía platónica sobre todo en el sentido dualista del cuerpo y el alma. “El alma y el cuerpo son sustancias completamente distintas, y el alma inmortal se limita a servirse del cuerpo durante su existencia terrenal. La esencia de la persona es el alma.”⁸

⁷ Belloch Amparo, op. Cit., pp. 9

⁸ Leahey Thomas, op. Cit. p.103

Santo Tomás de Aquino al desarrollar la doctrina con la que se maneja el catolicismo opaca a la teoría de San Buenaventura, calificando a Aristóteles como el “filósofo por excelencia” y articulando su filosofía a la fe católica.

Paralelamente al desarrollo filosófico de la época, con el auge del cristianismo surge la inquisición, la quema de brujas en la cual alrededor de 100.000 personas fueron acusadas y castigadas por brujería y la confusión de los trastornos mentales con posesión demoníaca. Al no saber qué hacer con toda la gente que no era considerada “normal” dentro de la sociedad medieval, los tratamientos que utilizaban para “curar” a los endemoniados, nada tenían que ver con las verdaderas necesidades de las personas.

Con la llegada del renacimiento se crea una ruptura en Europa con el pasado. Los renacentistas dividen a la historia en tres grandes etapas que son la Clásica Grecorromana caracterizada por una gran producción Filosófica y Artística, la Medieval caracterizada por ignorancia y superstición y en la que se encontraban en ese momento, la Renacentista.

El Renacimiento es una época de vital importancia para la psicología debido a que en esta época aparecen los primeros *humanistas*, en el sentido de que se descentraliza completamente a Dios y los grandes pensadores se enfocan más en las personas, en recuperar al hombre como hombre no como especie, en sus necesidades y en comprender al alma de los antiguos. El desarrollo humano se potencializó en este periodo admirablemente. Se separa al hombre de la naturaleza, por lo que se nos empieza a llamar sujetos y a la naturaleza objetos.

Aunque no hubo grandes producciones psicológicas o filosóficas, en cuanto a la psicología como tal, fue un periodo muy productivo ya que es aquí en donde verdaderamente se comienza a indagar acerca del ser humano, siendo sus necesidades y su bienestar lo más importante. En lo que se refiere al trato de las personas con desórdenes mentales, se plantea la idea de utilizar un tratamiento especializado según el trastorno y los síntomas que se presenten.

Solamente al final del renacimiento la fisiología tiene varios avances con la permisión de las disecciones, en donde gracias a Leonardo da Vinci (1452-1519), y otros, se genera la idea del cuerpo como una máquina y con el desarrollo de esta idea se percata que el pensamiento se da en el cerebro.

Con la modernidad llega René Descartes (1596–1650) que tiene como fundamento al racionalismo y su principal duda era la de ¿cómo conocemos?, por lo que plantea una teoría acerca del tema afirmando que poseemos ideas innatas las cuales son verdaderas, e ideas fundamentadas en la experiencia. Para poder llegar a estas ideas necesitamos un método basado no en la experiencia, sino, en la duda de absolutamente todo, y las ideas innatas a raíz de esto, nos dan el conocimiento válido ya que son claras y distintas; éstas son el yo (ego), la existencia de Dios y la existencia del alma. Basarnos en la experiencia no es válido para Descartes, ya que los sentidos nos engañan.

David Hume (1711–1776) en contraposición a Descartes, defiende al empirismo y dice que la experiencia sensible proviene del exterior y es de esto de lo que la ciencia debe ocuparse. Los empiristas afirman que todo lo que creemos que existe en el mundo no son más que un conjunto de percepciones, Hume estudia a la naturaleza humana, y distribuye el contenido de la mente en dos grandes grupos: las impresiones y las ideas. Por impresión se refiere a aquello que es inmediato o a lo que hoy conocemos como sensación, y las ideas para el autor eran “copias menos vívidas de las impresiones”⁹.

En el siglo XVIII aparecen Hobbes (1588 –1679) y Rousseau (1712-1778) que son fundamentales dentro del pensamiento político, ya sus teorías giran en torno de lo social y del estado. Aquí se estructura el estado moderno y las posturas surgen de una visión de lo que el ser humano es.

Los dos autores se hacen la pregunta de ¿cuál es la naturaleza de lo humano? Hobbes afirma que nuestra naturaleza tiende al mal y lo que prevalece ante todo es hacer daño al otro. Defiende la idea de que en los procesos de la vida es donde se produce la maldad, cuando

⁹Leahey Thomas, op.cit, pp. 165.

estamos inmersos en la naturaleza vivimos en animalidad tendemos al mal, y nos convertimos en depredadores de nuestra especie. Cuando vivimos en sociedad, todos los instintos se deben dominar por los procesos superiores.

Rousseau al contrario, afirma que el ser humano tiende al bien. Somos intrínsecamente sociales, y el aislamiento no es posible. Rousseau plantea la idea de una sociedad donde el ambiente sea menos alienante, ya que la ciencia y tecnología no nos han ayudado a avanzar sino al contrario nos han perjudicado. El autor defiende la idea de que la cura de la locura si se encuentra en lo consciente tiene que ver mucho con la voluntad.

Fue solamente en el siglo XVIII cuando Europa, luego de dar un trato inhumano a los “enfermos mentales”, empieza a presentar técnicas menos destructivas y más curativas. En este siglo empiezan a cambiar las cadenas y la tortura por tratamientos mejor estudiados y desarrollados.

En este siglo aparece Mesmer (1734–1815), un médico alemán que descubre lo que él llamaba el “magnetismo animal”. Este método fue el que permitió que la hipnosis aparezca más tarde. José María López calificó al magnetismo animal el “antecedente inmediato de la psicoterapia en sentido estricto”¹⁰. El pensamiento del autor puede deberse a que Mesmer fue el primer occidental que creyó que utilizando su método cualquier persona puede curar a otra.

El método también llamado mesmerismo, utilizaba técnicas de sugestión, y Mesmer realizaba curaciones con imanes, los cuales en un principio le dieron muy buenos resultados. Mesmer creía en la existencia de un fluido magnético, que “se mueve con la máxima celeridad, actúa a distancia, se refleja y refracta, como la luz, es inactivado por algunos cuerpos y cura directamente las enfermedades nerviosas e indirectamente todas las restantes”¹¹

Entre el siglo XVIII y XIX aparece el positivismo, ésta corriente filosófica se encuentra fundamentada en la biología, la física y la química. El creador del positivismo fue

¹⁰ López Piñero José María, (2002), *Del hipnotismo a Freud: Orígenes históricos de la psicoterapia*, España, Alianza Editorial, pp. 29

¹¹ *Ibid.* p.31

Comte (1798-1857) quien desarrolló para su corriente un empirismo radical, en el que la recopilación de datos y hechos era lo único que podía dar una descripción fiel del mundo.

Comte tenía la idea de que con su método podría predecir y controlar a la naturaleza así como también podría perfeccionar a la humanidad. El filósofo era un partidario de la frenología ya que relacionaba a los rasgos de la personalidad con áreas del cerebro. Divide a la psicología para que la Fisiología y la Biología se encarguen del estudio de ciertos sectores de ésta y a la sociología de otros.

Nietzsche (1844–1900), uno de los filósofos más influyentes de su siglo (XIX) aportó indirectamente en gran medida a la psicología y a la concepción del mundo actual. El trabajo más notable del filósofo “Así hablaba Saratustra” Nietzsche critica el concepto de verdad diciendo que “La primera mentira es que existe la verdad”¹², con esto la existencia del bien y el mal se ponen en tela de duda. Para él la razón y la intuición están en equilibrio y ninguno es más importante que el otro.

AbbéFaria (1746-1819) a principios del siglo XIX realiza las primeras teorizaciones acerca del hipnotismo y desmiente la teoría del fluido de Mesmer. Su más grande aporte fue la inducción al sueño a través de la sugestión verbal. José María López, menciona acerca de Faria sus grandes aportes como son:

(...) las sugestiones pos hipnóticas y en estado de vigilia y la producción y resolución de parálisis por sugestión verbal, que ocuparon una posición destacada en los orígenes de la psicoterapia. En la línea del efecto placebo, también consiguió la sugestión indirecta con medicamentos sin acción farmacológica.¹³

Luego de Faria, fueron algunas las personas que se interesaron por el tema de la hipnosis, incluso el mismo Freud, quien en sus primeros casos la utilizaba frecuentemente.

¹² Ref. Sologuren Jaime, *Nietzsche: Nihilismo y transvaloración*, En: <http://www.observacionesfilosoficas.net/nihilismoytransvaloracion.html>, Acceso: 06-10-2010.

¹³ López Piñero José María, op. Cit., pp. 41.

Según la autora de “El paciente, el Terapeuta y el Estado”¹⁴ fue en 1872 en donde por primera vez aparece el término *Psicoterapia*, creado por el médico inglés Daniel HackTuke. Él además de este gran aporte al darle un nombre al objeto de estudio de esta disertación fue parte de una familia la cual siempre estuvo interesada en el tratamiento de las “enfermedades mentales”, por lo que su abuelo y su bisabuelo fundan *The Retreat* quienes revolucionaron los tratamientos de la época debido a que rechazaron rotundamente los malos tratos a los que estaban acostumbrados los pacientes de los asilos.

Hacia el final del siglo XIX Ambroise Liébeault (1823-1904), médico francés que trabajó y desarrolló varias teorías acerca del hipnotismo, publica el libro *Thérapeutique suggestive* que según José María López es sin duda una de las obras clave y fundamental en lo que tiene que ver a la constitución de la psicoterapia, y además también la creación del psicoanálisis.

El médico francés Jean Martin Charcot (1825-1893), además de ser la causa por la que se creó la primera escuela de neurología clínica, encuentra la relación ente las lesiones cerebrales y su representación en la motricidad corporal, fue pionero en el tema de psicopatología y realizó varios aportes a la conceptualización de la histeria.

A finales del siglo XVIII e inicios del XIX aparece Paul Dubois (1829 -1905) médico suizo quien tenía de base teórica al racionalismo y materialismo, formula la frase “Un mal ante todo psíquico necesita un tratamiento psíquico”¹⁵. Defendía el uso de la persuasión dentro del tratamiento en lugar de la sugestión ya que considera a esta última antiética y rechaza también como método terapéutico al hipnotismo.

En el mismo periodo histórico Sigmund Freud revoluciona las técnicas y los conceptos hasta el momento presentado acerca de la psicología y la psicoterapia. El padre del psicoanálisis fue el pionero de su época en el trato con los pacientes. Desarrolló múltiples teorías que han servido de base para la gran mayoría de las psicoterapias contemporáneas y las

¹⁴Roudinesco Élisabeth, (2005), *El terapeuta, el paciente y el estado*, Argentina, Siglo veintiuno editores.

¹⁵ López Piñero José María, op. Cit, Pp. 95

teorías psicológicas creadas posteriormente. Entre sus aportes más destacados se encuentran la teoría del inconsciente, el método de interpretación de los sueños, la asociación libre, la sexualidad infantil, la técnica psicoanalítica, la misma creación del psicoanálisis, entre muchas otras que han definido a la psicología actual y han tenido gran influencia en varios aspectos de las ciencias.

(...)Freud inventó el único método moderno de psicoterapia fundamentado en la exploración del inconsciente y la sexualidad, considerados los dos universales de la subjetividad humana. Adosado, por un lado, a una clínica de la escucha- heredado de la clínica propia de la medicina científica-y, por otro, a un sistema de pensamiento surgido de la tradición griega y alemana de la filosofía¹⁶

A raíz de la invención del psicoanálisis, han surgido varios teóricos que han desarrollado sus ideas basándose en Freud, otros que en un principio lo han seguido y posteriormente se han alejado de su línea, y algunos que critican sus teorizaciones y se han alejado completamente del psicoanálisis, pero no se puede negar que el legado de Freud se encuentra presente en la gran mayoría de las teorías y corrientes que existen actualmente. A pesar de que éste no ha sido el único en mencionar temas referentes a la psique, en haberse basado en otros para crear algunas de sus teorías y de haber recibido varias colaboraciones, él sin lugar a duda es la figura más representativa en lo que tiene que ver al tratamiento psíquico.

Fue solamente al terminar la Segunda Guerra Mundial, cuando la psicoterapia se empieza a practicar como tal y se la considera una profesión, ya que antes de éste periodo las técnicas psicológicas eran mayormente utilizadas para evaluación con fines de investigación, mas no como recurso terapéutico.

Durante los años cincuenta posteriores a su invención, el psicoanálisis primó en lo que tiene que ver a la cura del malestar psíquico. En esta época, en Estados Unidos, donde la disciplina creada por Freud no tuvo el éxito que tuvo en Europa se empezaron a crear terapias psicológicas alternativas, la cuales presentaban características diferentes entre sí y con el

¹⁶Roudinesco Élisabeth, op. Cit, pp. 47

psicoanálisis. Las psicoterapias se hicieron más accesibles para las personas, y desde entonces no fue solamente un beneficio de una pequeña élite.

Hoy en día existe la *psicoterapia* que trabaja con la finalidad de tratar problemas puntuales. “Más de 600 escuelas de psicoterapia han florecido en el mundo desde 1950, sobre todo en Estados Unidos, país profundamente religioso y de régimen comunitario, para responder a la increíble demanda de cuidados psíquicos formuladas por la sociedad...”¹⁷

Nos hemos visto en la necesidad de hablar de todos estos filósofos, médicos, científicos, etc. ya que todos ellos son parte importante de lo que hoy en día es la psicología y la psicoterapia. Se han mencionado los autores que consideramos importantes para entender la temática de la psicoterapia en la actualidad.

1.2. ¿Qué es la psicoterapia?

*(...) las definiciones de psicoterapia que se acercan más adecuadamente a la realidad, harán referencia a los recursos que se emplean en el tratamiento, los objetivos que se persiguen (...) los fenómenos ocurrientes en la relación paciente- terapeuta y los sujetos sobre los cuales se ejerce dicha acción.*¹⁸

Para explicar la definición de psicoterapia, partiremos desde las conceptualizaciones que han realizado diferentes autores, quienes desde la teoría y práctica han aportado al concepto de psicoterapia. Todo esto a fin de lograr acuñar el término desde la Psicología General y no centrarnos en definirla desde una corriente específica.

Comenzaremos abordando la psicoterapia desde el concepto epistemológico, la palabra “psicoterapia” proviene del griego *psyché* que significa espíritu (alma), y *thérapéa* que significa tratamiento¹⁹, es decir *tratamiento del alma*. Según el Diccionario de la Real

¹⁷Roudinesco Élisabeth, op. Cit, pp. 45

¹⁸Balarezo Lucio (1995) *Psicoterapia*, Quito, Centro de Publicaciones PUCE, pp. 15

¹⁹Ref. Merani Alberto, (1976), *Diccionario de Psicología*, México, Editorial Grijalbo, pp. 136

Academia de la Lengua se la define como “Tratamiento de las enfermedades, especialmente de las nerviosas, por medio de la sugestión o persuasión o por otros procedimientos psíquicos.”²⁰ Es decir se la entiende como el tratamiento de trastornos psíquicos mediante diversos procesos y metodologías. Diccionarios de Psicología definen la definen como el “conjunto de medios terapéuticos basados en la relación interpersonal, a través del diálogo, y las intervenciones del terapeuta, que posibilita la superación del conflicto”²¹.

En el diccionario de Psicología infantil el autor, Frank Bruno define a la psicoterapia como un método que tiene el objetivo de aliviar los síntomas de angustia o los trastornos, a través de medios psicológicos. Según el autor, se la entiende como una conversación con características especiales que incluyen diversas técnicas las cuales hacen de ésta “(...) una de las áreas más creativas e innovadoras de la psiquiatría y la psicología clínica.”²²

El psicoanalista Sigmund Freud reconoce en su texto “Sobre Psicoterapia” la importancia de ésta como práctica antigua que ha sido utilizada por mucho tiempo por la medicina pese al no reconocimiento médico. La psicoterapia ha buscado a través de su aplicación llevar a cabo la curación del malestar psíquico del paciente.

El autor del libro “Teoría y técnicas de Psicoterapia” Héctor Fiorini, argumenta que la psicoterapia concentra sus expectativas de cambio del paciente en el poder modificador y revelador de la palabra. Según Jorge Flachier la psicoterapia se caracteriza por ser una terapéutica de apoyo y reconstructiva. Refiriendo la clínica psicoterapéutica como una reeducación a los niveles consciente e inconsciente, la misma que tiene finalidades básicas de ayudar al paciente a lograr la reorganización perceptiva, integrar las percepciones en la estructura de su personalidad y establecer métodos de tratar los sentimientos que se originan en lo más profundo de la personalidad.²³

²⁰Diccionario de la Real Academia de la lengua, *Psicoterapia*, http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=psicoterapia Acceso: el 29-09- 2010

²¹ Anaya Natalia, (2004), *Diccionario de Psicología*, Colombia, Ecoe Ediciones, pp.22

²² Bruno Frank, (2007), *Diccionario de psicología infantil*, México, Editorial Trillas, pp. 316

²³ Cfr. Flachier Jorge, (2001), *Análisis Aperceptivo: Psicoterapia y asesoramiento*, Quito, Centro de Publicaciones PUCE, pp. 121

Por nuestra parte, quisiéramos agregar a las consideraciones anteriores, que la psicoterapia puede ser entendida como toda intervención donde a partir de la palabra del terapeuta se logra una influencia que disminuye el malestar en la vida del consultante. Sin embargo, si mantenemos esta concepción simplista, ¿Cómo podríamos distinguir la psicoterapia de las conversaciones que tienen dos amigas, donde la una le otorga un consejo a la otra a fin de ayudarla en un problema por el cual se encuentra atravesando? Consideramos que la respuesta a esta interrogante se la puede esbozar entendiendo la psicoterapia en tanto *ciencia*²⁴ “ya que las técnicas psicoterapéuticas entran en el conjunto de conocimientos obtenidos mediante la observación y el razonamiento sistemáticamente estructurados, y de los que se deducen principios y leyes generales”²⁵. Además el espacio terapéutico es un lugar donde el terapeuta no cumple un rol de amigo sino que éste, dando valor a la palabra y escucha del consultante, lo acompaña y lo encamina a la búsqueda de su bienestar. Este intercambio va mas allá de aquel que mantienen dos personas que comparten una relación con vínculos de afecto. Situación que permite la introducción de la psicoterapia en el campo científico.

Por otro lado, parafraseando a Fromm, la diferencia de la psicoterapia como cura de la palabra se distingue del “comadreo, cháchara” en el hecho de que en ésta existe un intercambio entre dos personas (paciente y terapeuta) la cual posee una estructura lingüística compleja, que incluye todas las variables e interacciones de sus participaciones dentro de la función de la palabra, como parte integrante del proceso terapéutico, donde el terapeuta en un lenguaje no comprometido, intenta describir intervenciones concretas tomando en cuenta las superestructuras teóricas de la ciencia²⁶, y busca que ,mediante la intervención psicoterapéutica, el paciente logre desarrollar producciones que reconstruyan su problemática, y encuentre sentido a su existencia.

La psicoterapia tiene como fin lograr que el sujeto resignifique experiencias pasadas descargando el nivel de afectación emocional que éstas tienen, para lograr que el paciente

²⁴ Cfr. Fromm Reichmann, (1977), *Psicoterapia y Psicoanálisis*, Buenos Aires, Editorial Paidós, pp.70

²⁵ Diccionario de la Real Academia de la lengua, *Psicoterapia* En: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=psicoterapia Acceso: el 29-10-2010

²⁶ Fiorini Héctor, (1977), *Teoría y técnicas de psicoterapia*, Argentina, Nueva Visión, pp. 10

asimile de manera diferente el conflicto, y disminuya el malestar que éste le produce. Es importante considerar que las aportaciones hasta el momento nombradas se fundamentan en la psicología general; sin embargo dependerá del enfoque psicológico la metodología práctica que utiliza para beneficio del paciente.

A continuación citaremos a Héctor Fiorini médico psiquiatra, psicoanalista y director del Centro de Estudios en Psicoterapias de Argentina, quien en su libro antes mencionado presenta sus aportaciones teóricas al concepto tratado, y a la metodología que utiliza para su clínica.

Según Fiorini, la psicoterapia es entendida como psicoterapia del yo. Se orienta hacia el fortalecimiento de las áreas del yo que se encuentren en conflicto, donde el terapeuta asume un rol más esclarecedor hacia el paciente, e indaga de qué manera el paciente puede trabajar en función de yo. No cabe duda que habrá momentos dentro de la psicoterapia donde el psicólogo deberá ser más directivo, (siempre y cuando existan indicadores de dificultad en la función yoica o, donde el consultante, por el estado emocional en que se encuentra no esté en condiciones de asumir ciertas tareas). Sin embargo sea cual fuere el caso, el terapeuta deberá mantener una postura flexible frente al paciente que le consulta, facilitando la transferencia (relación) terapéutica en función de la particularidad (individualidad).

Dentro de la psicoterapia, el terapeuta tendrá ciertas funciones que debe efectuarlas según el caso, a continuación describimos las más significativas para el proceso según el autor.

Informar, a fin de aclarar la falsa conciencia del paciente respecto a situaciones particulares, explicarle los conflictos, proporcionar información general de su problemática, cumpliendo así un rol terapéutico creado desde la perspectiva donde los problemas no les pasan exclusivamente a él. El terapeuta otorga una referencia cultural, que por un momento es de alivio para el sujeto. Obviamente, dejando de lado la creencia de que el conflicto se

debe solamente a sí mismo, y a sus mecanismos intra psíquicos, y/o que el conflicto es responsabilidad del entorno.

Confirmar, los enunciados del paciente, permitiendo dilucidar las limitaciones de la conciencia y las defensas en el campo del discurso. Las rectificaciones del discurso del consultante deben darse tanto en lo que dice el paciente como en lo que quiere expresar. Confirmar el discurso del paciente permite ofrecerle sugerencias, y afirmarlo respecto a sus capacidades, haciendo que el trabajo terapéutico sea productivo por ser enfocado en las respuestas del mismo paciente.

Clarificar, la información que el paciente nos ofrece destacando los aspectos más significativos que menciona.

Recapitular, es decir el terapeuta debe ir logrando el desarrollo de la capacidad de síntesis de las sesiones, a fin de tomar en cuenta las interpretaciones e intervenciones más significativas que se dan durante el proceso.

Hacer señalamientos que estimulen al paciente a lograr una manera diferente de percibir sus experiencias, haciéndole caer en cuenta los aspectos positivos y más significativos de cada experiencia, mostrando las relaciones existentes entre sus pensamientos y conductas. Esto, con el objetivo de lograr datos que puedan servir al terapeuta para la interpretación del sentido de la conducta de su paciente.

Promover interpretaciones, las mismas que introducen racionalidad donde existan comportamientos o pensamientos incoherentes o contradictorios para la lógica social y cultural del consultante. Estas deben promover que el paciente pase del nivel de los hechos al nivel de

las significaciones y al manejo particular que el sujeto hace de las mismas. Fiorini, recalca la importancia de recordar que toda interpretación es una hipótesis que puede tener varias funciones: reconstruir determinadas constelaciones históricas significativas, explicitar situaciones transferenciales de peso en el proceso, rescatar capacidades del paciente negadas o no cultivadas, destacar las consecuencias que se derivarán del encontrar al paciente alternativas capaces de sustituir estereotipos personales o grupales.

Capacidad para sugerir, proporcionando al paciente comportamientos o visiones alternativas a su manera de pensar, es decir, no se lo dirige a realizar una acción determinada, sino se lo invita a considerar comportamientos, sentimientos, y pensamientos desde otra perspectiva.

Realizar **operaciones de encuadre**, especificando al paciente todas las modalidades de la terapia, espacio, tiempo. Ubicación del sujeto y del terapeuta en roles diferentes, frecuencia y duración de las sesiones.

Una vez revisados los diferentes procesos que Fiorini nos presenta, entendemos su técnica como particular, y ejecutada desde un enfoque específico. Por nuestra parte, queremos dejar por sentado la consideración de que actualmente, el concepto de psicoterapia varía de acuerdo a la escuela psicológica a la que nos estemos refiriendo. Partiendo desde la psicología general, entendemos psicoterapia como tratamiento del *alma*, que tiene que ver con mejorar el *estar en el mundo* de los sujetos y las relaciones de éste con su entorno, pasando por un proceso de reorganización emocional. Siendo toda psicoterapia, independientemente de la corriente psicológica a la que pertenezca, un proceso clínico que busca el bienestar del paciente mediante la influencia que puede ejercer el terapeuta a través de la palabra y escucha con el paciente.

1.3. Diferenciaciones entre la Clínica Psicoterapéutica, la Clínica Psiquiátrica y la Clínica Psicoanalítica

Una vez determinado nuestro objeto de estudio y habiendo trabajado sobre su historia y formación epistemológica, es importante delimitar el concepto de Psicoterapia en la diferenciación de la terapéutica psiquiátrica y psicoanalítica. Para esto, explicaremos brevemente estas clínicas, y nos enfocaremos en diferenciarlas desde el abordaje que cada una de estas tiene respecto a lo que se entiende por salud/enfermedad mental, dirección de la cura, y técnicas utilizadas para alivio del paciente. Una vez lograda esta diferenciación, podremos enfocarnos a entender los alcances y limitaciones de la psicoterapia propiamente dicha.

Para comenzar, analizaremos la terapéutica psiquiátrica, debido a que ésta ha sido la primera en tratar a los “trastornos mentales”. Para la psiquiatría el concepto de salud es considerado como un estado de equilibrio donde existe un bienestar tanto biológico como psicológico y social, el mismo que se ve reflejado en el ánimo del paciente y las relaciones que mantiene con su entorno. Por lo tanto el concepto de enfermedad por suposición lógica nos remite al hecho de desequilibrio entre lo bio-psico-social. Este desequilibrio en tanto enfermedad se manifiesta con síntomas que son explicados desde lo biológico principalmente, con un apuntalamiento hacia las neurociencias, entonces, el objetivo para curar será “atacar al síntoma”²⁷ a fin de lograr nuevamente un equilibrio.

Cabe destacar que la enfermedad o trastorno psíquico del paciente hace referencia a un origen biológico, donde los trastornos se equiparan a alteraciones cerebrales. Queremos hacer hincapié en este punto, mencionando ciertas terapéuticas psiquiátricas que se han utilizado a lo largo de la historia de la medicina para tratar casos patológicos, tales como el electroshock y métodos convulsionantes, el coma insulínico, la psicocirugía (lobotomía, topectomia), psicofármacos, etc. Todas estas con el fin de buscar la cura del paciente, “atacar el síntoma mediante la estimulación cerebral para lograr resultados”²⁸. Y si bien es cierto, varias de estas

²⁷Baruk Henry (1961) *Las Terapéuticas Psiquiátricas*, Buenos Aires, Editorial Paidós. Pp. 18

²⁸ Baruk Henry , op. cit. pp. 18

técnicas logran resultados esperados por el médico desde lo biológico, en ciertos casos, también se observa que en los pacientes existe remisión de la patología solamente por períodos de corto plazo, o que provocan efectos secundarios nocivos.

Partiendo desde la concepción biológica, el médico busca interrogar al paciente a través de un discurso que busca efectuar un diagnóstico, el mismo que se encuentra apegado a las clasificaciones internacionales de Psiquiatría (DSM IV, CIE 10), con el objetivo de proveer al paciente el tratamiento adecuado para el caso patológico que presente. La clínica psiquiátrica se fundamenta principalmente en la búsqueda de la remisión sintomática, dando prioridad a lo inmediato, más que a los efectos secundarios que ciertos tratamientos medicamentosos podrían representar. La cura vendría a ser la remisión de síntomas del sujeto y la restauración de este como unidad biológica psicológica y social.

Por su parte el Psicoanálisis, aborda al paciente de manera diferente a lo planteado por la psiquiatría, “El psicoanálisis es una parte de la psicología (...) No representa, por cierto, la totalidad de la psicología, sino su infraestructura, quizá aún todo su fundamento.”²⁹ La práctica psicoanalítica busca que el paciente haga *consciente lo inconsciente*. El concepto de salud se lo conceptualiza como

(...) la interacción armoniosa entre las instancias psíquicas consciente e inconsciente, (...) adaptación de impulsos y deseos conscientes e inconscientes a las normas de la conciencia, por un lado, y a los requerimientos del mundo exterior y las relaciones con el prójimo, por otro³⁰.

A diferencia de las terapéuticas psiquiátricas el psicoanálisis busca comprender al síntoma en lugar de eliminarlo, ya que éste es una formación del inconsciente que surge del compromiso entre el deseo y la censura, el mismo que es vivido del sujeto como si fuera ajeno a él.

²⁹ Freud citado en: Braustein Nestor, (2003), *Psicología ideología y ciencia*. Buenos Aires, Siglo Veintiuno Editores, pp. 47.

³⁰ Fromm-Reichmann Frieda, (1977), *Psicoanálisis y Psicoterapia*, Buenos Aires, Editorial Paidós, pp. 91

El psicoanálisis se preocupa de la dinámica del síntoma desde la particularidad de cada sujeto, en lugar de proponer un diagnóstico general, como es el caso de la psiquiatría. La técnica que utiliza es la de la escucha analítica, permitiendo al paciente que hable, tomando en cuenta lo que él dice y la forma en cómo lo dice. “el objetivo (...) es traer a la conciencia y de este modo poner a disposición del paciente esos impulsos y deseos rechazados, junto con las normas morales individuales y sociales del paciente, que son los instrumentos del rechazo”³¹, la cura psicoanalítica es la renuncia por parte del terapeuta a curar, a fin de que se permita en la relación analizante-analista una escucha que promueva en el paciente *hacer consciente lo inconsciente*.

(...) No se trata entonces de expulsar a la conciencia sino de ampliarla, de poner a su disposición aquello que la represión del Yo lo oculta. Esta es precisamente, la posibilidad transformadora que abre al psicoanálisis cuando postula su objetivo hacer consciente (...) lo inconsciente.”³²

Braunstein en su texto *La psicología y la teoría psicoanalítica* esclarece la práctica psicoanalítica con el siguiente argumento “En síntesis, el psicoanálisis detecta y rastrea *formaciones del inconsciente* aisladas, define los rasgos comunes a ellas, como *posiciones subjetivas* y relaciona las distintas posiciones subjetivas con la historia que desembocó en la peculiar constitución del *aparato psíquico* del analizando.”³³

Volvamos ahora a nuestro objeto de estudio a fin de identificar ciertas diferencias con respecto a las terapéuticas anteriormente mencionadas. A diferencia de la psiquiatría, el psicoanálisis busca entender al paciente como ser único e irrepetible³⁴, donde sus síntomas no se comparan al de otra persona sino que son valorados, desde su historia, su entorno social, etc. La psicoterapia trabaja desde la realidad actual del paciente tomando en cuenta los factores que lo conflictúan. El psicoanálisis se remite a la etiología y evolución psicosexual del paciente haciendo de ésta un marco referencial para el análisis.

³¹ *Ibid.*, pp. 92

³² Braunstein Néstor y otros, op. Cit. pp.35

³³ *Ibid.*, pp. 53

³⁴ “...la moderna posición psicoterapéutica diciendo que los enfermos mentales deben ser comprendidos y tratados en su carácter dual de únicos” *Ibid.*, pp. 68

Como argumenta Fromm, otro cambio importante a considerar es que los métodos psicoterapéuticos cambian dependiendo el enfoque psicológico que se utilice, mientras que la terapéutica psiquiátrica mantiene su tratamiento ligado a las codificaciones patológicas de cada trastorno, la psicoterapia se aplica a todo tipo de “enfermedad mental” y perturbación emocional mientras que la práctica psicoanalítica requiere condiciones específicas en el paciente a analizar. Otra diferencia entre psicoterapia y clínica psiquiátrica oscila en el hecho de que mientras la psiquiatría diagnóstica (ubica al paciente en una patología específica) la psicoterapia busca trabajar holísticamente con la persona y no utilizando únicamente el diagnóstico que este presenta. Como argumenta Fromm, las psicoterapias proponen curar los síntomas de los pacientes y promover su adaptación social, mientras que la práctica psicoanalítica no pretende curar el síntoma que se desplaza, sino trabajar con el mismo, en función del deseo que conlleva detrás.

Compartimos con Fromm el argumento que toda psicoterapia sin importar el enfoque que posea debe buscar liberar al paciente de su sufrimiento utilizando sus tendencias innatas hacia el desarrollo y la maduración personal. Existen muchos más argumentos respecto al tópico tratado, sin embargo las diferencias planteadas hasta el momento, nos ayudarán a esclarecer el concepto de psicoterapia y entenderlo desde la psicología general.

1.4. Objetivos, alcances y limitaciones de la psicoterapia

1.4.1. Objetivos de la psicoterapia

Cada corriente psicoterapéutica posee distintos objetivos de trabajo de acuerdo a su base teórica. A pesar de que tengan distintas metas, dentro de todas las psicoterapias existen objetivos en común, sobre todo en la estructura que utilizan dentro de todo el proceso. La psicoterapia se trabaja por fases, en donde se plantean objetivos para cada una de éstas. Los objetivos se encuentran relacionados entre sí y se deben cumplir en orden, ya que de otra manera no se podría continuar con la terapia.

Los objetivos que en general comparten las psicoterapias son:

1. **Brindar espacio y tiempo:** dar al consultante un lugar y un tiempo determinado para desarrollar el proceso terapéutico. Este espacio y este tiempo, se centra totalmente en el o los consultantes y se realiza una escucha diferente a la de la vida cotidiana.
2. **Fortalecer el yo:** Se refiere a dar herramientas al consultante para incrementar su autoconfianza, superar complejos y duelos, estar preparado para enfrentar sus conflictos y realizar un autoconocimiento en el cual pueda fortalecer los aspectos positivos de su ser.
3. **Corregir la conciencia moral:** La psicoterapia trata de que el paciente no sea tan duro o tan indulgente consigo mismo según el caso, en lo que tiene que ver a los valores morales y éticos. Este objetivo trata de que el consultante mantenga un equilibrio en este aspecto.

4. **Redistribuir la energía psíquica:** Tratar de que la persona no se centre solamente en sus conflictos o la razón que lo provoca sino que equilibre los distintos aspectos de su vida, y empiece a enfocarse en otras actividades.
5. **Mejorar la autoestima:** Se estimula al consultante a la aceptación de sí mismo y a mejorar en los aspectos en los que se encuentra fallando o no le resultan agradables acerca de su persona.
6. **Disminuir ansiedades excesivas:** Se motiva al consultante por medio de distintas técnicas a aminorar los efectos de la ansiedad en caso de presentarse. En algunos procesos terapéuticos se indagan las causas de estos para eliminar los síntomas.
7. **Distanciar relaciones, emociones, pensamientos y sentimientos alterados:** Bernard Beitman en su libro “Psicoterapia: programa de formación”, describe que a partir de la propia observación del yo se puede motivar a la separación de los aspectos que producen efectos negativos en el consultante.
8. **Planificar el futuro:** En las distintas corrientes se busca principalmente la superación personal, esta debe ser a largo plazo, por lo que se busca que la persona tenga metas futuras en donde el malestar, los antiguos conflictos y los patrones de comportamiento no tengan lugar.

Como se menciona anteriormente, existen objetivos determinados para cada fase del proceso terapéutico que también son generales en las diferentes corrientes, éstos son los siguientes:

1. **Fase de compromiso:** En esta fase se busca realizar lo que se conoce como *rapport*, es decir crear un vínculo entre terapeuta y consultante en el que fluya la confianza mutua y la comunicación.

2. **Fase de búsqueda de patrones disfuncionales:** En esta fase el objetivo es encontrar en el otro aquellos comportamientos o pensamientos que se repiten constantemente y que si se cambian o se eliminan, la persona empieza a mejorar.
3. **Fase de cambio:** Se encuentra relacionada estrechamente con la fase anterior y el objetivo en esta fase es reconocer y lograr cambios en la persona una vez que se ha trabajado sobre los patrones repetitivos.
4. **Fase de terminación:** El objetivo se encuentra relacionado con dar un fin al proceso en el momento adecuado de tal forma que lo trabajado se vea reflejado en el futuro.

1.4.2. Alcances de la psicoterapia

La psicoterapia frente a otras prácticas, presenta alcances que le dan beneficios comparativos sin importar necesariamente su corriente, uno de los alcances más importantes que se presenta es el del tiempo, debido a que su duración es menor a prácticas como el psicoanálisis, ya que éste puede llevar años mientras que la psicoterapia maneja tiempos relativamente cortos donde el consultante obtiene resultados positivos.

Dentro de esta línea otro de los alcances tiene que ver con el dinero, ya que los costos de la psicoterapia por lo general son más bajos que en otras terapéuticas en las que se puede llegar a gastar en medicamentos innecesarios o en varios años de tratamiento con frecuencias semanales altas.

Cuando se realiza un proceso psicoterapéutico, se trabaja con objetivos que se plantean a partir de la demanda del consultante, esto facilita el trabajo ya que se tratan los temas específicos por los que el paciente busca ayuda terapéutica. Trabajando de esta forma con los objetivos planteados en un límite de tiempo y a un costo moderado.

El tratamiento que se realiza en psicoterapia, permite a quien la solicita, liberarse de conflictos sin resolver como duelos, complejos, defensas, fobias, malestar psíquico, adicciones entre muchos otros a los cuales todos los seres humanos nos encontramos expuestos debido a

diversas situaciones. Por medio del proceso terapéutico sea cual fuere su corriente, se puede dar otro significado a eventos traumáticos de la vida, dándonos nuevas perspectivas y soluciones a estos.

Otro alcance que presenta la psicoterapia es que tiene efectos a largo plazo en los consultantes que se involucran en el proceso. También puede pasar que los beneficios de haber realizado una terapia psicológica se presenten tiempo después de haber finalizado el proceso, por lo que sus logros muchas veces llegan más lejos de lo que en un principio se esperaba.

En lo social, el trabajo psicoterapéutico logra cambiar patrones de conducta personales, familiares y sociales de acuerdo al tipo de intervención y esto supone una mejora en la calidad de vida bio-psico-social de las personas que se han visto beneficiadas.

Como vemos las psicoterapias presentan alcances que son verdaderamente beneficiosos para las personas que se ven envueltas en el proceso, siendo más los alcances que las limitaciones que podrían presentar. Es por esto que vemos la importancia de hablar sobre el tema de la psicoterapia, que ha beneficiado positivamente a aquellas personas que encontraron en ella una solución a su malestar tanto individual como grupal.

1.4.3. Limitaciones de la psicoterapia

Dentro de las limitaciones que encontramos, existen algunas que como profesionales de la especialidad no se pueden controlar, ya que consideramos que una de las principales limitantes, tiene que ver con el paciente. Decimos esto ya que se puede volver una limitante la predisposición del paciente al momento de trabajar dentro del proceso, dificulta la tarea psicoterapéutica que el psicólogo realiza.

Encontramos otra limitante, que tiene que ver con que la psicoterapia no profundiza necesariamente en aspectos que no son parte de los objetivos a cumplir dentro del proceso

como lo hacen otras disciplinas que trabajan en la salud mental. Lo consideramos como un limitante debido a que, al no profundizar, se puede estar pasando por alto conflictos o situaciones que sean de importantes en la historia del paciente, y que podrían ayudar a entender al sujeto de forma integral.

En casos de extrema patología el proceso psicoterapéutico no puede realizar su trabajo sin ayuda de otras disciplinas, por lo que necesita trabajar interdisciplinariamente para obtener resultados o mejoras parciales en este tipo de problemáticas. Es por esto que un limitante es el de precisar de otras especialidades que la complementen, sobre todo en lo que tiene que ver a lo biológico; este trabajo muchas veces no se realiza debido a que existen rivalidades entre corrientes del conocimiento que no permiten cumplir a cabalidad con las expectativas del consultante y de los que lo rodean.

Se puede considerar como un limitante, la gran cantidad de prácticas esotéricas, físicas, religiosas, farmacológicas, etc. que se encuentran al alcance de muchos; mencionamos esto debido a que al tener tantas alternativas que prometen aliviar el malestar emocional, las personas eligen estas prácticas antes que a la psicoterapia. Las razones pueden ser muy variadas, pero a veces puede ser menos “vergonzoso” pedir ayuda a una de las personas que realizan estas prácticas que aceptar que se está acudiendo a un proceso psicológico, debido a los prejuicios que existen frente a la psicoterapia en nuestra sociedad.

Por lo anterior también consideramos como una dificultad que se da frecuentemente sobre todo dentro de nuestro país, el de los prejuicios que aún se ven mucho dentro de la sociedad en lo que respecta a la salud mental, sobre todo con la psicoterapia. Culturalmente se cree que solamente “los locos” van al psicólogo, o se involucran en procesos terapéuticos, hecho que hace difícil el trabajo porque la gente se niega a buscar ayuda así lo necesite, y si lo hace, no tiene la apertura necesaria para generar un cambio positivo dentro de sí. Esta concepción afortunadamente está cambiando poco a poco y la limitante mencionada cada vez se vuelve menos frecuente.

Existen algunas limitaciones que impiden que el trabajo se realice óptimamente, pero como vemos la mayoría de estas se relacionan con factores que el profesional que trabaja en psicoterapia no puede controlar, y depende de hechos subjetivos de los que debe depender. Por lo que debemos fijarnos más en la ayuda que brinda el trabajo psicoterapéutico tanto social como individualmente, que en los limitantes que existen. Mucho de lo que paseen el proceso dependerá de cómo se maneje el terapeuta dentro de la práctica.

En este primer capítulo, nos hemos aproximado al concepto de psicoterapia, revisando sus diferentes aspectos, tales como las bases históricas y epistemológicas, su definición según algunos teóricos, los mismos que nos han permitido clarificar nuestro objeto de estudio, entendiéndolo desde la diferenciación de ésta con otras clínicas, así como el conocimiento de los logros, objetivos y limitaciones que la psicoterapia alcanza. El capítulo presentado sirve de base para comprender de dónde provienen y se conceptualizan las distintas corrientes psicoterapéuticas y aproximarnos a la investigación teórico-aplicada que nos hemos planteado.

CAPITULO II: Clases de psicoterapia

En este capítulo abordaremos las principales clases de psicoterapia que han sido escogidas en función de la clasificación realizada por *American Psychological Association*³⁵ (APA)³⁶ como las terapéuticas que se manejan en el campo clínico en la actualidad, enfatizando aquellas que se aplican al campo de investigación. Es importante considerar que debido a la investigación y a su aplicabilidad dentro de los centros psicológicos se han añadido algunos que vemos importante mencionar. A continuación se presenta la clasificación de las técnicas, modelos y enfoques que se emplean en psicoterapia que se han escogido en función de lo dicho anteriormente, para más adelante describirlas con mayor detenimiento:

- 2.1. Terapias psicodinámicas:
 - 2.1.1. Terapia analítica
 - 2.1.1. Terapia dinámica
 - 2.1.2. Terapia Adleriana o Terapia de la Psicología Individual
 - 2.1.3. Técnica del Análisis Aperceptivo
- 2.2. Terapias de la conducta
 - 2.2.1. Conductismo
 - 2.2.2. Cognitivo Conductual
 - 2.2.3. Técnica de desensibilización Sistemática
- 2.3. Terapia Cognitiva
- 2.4. Terapias Humanistas
 - 2.4.1. Humanismo
 - 2.4.2. Gestalt
 - 2.4.3. Transpersonal
 - 2.4.4. Psicodrama
- 2.5. Terapias Integrativas y Holísticas
 - 2.5.1. Terapia Integrativa

³⁵American Psychology Association. *Different approaches to psychotherapy*. En: <http://www.apa.org/topics/therapy/psychotherapy-approaches.aspx>. Acceso: el 15-12-2010

³⁶Asociación Americana de Psicología.

2.6. Terapia Sistémica

2.7. Terapia Breve Estratégica

A continuación presentaremos las distintas psicoterapias, partiendo de la teoría que cada una presenta, los autores más destacados de las mismas, los objetivos de trabajo, así como la metodología que utiliza cada una dentro del proceso psicoterapéutico.

2.1. Terapias psicodinámicas

2.1.1. Terapia analítica

El principal objetivo de la psicoterapia (...) no es transportar al enfermo a un imposible estado de felicidad, sino ayudarlo a adquirir firmeza y paciencia filosófica frente al sufrimiento.

C. G. Jung³⁷

La terapia analítica está basada en la *psicología analítica*, la cual fue creada y desarrollada por el psiquiatra y psicólogo Carl Gustav Jung. El autor se encuentra en el grupo de los denominados *disidentes del psicoanálisis*, ya que en sus primeros años de investigación trabajó muy de cerca con Sigmund Freud y fue denominado por éste último el *príncipe del psicoanálisis*. Más adelante debido a fuertes diferencias teóricas, Freud y Jung rompieron con su colaboración y este último creó su propia escuela de psicología, la también llamada *Psicología profunda*. Para crearla y explicarla, Jung se basó principalmente en el trabajo práctico con sus pacientes y en menor proporción, su conocimiento de otras culturas, religión y mitología.

Sintetizando su producción teórica, Jung parte del concepto psicoanalítico del inconsciente lo desarrolla ya que teoriza y crea dos tipos distintos: primero, tenemos el

³⁷ Hall, Calvin- Nordby, Vernon, *Conceptos fundamentales de la psicología de Jung*, Buenos Aires, Editorial Psique. pp. 144.

inconsciente personal el cual se refiere básicamente al inconsciente freudiano, éste se encuentra formado por los denominados por Jung *complejos* que representan aquellos pensamientos con carga emocional que generan una personalidad dividida. Segundo, está el **inconsciente colectivo** el cual, según Jung, es innato y común a todos los seres humanos, sin importar la procedencia nos marca como especie. El inconsciente colectivo contiene a los arquetipos, que son imagos, en un principio sin forma a los que cada persona según la propia experiencia los va llenando de simbolismos y se representan a través de las mitologías, las religiones, etc. Los arquetipos son universales y pertenecen a todos los seres humanos de todos los tiempos. Los arquetipos más importantes de los que habla el autor son: la persona, la sombra, ánima y ánimus y el sí-mismo

Jung también instaure la teoría de los tipos psicológicos, que se encuentran conformados por **actitudes** y **funcione**. Según el autor, en todas las personas tenemos uno de cada uno que predomina ante los otros; las *actitudes* son la introversión y la extroversión. Las *funciones* son percepción, pensamiento, intuición y sentimiento. Dentro de las funciones la primera es predominante, la segunda función es secundaria, las otras dos son de apoyo. En general, la teoría se basa en los opuestos, es decir que siempre hay una función que es contraria a lo que tenemos predominantemente, pero siempre se encuentra presente.

En lo que respecta a la psicoterapia, los autores Calvin Hall y Vernon Nordby³⁸ mencionan lo siguiente con respecto a lo teorizado por Jung:

Y así como él no se adhirió exclusivamente a ningún método al hacer las observaciones empíricas, tampoco recomendó el uso exclusivo de ningún método de psicoterapia. Es por ello que no existe un método terapéutico junguiano como modelo. Él usaba todo método o métodos que parecieran adecuados para el enfermo individual que tratase.³⁹

Jung defendía que basarse únicamente en la causalidad dentro de los traumas, pensamientos y sentimientos de los pacientes podía llegar a ser reduccionista; la causalidad es parte del proceso, pero Jung introduce el concepto de *finalismo* que se refiere a que las

³⁸ En la obra *Conceptos fundamentales de la psicología de Jung*

³⁹ Hall, Calvin- Nordby, Vernon. Op. Cit. pp. 140.

acciones de las personas no solamente tienen que ver con el pasado, sino también que actuamos de acuerdo al futuro ya que existe intencionalidad en nuestras acciones, por lo que ambas deben ser tomadas en cuenta para comprender al sujeto en su totalidad. Además según el creador, el finalismo logra que las personas dentro de terapia construyan metas a las que pueda dirigir su vida. Jung también menciona que hay que tomar en cuenta otro principio diferente a los anteriores llamado *sincronicidad*; el autor lo define como la acción de dos sucesos paralelos que se encuentran relacionados con la persona que los vivencia.

Para Jung la sincronicidad tiene gran relevancia en la teoría como se explica a continuación:

Aplicó la sincronicidad al concepto de los arquetipos, y afirmó que un arquetipo puede expresarse psíquicamente dentro de una persona al mismo tiempo que se expresa físicamente en el mundo exterior. El arquetipo no causa ambos hechos, sino que un evento es paralelo del otro.⁴⁰

A pesar de que Jung no tenía una metodología rígida y estructurada en lo que se refiere a la terapia, sí tenía algunos recursos que consideraba dentro de su clínica imprescindibles para el trabajo. Pilar Quiroga⁴¹, realiza un profundo estudio sobre las pautas que Jung utilizaba:

Jung afirma que cuando existen problemas psíquicos no basta con el mero hacer consciente la causa presunta o real. El objetivo de la terapia será “integrar contenidos que estén disociados de la conciencia”. (...) La terapia es toda forma de acuerdo con ese fragmento anímico separado, siendo esa la clave del éxito terapéutico.⁴²

Para lograr *integrar los contenidos* Jung tenía una herramienta fundamental *la interpretación de los sueños*, la cual fue evolucionando a lo largo de su vida. Como sabemos, Jung en una época fue muy cercano a Freud, lo que influyó en su teorización y su práctica, a

⁴⁰ Hall, Calvin- Nordby, Vernon. Op. Cit. pp.142

⁴¹ Quiroga, M. Pilar (2004) *C. G. Jung. Vida, obra y psicoterapia*. Bilbao, España, Desclée de Brouwer

⁴²Ibid Pp. 470-471

pesar de que Jung con el tiempo haya tenido varias discrepancias de carácter teórico con el padre del psicoanálisis, por lo que la interpretación de los sueños, tan importante en el psicoanálisis, también lo encontramos presente en la terapia analítica pero enfocada desde otra perspectiva, como se explicará a continuación.

Dentro de la psicología analítica, los símbolos presentes en los sueños son tan importantes como las vivencias diurnas de las personas, porque éstos también denotan a la personalidad del sujeto. Para Jung los sueños tienen también un carácter colectivo, es decir que los símbolos que se presentan, no solamente pertenecen a la persona que los sueña, y esto hace que en lugar de reducir el símbolo del sueño a hacerlo consciente, lo amplía.

Al hacer esto no se suprime la disociación entre lo consciente y lo inconsciente, sino que se reconoce al símbolo como eficazmente inconsciente, de forma que su sentido no es disminuido sino amplificado por medio del contexto que suministra el soñador y por mitologemas similares.⁴³

Esta integración se consigue una vez que las funciones opuestas se encuentran en conflicto, se toma consciencia de que existe una función predominante, pero hay un lado de nosotros mismos que es contrario y también forma parte del ser, la confrontación es buscada por el terapeuta, ya que solamente así se logra la unificación de todos los aspectos de la personalidad. “Esta confrontación debe desarrollarse paralelamente desde un punto de vista teórico y desde su magnitud vivencial.”⁴⁴ Esto debido a que si se la hace únicamente desde lado racional el cambio no es completo, ni tan profundo como si se lo hace también desde la experiencia práctica. Desde el punto de vista arquetípico, para este proceso es fundamental integrar a la sombra y así se puede dar el primer paso dentro de la terapia. Cabe recalcar que Jung explica que los arquetipos no son buenos o malos, sino que como todo en su teoría tienen lados contrarios que deben ser confrontados e integrados.

⁴³ Quiroga, M. Pilar, Op. Cit. pp. 472, 473

⁴⁴Ídem.

Detallando el proceso de la interpretación de los sueños, Jung explica que el relato que se da del sueño tiene diversos significados, por lo que para el correcto análisis se debe contar con la colaboración del soñador; para esto se siguen algunos pasos, el primero es el **examen de contexto** en el cual se aclara qué significado tiene para el soñador cada detalle importante del sueño; esta fase es la más sencilla y concreta, es la base para lo que vendrá luego. El segundo paso es la **interpretación del sueño** que es más compleja y requiere de algunas características especiales por parte del terapeuta para realizarla por ejemplo intuición, tener un gran conocimiento de los seres humanos y del mundo en general, además de poder dejar a un lado cualquier estereotipo e idea preconcebida sobre lo que se presenta en el sueño.

El método que se utiliza requiere primero remontarse al pasado del paciente por medio de sus recuerdos con relación al sueño, esto se logra a través de la **asociación libre**, para luego realizar el **método comparativo** en el cual se debe seleccionar y reconstruir las ideas enfocándolas al objetivo que se quiera lograr al momento. Se debe tomar en cuenta que dentro de la terapia analítica no se trata de dar un solo sentido al sueño, ya que para la corriente, el sueño es importante debido a su gran riqueza de símbolos y significados.

La interpretación se realiza siempre tomando en cuenta dos planos que Jung describe: el plano objetivo en el cual las imágenes del sueño se presentan en relación con la realidad y con lo concreto; y el plano subjetivo en el cual todos los elementos presentes en el sueño “son partes integrantes de nuestro espíritu.”⁴⁵ Esto quiere decir que el sueño se elabora con todo el ser y los elementos que se presentan pueden interpretarse como diferentes rasgos de personalidad del que los sueña.

Para concluir es imprescindible acotar que Carl Gustav Jung aportó grandemente en la psicoterapia actual cualquiera que sea la corriente que se utilice, ya que él fue el primero en hablar de la importancia que tiene que los terapeutas a su vez realicen su propio análisis.

⁴⁵ Quiroga M. Pilar, Op. Cit. Pp. 472-473

2.1.2. Terapia Dinámica

La terapia dinámica es una terapéutica que surge con el Psicoanálisis, pero que ha sido conformada como tal gracias a los aportes de otros filósofos, de avances neurocientíficos y a las aportaciones que la práctica psicoanalítica ha realizado.

Se origina en el siglo XX y desde ahí ha tenido aplicabilidad hasta épocas contemporáneas. Por su fundamento teórico se encuentra dirigida a pacientes de todas las edades que puedan mantener un nivel conversacional de lenguaje verbal. No se enfoca en terapias grupales o de pareja, sino que trabaja la historia individual del consultante y analiza la simbología que esta tiene para su existencia.

Este enfoque no es directivo, no aconseja al paciente ni manda a realizar tareas para erradicar conductas o síntomas, sino que más bien trabaja sobre el vínculo (transferencia) que se establece paciente-terapeuta y en la relación que se produce entre estos durante la terapia.

El objetivo terapéutico que persigue la terapia dinámica es transformar la realidad psíquica de los sujetos, a través de cambio de la forma en que éstos construyen la realidad mediante el análisis que brinda el terapeuta, el mismo que promueve la búsqueda de la resignificación de sentidos y apoyo psico-emocional.

Por su metodología y fundamento teórico la terapéutica dinámica busca lograr la autonomía del consultante, considerando a cada sujeto como particular único e irrepetible, donde cada manifestación (síntomas, deseos, angustias) es producida desde sí mismo y para *otro*, por tanto, sus producciones e intervenciones no se pueden clasificar o cuantificar de acuerdo a normas o estándares generales establecidos.

Se busca que el paciente logre un *cambio estructural*, el mismo que permita modificar el interior de sí mismo, cambiar la manera que éste tiene para relacionarse con su entorno, redireccionar su manera de sentir, de auto valorarse, de percibir la realidad:

(...) lo importante es el sujeto en cuanto pensante y deseante, también importa los síntomas que porta a la consulta pero los síntomas son entendidos como emergentes de un malestar previo, como significantes. Esto ha sido demonizado hablando de determinismo psicológico, y muchas veces con argumentos correctos (...) por ello, mantener una postura abierta a otras formas de entender la realidad, tanto la clínica como la técnica es la praxis más operativa y coherente con lo que procuramos proponer al consultante.⁴⁶

Para las psicoterapias dinámicas el cambio se produce mediante la relación transferencial que existe entre paciente-terapeuta, mediante el análisis y evolución que ésta establece durante el proceso, situación que permite descubrir procesos inconscientes que se manejan en el discurso del consultante.

La psicoterapia dinámica ofrece a los consultantes un espacio de escucha donde el paciente puede elaborar sus conflictos, las situaciones que le están causando malestar, sus síntomas, angustias, deseos. Permitiendo que el terapeuta conozca la estructura de personalidad del paciente, sus deseos y fantasías, y pueda a través del trabajo aliviar el malestar que este tiene, mediante del descubrimiento mutuo del saber que tanto consultante como terapeuta poseen.

La actitud del terapeuta debe ser de interés por el paciente, es decir sentir curiosidad por su situación, demostrando auténtica preocupación evitando la identificación contratransferencial con el mismo. El terapeuta guía al paciente desde su estilo propio de intervención, es decir no existe un modelo diseñado para interactuar con cada paciente, y es el terapeuta quien debe reflejar paciencia, y tolerancia evitando que su deseo de curar al paciente obstaculice la terapia.

En lo que respecta a la metodología, dependiendo del estilo de cada terapeuta, se puede intentar abordar la sesión como si fuera la primera, sin memoria, escuchando no solo lo que el paciente dice sino cómo lo dice (cadena de frases, silencios, pausas, dudas vacilaciones, etc.)

⁴⁶Cfr., Córdoba Rodrigo, ¿Qué es la Psicoterapia Dinámica? en:<http://psicoletra.blogspot.com/2008/09/qu-es-eso-de-la-psicoterapia-dinmica.html>, Acceso: 10-10-2010

Es muy importante reconocer la ética durante el proceso psicodinámico, la cual consiste en la responsabilidad por el deseo y el inconsciente del otro, respetando la cultura de la que el consultante provenga, sus creencias y tradiciones.

Parte del proceso consiste en realizar el encuadre, el mismo que se refiere al acuerdo que se establece entre paciente–terapeuta en todo lo que concierne a la terapia. Se considera el encuadre como constante, y el proceso analítico como variable. Las sesiones son acordadas con el consultante, al igual que el pago de cada una de las sesiones, duración de cada sesión. El número de sesiones variará de acuerdo a cada caso.

La demanda que se recibe, es puesta en tela de duda por el terapeuta, y el objetivo dentro de esta terapéutica es que no se puede satisfacer la demanda del otro, en esto se basa la dirección de la cura. Es decir, no se satisface la demanda sino que para que se sostenga el proceso se debe interrogar al sujeto a fin de que afloren las significaciones inconscientes, deseos, evitando forzar el análisis y permitiendo que el paciente vaya hasta donde pueda ir en lo que respecta su curación.

La curación para el proceso psicodinámico va más allá de la remisión del síntoma del consultante, busca lograr la autonomía del paciente, la resignificación de experiencias pasadas y lograr el bienestar de éste en el mundo, permitiendo un mejor desenvolvimiento con su entorno y mejorando la productividad en las interacciones que realiza con terceros.

2.1.3. Terapia Adleriana o Terapia de la Psicología Individual

La terapia individual surge gracias al aporte de Alfred Adler Psiquiatra y Psicólogo austriaco, discípulo de Freud, quien recibe influencias de las terapias racionales, breves, y de la psicología del yo.

Esta terapéutica busca lograr una armonía del individuo con su entorno; para esto toma las nociones teóricas del carácter, cómo se forma y los factores socioculturales e individuales

que influyen en su definición, y sobre todo en la formación del “complejo de inferioridad” la misma que explica el conflicto existente “entre la posición real del individuo y sus aspiraciones, voluntad, pensamiento reflexivo.”⁴⁷

Para Adler el sentimiento de inferioridad está presente en todas las personas; sentimiento que le conduce por compensación a buscar metas de superioridad, mismas que pueden estar motivadas por el interés social o por el interés personal (como ocurre en las neurosis).

Este sentimiento de inferioridad se va formando en el individuo desde la temprana infancia, en función de algunos factores que es importante desatacar: la posición de la fratría (posición del individuo en relación con los hermanos que posee), la dependencia que el niño establezca con su madre y la manera en que cada persona vaya desarrollándose con el entorno (experiencias de superación, fracaso, etc.).

Según Adler cada niño luchará por la superioridad de diversas maneras mediante las percepciones que tiene del entorno y de sus experiencias con el mismo; para lograr esto el niño debe desarrollar *un estilo de vida* que es el medio por el cual, el niño lucha por alcanzar la superioridad, este estilo de vida puede permitirle al individuo percibir la vida de manera no conflictuante o percibir la realidad de manera negativa y mantenerse en una posición de conflicto consigo mismo y con los demás:

(...) al niño que desarrolló un “estilo de vida neurótico” le causa dificultad entender al medio, lo hace a través de su punto de vista sin la mayor experiencia, tiene la concepción del mundo distorsionada. Cuando se estructura un “estilo de vida” el individuo ya no aprende por las experiencias nuevas porque las interpreta conforme a los esquemas predeterminados, percibe distorsionadamente los nuevos acontecimientos, lo que evita que se dé cuenta de los errores.⁴⁸

Para esto la terapia individual adleriana propone que el individuo cambie su estilo de vida neurótico (interés social insuficiente) que le genera conflicto, por otro que pueda ser

⁴⁷ Flachier Jorge, (1990) *Apuntes de Psicología Profunda*, Quito, Centro de Publicaciones Puce, pp. 139

⁴⁸ Flachier Jorge, Op. Cit. pp. 140

adecuado para su desenvolvimiento social, y que le permita aprender de sus experiencias y mejorar las interacciones que realiza con su medio.

Para lograr este cometido, la técnica explora:

La dinámica y constelación familiar, el lugar que ocupa el paciente entre sus hermanos, las rivalidades fraternas, la destitución de afecto, los mimos o rechazos, los fracasos en el aprendizaje de la cooperación, los fracasos en el aprendizaje de la independencia, los fracasos en el aprendizaje de la confianza en sí mismo las actitudes en la función social, interpersonal de los sexos.⁴⁹

Cabe considerar que el objetivo terapéutico es lograr que el paciente establezca un estilo de vida sano que le genere bienestar y produzca una buena adaptación al entorno, tanto en función de la productividad que ejerce con la sociedad, así como en las interacciones sociales. Para esto la terapia debe estar inclinada a interpretar la conducta que el consultante posee tomando en cuenta las experiencias que trae desde su infancia y el estilo de vida que el paciente ha elaborado como producto de estos recuerdos.

La meta de la terapia individual es la evaluación del estilo de vida disfuncional que el paciente maneja y la modificación del mismo para lograr un mayor interés social; para conseguirlo se busca fomentar la confianza del consultante poniendo énfasis en las destrezas, capacidades y potencialidades que posee. Para esto, la terapia abrirá un espacio de trabajo analítico donde el sujeto pueda reconocer los conflictos existentes y la dificultad de expresar sentimientos e interés social “se trata de que el individuo logre una concepción del mundo cabal, establezca generalizaciones desde un punto de vista objetivo, que le permita entender el medio y desarrolle un buen sentido común”⁵⁰

Comparada con la terapia psicoanalítica, la terapia individual es de corta duración ya que el terapeuta efectúa un rol más directivo con su paciente estableciendo en cada sesión un mayor número de interpretaciones. El promedio de atención se encuentra entre 20 a 25

⁴⁹Idem.

⁵⁰ Flachier Jorge, op. Cit. pp. 141

sesiones, donde cada terapia se realiza semanalmente con una duración de 45 minutos aproximadamente, dependiendo del estilo del terapeuta, en el curso del proceso se evalúa con el paciente la dinámica de las sesiones⁵¹

La terapia busca fomentar la autonomía en los consultantes, y responsabilizarlos sobre los resultados alcanzados. Es importante tomar en cuenta que la psicoterapia individual trabaja la historia de los pacientes solo en tanto ésta sea la causa de un malestar presente del paciente.

La actitud del terapeuta frente al paciente es el de una persona tolerante, no autoritaria, que debe promover la comprensión del consultante de los factores que ocasionan su malestar llevando al paciente a un estado *afectivo* que le permita escuchar y entender las aportaciones que realiza el terapeuta, la relación que se mantiene entre los mismos es completamente humana y de motivación constante del psicólogo está dirigida a despertar el interés social del paciente.⁵²

2.1.4. Técnica del Análisis Aperceptivo

El Análisis Aperceptivo es una técnica psicoterapéutica creada por el Dr. Jorge Flachier del Alcázar, gracias a los aportes de la psicología Proyectiva, y Psicología del arte. El autor, la define como una técnica que utiliza los principios teóricos de la *psicología Adleriana* y puede servir tanto como método psicoterapéutico, como de asesoramiento. Este análisis está considerado dentro del grupo de las “terapias breves” de corto y mediano plazo la misma que utiliza material artístico que es propuesto al consultante para su interpretación.

La psicología del arte aporta a la técnica en tanto sostiene que las “técnicas de terapia artística se basan en el conocimiento de que cada individuo tenga o no una formación artística

⁵¹Cfr. Sánchez, Obertz y Quezada, *Psicoterapia Adleriana* En: <http://www.cop.es/colegiados/GR00724/adler/ADLER.html> Acceso: el 10-12-2010

⁵²Cfr. Boeree Geroge, *Teorías de Personalidad* En: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/adler.htm> Acceso: el 10-12-2010

posee una capacidad latente para proyectar sus conflictos interiores de una forma visual”⁵³, de esta manera el consultante se encuentra en la capacidad de exteriorizar sus conflictos y síntomas, a fin analizarlos en el proceso terapéutico. Por otro lado, el autor argumenta junto a Naumburg que la terapia del arte permite la expresión verbal a través de estímulos como imágenes verbales, oníricas y fantasías que el consultante trae y puede trabajar en terapia liberando emociones o material inconsciente reprimido.

Por su parte la psicología proyectiva como psicología holística aporta al análisis aperceptivo en tanto “integra un conjunto sistemático de conceptos de amplia generalización, de métodos supuestos, hipótesis, proposiciones y teorías que la caracterizan como tal y que le permiten una considerable aplicación.”⁵⁴ La misma, tiene como objetivo demostrar los factores internos (inconscientes) que tienen que ver con el comportamiento humano siendo, según el autor, de dos órdenes: las motivaciones y los sistemas personales de reacción. La psicología proyectiva parte del supuesto *la conducta es una modalidad particular, singular de expresión, las proyecciones son la parte de un todo.*⁵⁵ La psicología proyectiva analiza todas las producciones que el consultante realiza tomándolas como fenómenos de producción inconsciente. El material que se utiliza para estimular la proyección del consultante varía de acuerdo a cada caso, sin embargo, en términos generales se le presenta baterías de test proyectivos los mismos que tienen la finalidad de producir catarsis en el consultante, disminuir la ansiedad y ayudar al consultante a reorganizar sus relaciones con el ambiente.

El análisis aperceptivo busca que el consultante interprete las percepciones que realiza del entorno de forma diferente a la que usualmente está acostumbrado, logrando que la percepción sea dinámica y dé sentido a la experiencia, todo esto a fin de que el paciente pueda realizar cambios en su estilo de vida mediante el análisis de fondo de conductas y reacciones que del paciente. Para esto, la terapia cuenta con un método específico de exploración de la conducta, motivaciones, deseos, conflictos y problemáticas.

La técnica utiliza una serie de test como material gráfico que permiten efectuar el análisis, entre ellos se encuentran los siguientes: **Test de Apercepción Temática** (TAT, CAT-

⁵³Dalley citado en: Flachier Jorge (2001) *Análisis Aperceptivo*, Quito, Centro de publicaciones PUCE, pp. 15

⁵⁴Flachier Jorge, Op. Cit. Pp 150

⁵⁵Ibid. Pp.22

A, CAT-H, SAT) creados por Henry Murray, como herramientas proyectivas que evalúan los diferentes aspectos de la personalidad, y dirigido a personas de diferentes edades. **Test de Relaciones Objetales** de Herbert Phillipson, herramienta que permite el estudio clínico y la exploración de la personalidad. El **Test de Rorschach** creado por Hermann Rorschach, mismo que evalúa profundamente la personalidad. Test **Pata Negra** creado originariamente para niños por Louis Corman para la detección e interpretación de los conflictos de la personalidad. **Test de Symonds** para adolescentes, el mismo que permite explorar la personalidad. **Tres paisajes** que el consultante realiza con pinturas o témperas.

El objetivo de la terapia según el autor es “modificar el estilo de vida impulsando la autorrealización del consultante a través del fortalecimiento de la autoestima, afirmación de la personalidad, autonomía, y el desarrollo del interés social.”⁵⁶ Para esto es importante utilizar recursos terapéuticos como el apoyo emocional, responsabilizar al paciente de los resultados de la terapia, el chiste, consejo, ampliación de focos de interés, despertar el interés social. La actitud del terapeuta, según el autor, debe ser neutral, ecuánime, positiva, y abierta a los contenidos que se trabajen.

Esta técnica facilita el trabajo del terapeuta para evaluar las necesidades que se presenten dentro del proceso como lo explica el autor a continuación:

Con la técnica propuesta del A. aperceptivo resulta relativamente fácil diferenciar la problemática de la persona que demanda asesoramiento o psicoterapia, a través del material proyectado, donde se puede observar la necesidad de trabajar a un nivel más consciente o inconsciente⁵⁷

La técnica puede ser aplicada a pacientes que se encuentren en intervalos de edad de 3 a 72 años, se recomienda para pacientes que busquen solucionar problemas personales, existenciales, de autoestima, familiares, conyugales, etc. El análisis puede ser realizado tanto como apoyo individual, o como acompañamiento psicológico en pacientes que reciben tratamientos médicos o grupos donde se trabaja interdisciplinariamente. Esta técnica es válida para realizarse con pacientes *sanos, neuroides neuróticos, y pacientes en crisis*, en lo que respecta intervención en crisis, asesoramiento, psicoterapia.

⁵⁶ Flachier Jorge, op.cit., pp. 89

⁵⁷ Flachier Jorge, op. Cit. Pp. 122

El método consiste en presentar al consultante cada una de las láminas de las baterías e interpretar con la base teórica de la psicología individual de Adler. El análisis se realiza sobre las expresiones verbales que el paciente realiza de las láminas que se le presentan. La aplicación de las láminas dependerá del tipo de intervención que se esté realizando sea asesoramiento o psicoterapia de corto o mediano plazo.

Para definir el tiempo de duración de la terapia se tomará en cuenta las necesidades del consultante. Durante cada sesión se le presenta al consultante cinco láminas de la batería que se esté utilizando, se le solicita que realice una asociación libre de cada una de las láminas con la consigna “¿qué le sugiere la lámina?”, una vez terminadas las asociaciones se pide al paciente que realice un resumen de lo dicho por él mismo a fin de focalizar el conflicto o situación problemática, finalmente se le pide que asocie lo trabajado con su vida, y se ofrece un espacio terapéutico para analizar los contenidos, y realizar la terapia en función de sus aportaciones.

Según Flachier, la técnica sigue 5 pasos: Administración del material, ampliación, resumen, relación consigo mismo y esclarecimiento. La dinámica de la terapia mantiene el análisis de cada cinco láminas de cada test hasta finalizarlo, el orden de aplicación varía de acuerdo a las necesidades del paciente, ya que no todos necesitarán la aplicación de todos los test. Como modelo de curso completo de terapia, el autor propone el siguiente orden: TAT, Test de Relaciones Objetuales, test de Rorschach, entrevista de información de los resultados del test de Rorschach, Test Pata negra y Symonds. Realización de dos paisajes y elaboración de un cuento con cada uno de ellos, últimas sesiones y cierre.

Para efectuar el análisis, se propone una terapia que dura 50 minutos y que cumple con las fases mencionadas anteriormente donde el terapeuta enfatiza y clarifica el problema del consultante profundizando el significado positivo de las problemáticas que presenta fortaleciendo el yo, y buscando el enfrentamiento del paciente a la vida de forma positiva.

Concluimos junto al autor que el análisis aperceptivo por el sustento teórico-científico que presenta, permite investigar los “problemas humanos con una proyección psicosocial”⁵⁸

⁵⁸ Flachier Jorge, Op. Cit. pp. 192

siendo un método psicoterapéutico y de asesoramiento que utiliza instrumentos diversos de las técnicas proyectivas para lograr el bienestar del paciente.

2.2. Terapias de la conducta

2.2.1. Conductismo

El conductismo es una corriente de la psicología que nace en los años 20 planteada por John Broadus Watson, especialista en psicología animal, como un rechazo a lo que hasta el momento se había desarrollado dentro de las escuelas psicológicas. El creador, basado en teorizaciones y experimentaciones del médico ruso Ivan Pavlov, funda esta escuela, la cual se basa en la observación de la conducta, la que según los seguidores se encuentra determinada por estímulos y respuestas.

Las teorizaciones de Pavlov que sirvieron para más tarde conformar al conductismo, se basaban principalmente en el hecho de que nuestras respuestas hacia un estímulo son adquiridas por el ambiente, no pueden ser innatas debido a que son insuficientes y tenemos un número limitado de éstas. Para poder adquirir respuestas ambientales debemos condicionarnos.

Acerca de la perspectiva que tiene el conductismo de la psicología Watson plantea lo siguiente:

La Psicología desde el punto de vista del conductista es, simplemente, una rama objetiva y experimental de la ciencia natural. Su meta teórica es la predicción y el control de la conducta. La introspección no forma parte esencial de sus métodos, ni el valor científico de sus datos depende de la facilidad con la que se presenten a una interpretación en términos de conciencia.⁵⁹

⁵⁹Leahey Thomas, op. Cit. pp. 393

Watson define al conductismo como parte de las ciencias naturales el cual se encarga de todo el campo de la adaptación. Está estrechamente ligada a la fisiología debido a que son bastante similares, difiriendo solamente en el ordenamiento de sus problemas. A la fisiología le interesa cómo funcionan todas las partes de cuerpo del animal, mientras que el conductismo se encarga de observar al animal en todas sus actividades diurnas y nocturnas. En lo que respecta a los seres humanos, el conductismo busca controlar, anticipar y fiscalizar las respuestas y las reacciones para adaptar a las personas a la sociedad. Watson trabaja con animales, ya que la conducta en estos y en los seres humanos, según el autor es igual.

El conductismo se divide en tres grandes grupos teóricos e históricos, que son: el *conductismo clásico*, fundado por Watson, el *neoconductismo* que se basa en el anterior, pero del que participan varios autores en su realización, y el *conductismo radical* defendido principalmente por B. F. Skinner que se basa en el condicionamiento operante.

El creador de la corriente, sostuvo que el objeto de la psicología es el estudio de la conducta, ya que esta es observable, y se deben realizar leyes solamente concernientes a estas observaciones. Watson fundamenta esto mencionando lo siguiente:

Podemos observar la *conducta en lo que el organismo hace o dice*. Y apresurémonos a señalar que *hablar es hacer*, esto es, *comportarse*. El hablar explícito o con nosotros mismos (pensar) representa un tipo de conducta exactamente tan objetivo como el beisbol.⁶⁰

El conductismo se basa en que esta observación de la conducta se da en términos de estímulo y respuesta. El estímulo, hace referencia a todas las situaciones u objetos del exterior y también a los cambios corporales que de algún modo influyen en el sujeto. La respuesta se refiere a todo lo que se realiza o no debido al estímulo que se le ha proporcionado.

Lo que el enfoque ejecuta dentro de la terapia y en sus investigaciones es cambiar la conducta al presentar un mismo estímulo con el objetivo de que la respuesta sea siempre la

⁶⁰ Watson J. B., (1976), *El conductismo*, Buenos Aires, Editorial Paidós, pp. 23

misma en esta situación. Por ejemplo Watson en su obra *El conductismo* ejemplifica un escenario en el cual se pone a un animal frente a un niño, por el que no siente ningún temor. Cada vez que el niño intente acercarse al animal, se realizará a espaldas de éste un sonido muy fuerte con una barra de acero, lo que le provocará miedo. Se repite la acción alrededor de cuatro veces y a partir de aquí el animal generará la misma reacción en el niño que la barra de acero. Cada vez que el niño vea al animal presentará signos de miedo. A esto Watson lo llamó *respuesta emocional condicionada*, que es una forma de *reflejo condicionado*.

Al plantear Watson que todos nuestros problemas psicológicos y soluciones se pueden reducir a estímulos y respuestas, presenta el siguiente gráfico en el que esquematiza su teoría: (E representa a *estímulo*, y R a *respuesta*.)

E.....R
 Dado (A determinar)

E.....R
 (A determinar) (Dada)

El problema se resuelve cuando:

E.....R
 Ha sido determinado Ha sido determinada⁶¹

Por lo tanto el método que Watson plantea, se basa en la manipulación de los estímulos y en determinar los efectos estos que producen dentro de la conducta o respuesta. Con esto, el autor planteaba que las personas se comportasen de manera distinta a lo que habían hecho en el pasado a través de los condicionamientos y esto se lograba gracias al control de la conducta.

Luego de Watson, varios teóricos desarrollan los conceptos creados por el padre del conductismo y se crea el *neoconductismo*. Uno de sus principales exponentes es Edward Tolman, quien afirmaba que dentro del condicionamiento, si hay o no hay refuerzo, de todas maneras existe aprendizaje. Este no es directamente visible por lo que le llama *aprendizaje latente*.

⁶¹Watson J. B., op. Cit. pp. 37-38

En general, Los neoconductistas no estaban totalmente de acuerdo con la fórmula creada por Watson de estímulo-respuesta, ya que creían que esta era demasiado estricta. Uno de los principales críticos de Watson fue Clark Hull, quien plantea que los impulsos se encuentran constantemente presentes. Menciona que cuando los animales o los seres humanos se encuentran sujetos a privaciones, se crean necesidades y éstas activan a los impulsos. La conducta va dirigida a alcanzar metas y a sobrevivir. Hull También plantea que creamos hábitos cuando éstos nos producen placer y satisfacción.

Como vemos, en general en la historia del conductismo, se trabaja con la observación de la conducta, para desde aquí cambiar comportamientos que se encuentran inadaptados a la sociedad. En la actualidad se ha puesto en tela de duda la aplicabilidad del conductismo por sí solo, ya que los teóricos se dieron cuenta de que así era una teoría reduccionista. Por lo que en el presente, la terapia se denomina *cognitivo-conductual*, que como su nombre lo indica es una fusión entre el conductismo y el cognitivismo.

2.2.2. Terapia cognitivo-conductual

Según varias fuentes investigadas, la teoría Cognitivo Conductual se fundamenta gracias al aporte de teóricos pertenecientes a la escuela cognitiva de la psicología como Beck, Ellis; y con autores como Skinner, Watson, Bandura, entre otros, de la escuela conductista. La Teoría cognitivo conductual se ha desarrollado tratando de buscar el cambio de comportamiento del sujeto tomando en cuenta no solo la conducta (problemática, sintomática), sino también, la parte cognitiva la cual se encuentra formada por pensamientos, sentimientos, percepciones, emociones, memoria, entre otros.

El concepto de enfermedad para la corriente, se presenta cuando el paciente no puede ajustar su sentido privado (personal) al sentido común (general), y esto se determina en la observación hecha en pacientes quienes presentan trastornos emocionales como resultado de factores cognitivos. Así, la etiología de la enfermedad mental se encuentra en las cogniciones

del paciente, las mismas que al no poder ser adaptadas al entorno producen conductas de conflicto⁶² “las cogniciones del paciente son uno de los factores etiológicos y de sostenimiento de la conducta anormal.”⁶³

Para esta teoría los acontecimientos externos son considerados como componentes del proceso, sin embargo, cabe recalcar que solo se toman en cuenta acontecimientos presentes, esta teoría no focaliza su campo de acción en hechos pasados como en otras escuelas psicológicas.

Por lo tanto, podemos argumentar, junto con los autores mencionados, que el objetivo de la terapia Cognitivo Conductual es “ayudar al paciente a entender el proceso transaccional (...) hacer trabajar al paciente para cambiar la percepción a fin de que éste posea el problema y asuma responsabilidades desarrollando y fomentando habilidades inter e intra personales”⁶⁴.

La clínica cognitivo conductual busca que el paciente sea observador de su propia conducta, para que pueda interrumpir conductas que le generan conflicto, redefinir problemas presentes, y reconceptualizar ideas que puedan ser conflictivas para el y/o su entorno.

La psicoterapia con enfoque cognitivo conductual, busca cambiar comportamientos y pensamientos problemáticos en los pacientes indagando en patrones que demuestren disfunción entre pensamiento y conducta, la terapia es de corto plazo, es decir que existe tiempo límite en el contrato terapéutico.

A fin de poder erradicar conductas no deseadas del paciente, la clínica cognitivo conductual cuantifica las conductas en registros, plantillas, cuestionarios. Todo esto con el objetivo de evaluar el síntoma presente en las conductas, así como la frecuencia, duración intensidad, y características del mismo.⁶⁵ La relación que se mantiene entre paciente y

⁶²Cfr. Linn S. y Garske J, (1988), *Psicoterapias Contemporáneas*, Bilbao, Desclée de Brouwer, pp.332

⁶³ *Ibid.*, pp.339

⁶⁴Linn S. y Garske J, op. Cit. pp. 340

⁶⁵ Cfr. Rosados, *Terapia cognitivo conductual* En:

http://www.depresion.psicomag.com/terapia_conductual.php Acceso: el13-10- 2010

terapeuta es una *relación de colaboración*, donde se trabajan objetivos en común mediante el planteamiento de tareas que tienen como objeto promover el aprendizaje de habilidades, entrenar al paciente para afrontar situaciones problemáticas y modificar la conducta, para que pueda cambiar la relación que éste mantiene con el entorno, fomentar la autonomía, es decir enseñarle a darse cuenta que él puede re-conceptualizar sus ideas, auto-observar su conducta y modificarla, afianzando la seguridad sobre sí mismo⁶⁶

Para entender la metodología que la terapéutica cognitiva conductual utiliza, consideramos importante citar a Linn y Garske:

El terapeuta cognitivo conductual trabaja con los clientes para hacer que: 1 vean sus cogniciones (pensamientos automáticos) como hipótesis que son dignas de examinar. 2 ejecuta en experimentos personales y recojan datos anómalos; y, 3 examina en la naturaleza de las creencias o esquemas que dan lugar a esos trastornos emocionales y conductas inadaptadas. De este modo el terapeuta ayuda al cliente a recabar datos que puedan ser tomados como evidencia a fin de cambiar sus creencias, sentimientos, y conductas.⁶⁷

La metodología de trabajo es didáctica, centrada en la resolución de problemas presentes, *con la continuidad temática de las sesiones* que se manejan entre consultante y clínico. Dentro de la terapia existen ciertas fases, una de ellas es la **recolección de información** que busca explorar las áreas donde el sujeto se desenvuelve (laboral, social, familiar], esta información es organizada en registros. Una vez terminada la **organización de los datos** que el paciente aporta, éstos pasan a ser **analizados** por el terapeuta para descubrir comportamientos problemáticos, recursos del paciente, demanda y encontrar **un punto focal de trabajo** donde se va a efectuar el tratamiento⁶⁸

La técnica a utilizar irá en función de la variable de comportamiento con la que se vaya a trabajar de acuerdo el caso, así de acuerdo a la problemática se utilizarán las técnicas más

⁶⁶Ibid, pp. 342

⁶⁷Linn S. y Garske J, op. Cit. pp. 344

⁶⁸ Cfr. Gavino Aurora, (2000), *Guía de ayuda al Terapeuta cognitivo conductual*, Ediciones pirámide, Madrid, pp. 37

apropiadas para el consultante. A continuación enumeraremos ciertas técnicas de trabajo dentro de la clínica cognitivo-conductual.

- Contrato verbal
- Entrevista biográfica
- Sondeo cognitivo
- Solución de problemas
- Ensayo comportamental
- Planificación ambiental
- Información de confidencialidad
- Sondeos cognitivos
- Feedback
- Entrevista de evaluación
- Reforzamiento
- Contrato terapéutico
- Control estimular
- Reorientación de la atención
- Planificación de la sesión⁶⁹

Es importante mencionar que todas estas técnicas van ligadas a objetivos finales e intermediarios que el terapeuta se plantea para lograr cambios conductuales representativos una vez terminada la intervención psicoterapéutica. El clínico realiza el seguimiento para evaluar si los objetivos del tratamiento se han cumplido o no; en caso de no hacerlo se replantean nuevos objetivos de trabajo y se continúa la terapia. Cabe recalcar que esta clínica busca atender al paciente enfatizando el presente.

Con todo lo expuesto hasta el momento podemos concluir que la terapia cognitivo conductual tiene como base al conductismo (conducta) y cognitivismo (pensamiento), el método que utiliza se basa en identificar y modificar los procesos cognitivos que son

⁶⁹ Gavino Aurora, op. Cit. pp.81

disfuncionales en el paciente, para con esto evitar conductas y emociones que dificulten la adaptación de la persona al medio o promuevan el surgimiento y desarrollo de trastornos mentales.

2.2.3. Técnica de Desensibilización Sistemática

Este tipo de terapia es parte de la corriente cognitivo-conductual, y fue desarrollada por Joseph Wolpe en los años 50. La técnica es utilizada sobre todo en el tratamiento de fobias, miedos, ansiedad, eliminar conductas evasivas, entre otras.

La desensibilización sistemática se basa en la premisa de que en situaciones puntuales se pueden presentar instintivamente síntomas de ansiedad como respuesta a lo que se está viviendo. Por lo que en esta técnica se busca que progresivamente la persona sea capaz de reaccionar con una emoción distinta a la habitual hacia aquella situación que le ha producido malestar, es decir que la técnica logre que se impida que la ansiedad emerja.

Wolpe, se da cuenta de que a través de la relajación y de la evocación de pensamientos afines a la causa de la ansiedad, se puede lograr el mismo efecto emocional que se vivencia con la situación en sí, y que la imaginación permite estructurar y controlar mejor la causa de la ansiedad, además de que las situaciones recreadas dentro de la terapia, se pueden trasladar a situaciones de la vida real del paciente.

Para lograr el entero control emocional, el terapeuta debe seguir un proceso con el paciente en el cual debe evaluar y ordenar los aspectos que producen ansiedad o fobia de menor a mayor intensidad emocional. Luego, en este mismo orden, se le pide al paciente que imagine las situaciones evaluadas anteriormente y se intenta lograr una respuesta emocional contraria a la acostumbrada por medio de la llamada *relajación progresiva*.

La relajación progresiva es un procedimiento creado por Edmund Jacobson en el cual el terapeuta logra en el paciente una serenidad psíquica por medio de la relajación paulatina

de la tensión muscular que lo pueda aquejar. A través de la técnica, la persona logra un estado de relajación intensa el cual produce que la imagen angustiante no se represente en el cuerpo⁷⁰. Una vez que la imagen ya no tenga efecto negativo en el paciente debido a la relajación, es decir ya no le produce ningún tipo de respuesta emocional ansiosa o fóbica, se pasa a la imagen inmediata superior, y así sucesivamente hasta que se supere cualquier situación que se le pueda presentar al paciente en torno al tema trabajado.

Dentro de la técnica de desensibilización sistemática, existen dos principios esenciales en los cuales se basa el proceso, estos son:

- Una emoción puede contrarrestar otra emoción.
- Es posible habituarse a las situaciones amenazadoras.⁷¹

Esto quiere decir que a través de la técnica la persona que la utiliza podrá ser capaz de evocar una emoción positiva frente a algo que antes de someterse al tratamiento podía causarle sentimientos de ansiedad, fobia, etc. y que una vez concluido el proceso, los escenarios en los que se desenvuelve el sujeto a los que antes no podía enfrentarse sin presentar síntomas de malestar psíquico o físico, ahora puede manejarlos de una manera más adecuada a lo que considere como normal.

En la actualidad, la desensibilización sistemática es una de las técnicas más utilizadas para el tratamiento de fobias, trastornos de ansiedad, disfunciones sexuales, trastornos alimenticios, trastornos obsesivo-compulsivos, entre otros.

⁷⁰ Ref. Psicología online, *Técnicas de relajación*. En: <http://www.psicologia-online.com/autoayuda/relaxs/progresiva.htm>. Acceso: el 27-12-2010.

⁷¹ García Jorge, *miedos infantiles*. En: http://www.cyberpadres.com/serpadre/tupsicologo/miedos/tecn1_trat_miedos.htm. Acceso: el 27-12-2010.

2.3. Terapia cognitiva

La terapia cognitiva está basada en la psicología cognitiva, la cual surge en los años 60 como una reacción al conductismo. Estudia los procesos mentales, como determinantes del comportamiento; además establece cómo funcionan, de qué manera los desarrollamos, sus dificultades, etc. Los procesos principales que se relacionan con el estudio de la psicología cognitiva son atención, aprendizaje percepción, memoria, lenguaje y pensamiento.

Con el surgimiento de la informática y los computadores, esta escuela psicológica encuentra una analogía con el funcionamiento de la mente humana, ya que se la compara con los ordenadores sobre todo en lo que se refiere al procesamiento de la información.

Se explicitan algunas características que la psicología cognitiva toma en cuenta dentro de su teoría, estas son:

-El comportamiento se encuentra determinado por los procesos mentales.

-La mente se encuentra dividida en **estructuras y procesos**. Las estructuras representan las características que posee el sistema cognitivo, estas son los receptores sensoriales y la memoria. Los procesos son las operaciones que realiza el cerebro.⁷²

-Los estímulos, a diferencia del conductismo en el cual se presentan como causas de un comportamiento, se consideran para la corriente, fuentes de información *de entrada* para los procesos cognitivos. Una vez que el cerebro recibe la información, ésta sigue un proceso a través del sistema cognitivo y crea la capacidad de construir nuevas unidades de información *de salida*.⁷³

Ellis y Beck fueron los creadores de la psicoterapia cognitiva, como se verá sucintamente:

⁷² Ref. Apuntes de psicología. *Psicología cognitiva*. En: <http://www.apuntesdepsicologia.com/ramas-de-la-psicologia/psicologia-cognitiva.php> Acceso: el 27-12-2010.

⁷³ Ref. Diccionario de psicología científica y filosófica. *Psicología cognitiva*. En: <http://www.e-torredababel.com/Psicologia/Vocabulario/Psicologia-Cognitiva.htm> Acceso: el 28-12-2010.

Albert Ellis: A partir de 1955 empieza a desarrollar su *modelo racional emotivo*, Ellis defendía que no es el hecho real el que tiene importancia, sino la valoración que dan los pensamientos que conllevan el hecho lo que causa malestar o bienestar.

La psicoterapia que sigue el modelo se centra en focos y niveles de cambio:

1. Adecuar el ambiente o las situaciones que se encuentran relacionados con el malestar del paciente, es decir en el que la persona se desarrolla con el fin de no exponerse a situaciones que perjudiquen a la situación actual del paciente.
2. Ayudar al paciente en técnicas que ayuden tanto emocional, conductual y cognitivamente a estabilizarse.
3. Realizar una evaluación cognitiva enfocándose en dos puntos:
 - La distorsiones cognitivas que se puedan presentar, es decir evaluar los pensamientos que tiene el paciente acerca de la situación que está por vivir o que ha vivido.
 - Creencias irracionales que presente el paciente.

Se deben trabajar en estos tres puntos clave conjuntamente y esto ayudará a que se modifiquen tanto emociones, pensamiento y conductas en la persona. El punto más importante que se deberá trabajar es la modificación de las creencias irracionales. Además, dentro del modelo se habla de un cambio en lo que tiene que ver a la profundidad, el cual también tiene niveles de trabajo:

1. Insight N. 1: Se debe lograr que el paciente tome plena conciencia de que su dificultad se encuentra relacionada con ideas irracionales, mas no con los hechos reales o los acontecimientos.
2. Insight N. 2: Se debe lograr que la persona tenga conciencia de que utiliza un mecanismo para reforzar la idea irracional.
3. Hacer trabajar a la persona en la sustitución de sus ideas irracionales por racionales, utilizando mecanismos conductuales, cognitivos y emocionales.

Esta forma de trabajo dividida en tres niveles, puede llegar a ser muy directiva en sus primeras fases, llegando al final, el mismo paciente asume su terapia de manera más personal.⁷⁴

Las técnicas que se utilizan en este proceso son las siguientes:

Técnicas cognitivas:

-Detección: El terapeuta recaba en las creencias irracionales tanto emocionales como conductuales del paciente.

-Refutación: El clínico utiliza una serie de preguntas con el objetivo de discrepar con las creencias irracionales.

-Discriminación: Se enseña a diferenciar al paciente entre las creencias racionales y las irracionales.

-Tareas cognitivas: El consultante estudia el material de sus sesiones y apuntes teóricos, fuera de sesión.

-Definición: El terapeuta incentiva al paciente para cambiar expresiones propias a otras más racionales y correctas.

-Técnicas referenciales: Se pide la persona que realice un listado de todo lo positivo que tiene una conducta suya o una característica propia con el fin de impedir generalización.

-Técnicas de imaginación: Se utilizan tres técnicas de imaginación. La **primera**, se pide al paciente que imagine una situación puntual tal y como pasó, pero cambiando la respuesta conductual que tuvo frente a esta. La **segunda**, el paciente imagina triunfando en hechos del pasado que fueron negativos en su vida. En la **tercera** se utilizan técnicas de hipnosis para cambiar creencias irracionales.

Técnicas emotivas:

-Aceptar al paciente tal y como es, sin juzgarlo por sucesos del pasado.

-Utilizar el humor para sacar al paciente del discurso negativo o trágico.

-Hacer saber al paciente que el terapeuta ha pasado por situaciones similares con el objetivo de lograr un acercamiento paciente-terapeuta.

- Utilización de historias, fábulas, leyendas, etc. para hacer notar las creencias irracionales.

⁷⁴ Psicología online. *Manual de psicoterapia cognitiva*. En: <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual2.htm> Acceso: el 28-12-2010

- Pedir al paciente que aparente una situación en donde utilice las creencias racionales y evidenciar los resultados que causa.
- Animar al paciente a actuar de manera vergonzosa o ridícula en público y ser capaz de resistir los efectos en sí mismo y en los otros.
- Alentar al paciente para que sea capaz de asumir riesgos que tengan que ver con su problema.
- Motivar a la persona a que repita frases racionales por sí mismo.
- Incitar para que el paciente escriba con ideas racionales cuentos, textos, poemas, etc.

Técnicas conductuales:

- Mandar tareas al paciente para realizarlas fuera del espacio terapéutico, en donde se muestre en situaciones que usualmente evade y hacerlas lo más pronto, motivarlo a no dejarlo para otro momento.
- Motivar al paciente a recordar hechos negativos para aprender a soportarlos.
- Se prepara al paciente para mejorar sus habilidades sociales.

Aaron Beck: Desarrolla la *terapia cognitiva* la cual se centra en los pensamientos negativos automáticos los cuales define como errores en el procesamiento de la información. Beck basa su teoría diciendo que “la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta”⁷⁵.

Según Beck, para realizar la terapia primero se debe recoger los datos que los pacientes proveen sobre todo los que se refieren a los pensamientos automáticos, considerándolos desde tres orígenes:

- Se toma del discurso del paciente, al expresar sus sentimientos, conductas y cogniciones que experimenta entre las sesiones, referentes a la dificultad que lo lleva a terapia.
- Se analiza del discurso del paciente, al expresar sus sentimientos, conductas y cogniciones durante la terapia.

⁷⁵ Psicología online, *Manual de psicoterapia cognitiva*. En: <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual2.htm> Acceso: el 28-12- 2010.

-Se considera a partir de las tareas de escritura que le pone el terapeuta.

A partir de aquí, se trabajan tres niveles con el paciente y la información recabada:

1. Se habla sobre el sentido que le da la persona a las situaciones del pasado que se encuentran articuladas con las dificultades que le traen al espacio terapéutico.
2. Todos estos sentidos se agrupan de acuerdo las tendencias la repetición que tenga el paciente para ciertas situaciones.
3. “Articular a modo de hipótesis los patrones cognitivos en Significados personales o Esquemas cognitivos subyacentes y tácitos. Esta articulación permitirá formular el núcleo cognitivo a la base de los problemas del paciente y permitirá su contrastación empírica”.⁷⁶

Como vemos, en los dos modelos de la terapia cognitiva, el objetivo es cambiar un pensamiento, un sentimiento o una conducta conflictiva, hacer notar a la persona que la situación no es la que hace al pensamiento sino al revés, depende de cómo tomemos las situaciones éstas tendrán un valor negativo o positivo. Con esto, la terapia cognitiva también propone generar metas y habilidades en el paciente que antes del espacio terapéutico no poseía. Cabe recalcar que la terapia es muy utilizada en casos de depresión, fobias, ansiedad, problemas de autoestima, entre otros.

2.4. Terapias humanistas

2.4.1. Humanismo

El humanismo nace en los años 60 en Estados Unidos, gracias a Abraham Maslow, quien es uno de los más renombrados exponentes de esta corriente. El humanismo se crea especialmente como una alternativa a lo que hasta ese entonces primaba, respecto a la salud

⁷⁶ Psicología online, *Manual de psicoterapia cognitiva*. En: <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual2.htm> Acceso: el 28-12- 2010.

mental: el psicoanálisis y el conductismo; por lo que Maslow llamó a la nueva corriente la *tercera fuerza*.

El humanismo se centra en los aspectos positivos de cada persona, y se basa principalmente en la creencia de que las personas son únicas, por lo que individualmente tenemos algo especial que podemos y debemos desarrollar. Gracias a este pensamiento, la terapia busca que los *clientes* aprendan a dejar de ver a las personas como objetos. Esto se logra a través del equilibrio entre lo racional y lo emocional, ya que según la corriente humanista, vivimos en un estado mayormente racional y la técnica que nos permite conectarnos con nosotros mismos y con los otros de una manera abierta y transparente es por medio también de los sentimientos y las emociones.

Maslow introduce el concepto de “autorrealización” como el último escalón del máximo desarrollo como seres humanos. Crea una pirámide en donde explica que se debe primero cumplir con las necesidades básicas para poder seguir escalando y llegar por último a la autorrealización. La teoría de Maslow también propone que una necesidad superior, surge a raíz de haber cumplido la anterior, sino ésta no aparece.

La pirámide de Maslow (gráfico 1) fundamenta la idea de que los seres humanos tenemos la capacidad de alcanzar niveles cada vez más altos de conciencia, que hacen que vayamos progresando en dificultad, y que nuestro pensamiento paulatinamente se vuelva más integral e interrogante.

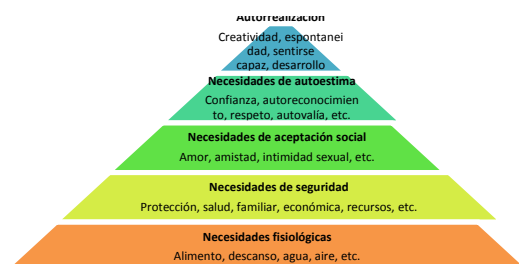


Gráfico 1⁷⁷

⁷⁷Eumednet. *Las necesidades sociales y la pirámide de Maslow*. En: http://www.eumed.net/cursecon/2/necesidades_sociales.htm. Acceso: el 14-03-2011

En lo que tiene que ver a los procesos terapéuticos, Rogers, psicólogo humanista, desarrolla la “psicoterapia centrada en la persona”. Estese basa en la idea de que todos los seres humanos estamos en la capacidad de cambiar constructivamente, ya que somos innatamente sanos y siempre nos dirigimos hacia el autoconocimiento, el desarrollo y hacia la realización de nuestras potencialidades; esto dentro del humanismo se lo conoce como “tendencia actualizante”.

Rogers defendía que esto se logra generando un ambiente en el cual existan condiciones psicológicas que faciliten el trabajo y en donde el terapeuta deberá reunir algunas cualidades especiales para poder llevar el proceso correctamente, que más tienen que ver con la forma de ser y las actitudes del tratante, que con su preparación teórica. Estas características esenciales son tres: el entendimiento correcto y sensible de lo que le pasa a la personal, no juzgar y aceptar positivamente lo que el consultante aporta es en ese momento, es necesario también que el terapeuta sea auténtico y genuino para que el *cliente* no sienta que existe ningún secreto dentro de la terapia.

Estas tres características nombradas por Rogers para tomar en cuenta dentro de la terapia, se encuentran relacionadas con su hipótesis en la que defiende que si se crea una relación con ciertas cualidades, el otro podrá ser capaz de usar esta para realizar su propia maduración, y con esto se produce un cambio que conduce al desarrollo personal. En una relación como esta, la persona también podrá reorganizar su personalidad superficial y profundamente, “de esa manera, se hallará en condiciones de encarar la vida de modo más constructivo, más inteligente y más sociable a la vez que más satisfactorio.”⁷⁸

No es que este enfoque dé poder a la persona; es que nunca se lo quita. (...) Esta manera de hacer las cosas cambia la naturaleza misma de la psicoterapia, del matrimonio, de la administración y aun de la política. (...) Ellos apuntan a un futuro de una naturaleza muy

⁷⁸ Rogers Carl (1979) *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires, Editorial Paidós. Pp. 43.

diferente, construido alrededor de un nuevo tipo de persona con poder propio y que ya está surgiendo.⁷⁹

En el humanismo se cambia la palabra “paciente” por “cliente”, ya que la corriente considera que la persona que busca ayuda debe ser un agente activo y libre dentro de la terapia, contrastando a la idea de que “paciente” es el que espera, el que se pone en el lugar en donde el otro tenga la respuesta o solución al conflicto, el que tiene paciencia.

El proceso psicoterapéutico que Rogers utiliza se basa en el autoconocimiento, con el objetivo de vivir los sentimientos a plenitud de una manera fluida. Describe siete etapas por las que puede pasar la persona dentro de su proceso; la clave para pasar de una etapa a otra es recibir plenamente al paciente con todo lo que sienta, haga o diga. Las etapas se muestran sucintamente a continuación:

Primera etapa (fijeza): Generalmente la persona que se encuentra en esta etapa, no pedirá ayuda por sí misma, existen muchos bloqueos y la persona se muestra renuente a cooperar con el proceso.

Segunda etapa (vivir la experiencia de ser plenamente aceptado): En el momento en que la persona se sienta plenamente recibida puede pasar a esta etapa, esto se puede lograr a través del juego o de terapias grupales, en donde el sujeto pasa por un “ligero aflojamiento y fluidez de la expresión simbólica”⁸⁰. Esta expresión se manifiesta con sentimientos y situaciones que no las registra como propias, y se mantienen como experiencias objetivas del pasado en la que el sujeto no reconoce ninguna responsabilidad.

Tercera etapa (desarrollo y flujo de la expresión simbólica): Si el consultante se siente plenamente recibido y logra que se dé ese pequeño flujo de la segunda etapa, en la tercera presentará mayor número de apreciaciones sobre sí mismo y al resto, la persona las vivirá como objetos ajenos a su persona. El *sí mismo* se presentará reflejado en los demás, se

⁷⁹Ibid, Introducción.

⁸⁰ Rogers Carl *El proceso de convertirse en persona*. Op. Cit. Pp. 124.

vive todavía en hechos pasados y es difícil todavía que se acepten sus propios sentimientos, además de que la persona mira a sus decisiones como improductivas.

Cuarta etapa (flexibilización de los constructos y flujo de los sentimientos): Lo avanzado en la tercera etapa permite a la persona que actúe con más flexibilidad dentro de la terapia, y los sentimientos empiezan a notarse un poco más fluidos, a veces responsabilizándose por ellos. También pueden presentarse sentimientos del presente inmediato, que muchas veces se acompañan de desconfianza y miedo. Las rememoraciones del pasado se hacen menos frecuentes. En esta etapa la persona empieza a descubrir y aceptar constructos sobre sí mismo, y pone en tela de duda su validez. Se empieza a preocupar por las incongruencias entre sus acciones y sus creencias, además comienza a relacionarse con los otros más abiertamente, mostrando un poco más lo que siente.

Quinta etapa (flujo organísmico): La persona está en capacidad de expresar sentimientos en tiempo presente, que en ocasiones vienen todos de una sola vez, lo que causa cierto desconcierto, pero se empieza a cuestionar sobre el origen de éstos. La persona se responsabiliza cada vez más de lo que siente y además empieza a tener la necesidad de “ser sus sentimientos”. Se ven con más claridad las relaciones que tienen las incongruencias de su vida.

Sexta etapa (inicio de la experienciación plena): Los sentimientos antes estancados se viven plenamente como inmediatos y fluyen “hasta las últimas consecuencias”⁸¹. La persona ya no siente miedo, no niega sus sentimientos o pelea para que estos no fluyan. Los sentimientos y el *sí mismo* ya no son vistos como objetos “En este momento el sí mismo *es* este sentimiento.”⁸². Desde que la persona se encuentra en esta etapa se considera a lo que se ha venido haciendo un proceso como tal. En general se observa a la persona más relajada, más fluida en la expresión de sus sentimientos y la comunicación se ve casi libre de bloqueos. El individuo cada vez tiene menos incongruencias y viene un deseo de que lo que ha vivenciado se convierta en un referente posterior. Según Rogers, la sexta etapa también se caracteriza por estar libre de problemas internos o externos, ya que la persona los acepta. Esta etapa

⁸¹ Rogers Carl *El proceso de convertirse en persona*. Op. Cit. Pp.136

⁸²Idem

generalmente es irreversible, es decir que la persona en esta etapa ya no volverá a las anteriores, sino que solamente avanzará hacia la fluidez.

Séptima etapa (fluidez): Ya no es tan necesario como en las anteriores recibir plenamente al consultante, ya que por el trabajo realizado, la persona es capaz de llegar a ésta sin mucho esfuerzo. Se caracteriza porque el consultante vive sus sentimientos en el presente inmediato, ya no solamente dentro de la consulta, sino también fuera de ella. Lo que está sintiendo se vive como una experiencia nueva y enriquecedora, por lo que se ha convertido ya en un referente. El *sí mismo* ya no es visto como un objeto, sino como “un proceso que inspira confianza”⁸³. Se presencia en la persona la capacidad de elegir adecuadamente su forma de ser, que se encuentra correlacionada efectivamente con sus sentimientos.

Otro de los humanistas que ha colaborado significativamente a las teorías mencionadas y a otras fue Erich Fromm, quien desarrolló mucho la idea de la libertad, la cual menciona como la principal característica de los seres humanos, esta nos cuesta mucho conseguirla debido a las normas sociales, las estructuras rígidas, etc. y muchas veces cuando la tenemos queremos escapar de ella. Plantea tres maneras que los seres humanos tenemos para escapar de la libertad que son: el autoritarismo, el ser destructivo consigo mismo o con los demás y el conformismo.

Como vemos el humanismo es una corriente que dio un giro a las terapéuticas existentes por las ideas distintas a las que trabajaban las demás terapias psicológicas, además otorgó una nueva perspectiva a la psicoterapia centrándose en aspectos específicos de la persona.

2.4.2. Terapia Gestalt

La terapia Gestalt es parte de la psicología humanista específicamente del movimiento *existencial*; fue creada por Koffka, Wertheimer y Köhler, y desarrollada por el psicoanalista

⁸³ Ibid. Pp. 141

alemán Fritz Perls y su esposa la psicóloga Laura Perls en los años 40 con la obra *Ego, hunger and aggression: The beginning of Gestalt Therapy*.⁸⁴

Gestalt en alemán significa forma, los psicólogos de esta corriente defienden que de acuerdo a nuestras necesidades o intereses, las personas visualizamos cosas a la que le damos una forma o formamos una figura con un fondo. Tomamos del todo aquello que nos llame la atención y lo percibimos por sí solo, la imagen emergerá del contexto. En el momento que nuestras necesidades o intereses desaparecen, la figura se pierde dentro del fondo y son solamente figuras que no se diferencian. En el momento en que nuestra necesidad se vea satisfecha surgirá una nueva gestalt, con aquello que nos interese en el momento. Con esto se defiende que el todo no es solamente la suma de las partes, sino que los seres humanos ordenan los componentes del todo de acuerdo a sus propias necesidades.

Este modelo psicoterapéutico basa su enfoque en el *darse cuenta* del paciente, como lo menciona Castañedo en su texto⁸⁵:

Aprendiendo a enfocar el darse cuenta descubre lo que él es y no lo que debería ser o lo que podría haber sido. Toma conciencia de lo que fue y evita caer en el ideal de lo que puede llegar a ser, lo que no ha sido aún. Aprende a confiar en sí mismo. Así obtiene el desarrollo óptimo de su personalidad, dándose soporte a sí mismo.⁸⁶

El enfoque Gestáltico a través del *darse cuenta* trata que la persona sea capaz de realizar su vida por sí mismo, dejando de lado las dependencias, aprendiendo a darse auto apoyo en lugar de buscarlo en los otros. Como menciona Castañedo citando a Perls, “(...) la meta de la Terapia Gestalt consiste en que la persona logre limpiarse sola su propio <<trasero>>.”⁸⁷

El objetivo de esta terapia, no es que el cliente se aíse del resto, sino que encuentre su equilibrio entre el apoyo que se da a sí mismo y el que recibe del entorno, la cantidad de soporte que recibe de cada lado dependerá de lo que el paciente decida que necesita. Este

⁸⁴Cfr. Perls F, (1947), *Ego, hunger and aggression: The beginning of Gestalt Therapy*, New York, Vintage Books.

⁸⁵Castanedo Secadas Celedonio, (2002), *Terapia Gestalt: Enfoque centrado en el aquí y el ahora*, España, Empresa Editorial Herder.

⁸⁶ Ibid. Pp. 17

⁸⁷Castanedo Secadas Celedonio, op. Cit. Pp. 15

equilibrio se logra a través de un proceso en el cual el psicólogo que utiliza la técnica, en un principio ayuda al cliente a reconstruir las partes de la personalidad que se encuentran disociadas, para que en un segundo momento, cuando el cliente se encuentre más seguro de sí mismo pueda realizar este proceso sin ayuda externa. La idea es no dejar capítulos de la vida inconclusos debido a las defensas que se puedan presentar, porque es ahí donde se producen los síntomas que hacen sentir el vacío existencial.

Esta terapia se centra en el *aquí y ahora*, es decir que dentro del proceso, se enfoca la atención en el momento inmediato, como lo denomina Castañedo *a-histórico* y aclara que dentro del espacio terapéutico, no se toman en cuenta imágenes preconcebidas e históricas del cliente como las psicoterapias de base psicoanalítica, ni trabajan sin ningún tipo de historia como las conductuales, sino que dentro de las terapias humanísticas primero se destaca el sentir, indagar, vivenciar y encontrar. A partir de haber realizado un proceso en donde se dé lugar a lo anterior, se puede empezar a utilizar el pensamiento y la conceptualización.

El proceso que se utiliza dentro de la terapia Gestalt se denomina el ciclo del contacto y se expondrá a continuación:

Precontacto: Se refiere al tiempo que se necesita para poder establecer la alianza terapéutica. Los terapeutas mencionan que antes de comenzar un proyecto o una meta se debe contar con un tiempo para que el deseo de realizar lo que se ha propuesto pueda emerger.

Compromiso: En esta fase se establece el acuerdo entre cliente-terapeuta el cual permitirá que el proceso avance. Este compromiso se basa en un proyecto, un acuerdo en la relación o alguna decisión que se tome.

Contacto: El contacto cuenta con varias partes que dependerán mucho de cada situación, en este momento se permite que la terapia siga su curso, así sea con altos o bajos y con esto se analizará cada situación para tomar la mejor decisión.

Descompromiso: Esta fase es intermedia al contacto y a la fase de retirada, es un período en el que se permite al cliente asimilar toda la experiencia que ha vivido dentro del proceso y es un momento crucial, debido a que es donde se empieza a interrumpir y concluir. Este momento puede durar tanto minutos como algunos días y hasta años. Para los clientes

esta fase es muy complicada, un momento que se verá como en vano aplazado e inconvenientemente precipitado.

Asimilación: Es la fase en donde se asimila la retirada. Dependerá mucho de la fase anterior la medida en la que el cliente sea capaz de asimilar el término del proceso.

A continuación nombraremos algunos conceptos que son importantes ya que son muy utilizados dentro de la terapia, a fin de comprender con mayor profundidad a la Gestalt.

El **self** es la forma en cómo los seres humanos nos adaptamos al entorno, éste hace el papel de frontera entre el *yo mismo* y el entorno. Es la forma de ser y no es uno mismo como en otras corrientes. Estese caracteriza por ser variable, que se maneja en la inmediatez, en el *aquí y ahora*, es decir cómo es la persona en ese momento. El *self* dentro del proceso terapéutico tiene relevancia sobre todo en la fase de contacto en donde evoluciona constantemente. Dentro del proceso éste trabaja según cuatro modos llamados por la psicología Gestalt y sus *funciones* son:

-Ello: Es el mundo de las necesidades y las pulsiones, es la función del self que hace actuar al individuo sin una decisión voluntaria.

-Personalidad: Se refiere al fondo en donde nacen las necesidades del ello. La personalidad también se define como aquello que hace que se reconozca a cada individuo por ser de una forma particular. Dentro del proceso terapéutico se produce antes y después de cada una de las fases.

-Ego: El ego es aquel que realiza las decisiones deliberadas y consientes, estas se basan sobre todo en función de las necesidades que se tengan al momento. Las decisiones tomadas por el ego son aquellas que el individuo es completamente responsable y le permite orientar sus acciones.

-Modo medio: Esta función es al mismo tiempo activa y pasiva, es decir que la persona es simultáneamente sujeto y objeto. Todo el tiempo se encuentra realizando un intercambio entre sí mismo y el ambiente.

Las **resistencias** son aquellas que hacen que dentro del proceso terapéutico produzcan retrocesos, o resbalones; las resistencias actúan como reflejos de seguridad provisionales o mecanismos de defensa. Las principales resistencias son: confluencia, proyección, deflexión, introyección y retroflexión. La terapia ayuda a detectar las resistencias y a no romper el contacto consigo mismo debido a ellas.

La Gestalt ha tenido evoluciones desde sus inicios ya que en un principio se la pensaba solamente como una terapia individual, luego se comenzaron a realizar terapias en grupo demostrativas y más tarde estas terapias grupales se hicieron continuas. Hoy en día existen varias áreas no necesariamente terapéuticas en las que la Gestalt tiene aplicabilidad como en instituciones educativas, empresas, comunidades, etc.

2.4.3. Terapia transpersonal

La terapia transpersonal parte de los postulados de la psicología humanista y se desarrolla a finales de 1960, entre sus principales fundadores se encuentran Roberto Assagioli, Stanislav Grouf, Ken Wilber, Robert Walsh, Francés Vaughan, Maslow, entre otros.

La terapia transpersonal se basa en el hecho de ir *a través de lo personal, más allá* de la realidad, o de los procesos que los consultantes poseen, con el objetivo de llevarlos hacia un sentimiento de vivir una realidad con más sentido y de mayor significado de crecimiento personal, es decir se enfatiza en la búsqueda del sentido de la existencia.

(...) podemos entender que la psicología transpersonal y su psicoterapia pretende ayudar en el camino para que el individuo encuentre el sentido de su vida dentro del sentido de la vida (...) disciplina que investiga y aborda el acceso a la consciencia a fin de percibir y armonizar las sensaciones, los sentimientos, pensamientos, e intuiciones de cara a realizar las más altas potencialidades del ser⁸⁸

Es importante considerar que la terapia transpersonal es una terapia del ser y por tanto es abarcativa y se ha producido gracias a la evolución de la psicología, y a la necesidad social de búsqueda de alivio o curación del malestar de los pacientes respecto a su estar en el mundo.

⁸⁸ Almendro Manuel, (2004), *Psicología Transpersonal*, España, Ediciones Martínez Roca, pp.21

Almendro, autor del texto *Psicología Transpersonal*, refiere que esta terapéutica abarca otras disciplinas tales como la antropología, la medicina, y otras, con el fin de lograr una comprensión holística del consultante. La teoría tiene que ver con las interacciones que se producen entre la mente de las personas conjuntamente con su sentido de identidad y pertenencia a una instancia social.

El foco de interés de la terapéutica transpersonal se relaciona con la comprensión que el consultante puede hacer de su presencia en el mundo y el sentido que su vida tiene, siendo por tanto una terapia que busca lograr que el paciente, desde el aquí y el ahora, elabore el sentido de su existencia yendo más allá de la concepción del ser como unidad meramente biológica, sino comprendiéndolo como ser humano biológico, social y espiritual.

La meta de la terapéutica se apuntala hacia dos objetivos específicos: la experiencia cumbre y la autorrealización; la primera se refiere a que el sujeto esté en la capacidad de visualizar su proyecto de vida, descubrir sus potencialidades, y capacidades, esto para poder llegar al segundo objetivo: la autorrealización, que es cuando el sujeto puede ser dueño de sí mismo y alcanzar objetivos y metas que se proponga.⁸⁹

El objetivo de la terapia transpersonal sobrepasa lo que se acepta como normal, pretendiendo desarrollar la capacidad de asumir cada uno la responsabilidad de sí mismo al tiempo que experimentar o vivenciar una gama de emociones que le permite a la persona mantenerse desapegada del melodrama existencial⁹⁰

Para lograr esto, el terapeuta transpersonal debe cumplir con un perfil que le permita alcanzar los objetivos terapéuticos. Según el autor, este debe intentar conectar al paciente con los recursos que posee para lograr la curación, haciendo aflorar la sabiduría interna del consultante llevándolo a la autorrealización personal. En lo que respecta a las creencias que se manejan durante la terapia se toma de referencia las ideologías y valores del terapeuta los mismos que son sugeridos al consultante. Por su parte, el paciente determina el contenido que se va a trabajar en las terapias

⁸⁹ Cfr. Almendro Manuel, op. cit.

⁹⁰Ibid, pp.122

Los resultados de la terapia se evidencian si se encuentran encaminados a la “(...) compasión, la generosidad, la paz interior, la capacidad de amar y de relacionarse con el mundo y donde el paciente pueda ver la vida con una perspectiva diferente.”⁹¹

Para la terapia transpersonal el concepto de enfermedad y síntoma se produce cuando el sujeto no logra hallar un sentido a su existencia de conocer su posición en el mundo, por tanto, “(...) el síntoma deviene en la consecuencia de esto, que a veces desestabiliza. De ahí la necesidad de una psicoterapia que encauce el proceso a fin de que el paciente no sea anulado por terapias supresoras que identifiquen la búsqueda transpersonal como enfermedad mental”⁹²

Según Almendro, para enfrentar el síntoma de los consultantes, la terapia busca que estos se encuentren con el “ser”, siendo la psicoterapia una suerte de métodos de la vía interior del paciente que se relacionan con lo “transpersonal horizontal en relación los demás seres, y (...) lo transpersonal vertical con los diferentes niveles de realidad”⁹³ haciendo que el consultante logre un equilibrio entre su interactuar con el entorno en función de la realidad efectiva que se encuentre atravesando.

Para lograr sus objetivos, se respecto a temáticas tales como *experiencias cumbres* que tienen que ver con la relación existente entre el ser y la totalidad (nivel espiritual), así como con las *experiencias místicas y metafísicas*, desarrollando tres niveles de conciencia: **el nivel prepersonal**: cuando todavía el sujeto no tiene razón de su mente, el **nivel personal**: que alcanza el sujeto cuando ya puede reconocerse a sí mismo como ser pensante diferenciándose de otros, y el **nivel transpersonal**: que va más allá del ser, donde el sujeto logra desarrollar su lado espiritual trascendiendo en la identificación de su ser como mente y cuerpo, y logra un nivel ampliado de conciencia que le permite el crecimiento y desarrollo.

La metodología que la terapia utiliza depende del estilo del terapeuta, el mismo que debe considerar a la mente como multidimensional y efectuar su clínica en función de la totalidad de la mente del consultante, se puede utilizar recursos tales como *imaginación activa, la fantasía guiada basada en las técnicas de visualización, meditación, trabajo con los*

⁹¹ Almendro Manuel, Op. Cit. pp. 123.

⁹² Ibid, pp. 124

⁹³ Idem.

*sueños, técnicas de regresión hipnótica y respiración holotrópica*⁹⁴; cabe recalcar que esta terapia busca la salud integral de la persona, por lo tanto no pretende esbozar un modelo estandarizado de atención, toma en cuenta otras aproximaciones terapéuticas ya que las mismas pueden ser dirigidas hacia las necesidades que los consultantes presenten.

Para concluir concordamos con Laborda en su argumento:

La psicoterapia transpersonal se interesa en la salud psíquica de la persona íntegra, en una búsqueda espiritual, enfatizando el desarrollo armónico de la persona en su camino hacia la trascendencia. Este enfoque afirma el potencial curativo de las experiencias transpersonales e investiga los objetivos espirituales desde un punto de vista psicológico; de hecho la principal tarea de la psicoterapia consiste en el cuidado del alma.⁹⁵

De esta manera podemos apreciar que la psicoterapia transpersonal busca la salud integral, a fin de que la persona pueda desarrollarse armónicamente en su entorno y llegar a la trascendencia.

2.4.4. Psicodrama

El psicodrama es una forma de psicoterapia que nace gracias al rumano Jacob Levy Moreno, quien realiza grandes aportes a la psicología acuñando el término *psicoterapia de grupo*, la cual más tarde se verá influenciada por su autor con el llamado *teatro de improvisación*, que dio origen al Psicodrama. Es por este motivo que en un inicio el psicodrama se realizaba de forma grupal, el cual también era llamado *psicoterapia profunda de grupo*.

Adam Blatner, destacado exponente del psicodrama inicia su obra *Bases del psicodrama*⁹⁶ definiéndolo:

⁹⁴ Laborda Adriana, *La psicología Transpersonal*, en <http://areaspsicologia.wordpress.com/psicologia-vistranspersonal/> Acceso: el 1-12- 2010.

⁹⁵ Laborda Adriana, *La psicología Transpersonal*, en <http://areaspsicologia.wordpress.com/psicologia-vistranspersonal/> Acceso: el 1-12- 2010

⁹⁶Blatner Adam, *Bases del psicodrama*, Editorial Pax México, México, 2005.

El psicodrama es un método para explorar problemas psicológicos y sociales, animando a los participantes para que *actúen* en los eventos relevantes de sus vidas, en lugar de simplemente narrarlos. (...) Los problemas o situaciones que son explorados mediante la acción pueden ubicarse en el pasado -reciente o remoto-, presente o futuro. La dramatización debe plasmar no sólo la conducta externa, sino también y sobre todo los aspectos *psicológicos* de esos eventos, como ideas y sentimientos no verbalizados, encuentros con personas ausentes, representaciones de fantasías sobre las ideas y sentimientos de los demás, prefiguraciones de posibilidades futuras y otros, todos los cuales ofrecen medios para estudiar el problema.⁹⁷

El objetivo de este método psicoterapéutico, es que la persona que lo realiza desarrolle la capacidad de reflexionar a través de la liberación y la corrección. Lo que el psicodrama hace según Blatner es estudiar los problemas psicosociales, utilizando herramientas como la conducta y dramatización con las personas que participan de este.

Una sesión completa, dura alrededor de dos horas y se encuentra dividida en tres tiempos que son:

Caldeamiento o warming up: El psicodrama ha creado una serie de técnicas que se realizan en esta etapa, las mismas que ayudan a que los participantes se relajen y con esto lograr las condiciones apropiadas para comenzar con el proceso terapéutico. Esta etapa permite que surjan los papeles y los temas que son de interés dentro del grupo. Se logra una integración entre los miembros, cuando se permite que exista una comunicación en la cual puedan hablar de sí mismos y con esto lograr que dentro del grupo aflore espontáneamente un tema en común para trabajar en la sesión.

Dramatización o acción: Es el acto psicodramático en sí mismo, aquí es donde se ponen en práctica los métodos y las técnicas para realizar el proceso terapéutico. En esta etapa, se pone en acción las técnicas para resolver los conflictos presentados en la etapa anterior. Como nos menciona Jaime Rojas-Bermúdez, en la etapa de dramatización se logra:

- Observar *in vivo* y en el aquí y ahora toda la estructura del material a investigar *simultánea y no sucesivamente*;
- Estudiar sus psico y socio dinamismos;

⁹⁷Ibid, Pp. 1

- Transformar el material anecdótico en material presente y vivencial, que comprometa afectivamente a los participantes;
- Operar terapéuticamente en el <<aquí y ahora>>;
- Verificar las modificaciones ocurridas por la introducción de elementos terapéuticos y su estabilidad;
- Controlar la evolución del cuadro clínico a través de pruebas de realidad experimentales.⁹⁸

Comentarios o sharing: Después de terminar con la fase de dramatización, el director induce a los participantes a que compartan con los otros si alguna vez se ha encontrado en una situación similar a lo que presenciaron, las personas se dan un momento para compartir qué aspectos de su vida fueron recordados luego del psicodrama. Dentro de esta fase no se permite hacer comentarios acerca de la *dinámica psicológica*⁹⁹. Los yo-auxiliares, también pueden comentar cómo se sintieron o a qué les recordó la situación del psicodrama, ya que ellos debieron cumplir un rol determinado dentro de la escena.

En la sesión se crean personajes, los cuales son instrumentos fundamentales para las sesiones de psicodrama y son los siguientes:

- **Protagonista:** Ya que el psicodrama se encuentra basado en el teatro, se necesita de una persona que sea el foco de la escena, este papel lo toma la persona que desea resolver alguna situación que le causa problemas. En este caso, el protagonista no debe seguir un guión, sino que es tanto el que actúa como el autor de la obra a realizar. Debido a la situación especial, el protagonista puede decir todo lo que desee, sea esto cierto o inventado. Para el psicodrama toda producción dentro de escena es válida ya que “todo el material aportado es producto del protagonista.”¹⁰⁰. El papel del protagonista dentro de la sesión de psicodrama puede variar, éste puede actuar de varios personajes a la vez, abandonar el proceso, y también codirigir el psicodrama.
- **Director:** El director se refiere a la persona que tiene conocimientos acerca de psicodrama y dirige la escena, es decir es el terapeuta. El director guía a la sesión por sus diferentes etapas pero no la conduce; brinda las herramientas al protagonista para que éste sea capaz

⁹⁸ Rojas- Bermúdez Jaime, *teoría y técnica psicodramáticas*. Paidós, Barcelona, 1997. Pp.: 58

⁹⁹ Ref. Blatner Adam, *Bases del psicodrama*, Editorial Pax México, México, 2005. Pp.: 4

¹⁰⁰ Rojas- Bermúdez op. Cit. Pp.38

de encontrar sus propias conclusiones y producciones. El papel del director de psicodrama difiere con el director de teatro, ya que realiza un trabajo terapéutico y metodológico, y no se fija en lo estético de la sesión, sino en la producción del protagonista.

- **Escenario:** No se requiere necesariamente un escenario teatral como tal, según Blatner, hay que tomar en cuenta que sea un sitio especial del lugar donde se realiza el trabajo terapéutico, para que no se confunda con el lugar donde el grupo se dedica a interactuar. Moreno, el creador de esta técnica diseñó un escenario parecido a los de los teatros, pero con ciertas facilidades para la persona que cumple con el papel de protagonista, en donde sólo bastaba dar algunos pasos para poder realizar el psicodrama.
- **Yo-auxiliar:** El psicodrama introduce un elemento distinto al de otros métodos psicoterapéuticos que ayudan al director a conformar un equipo terapéutico el cual cumple distintos roles dentro de la sesión. Los yo-auxiliares realizan un papel complementario dentro de la escena, y ayudan al protagonista a cumplir con el trabajo terapéutico que se ha planteado representar. El estar con más personas actuando dentro del escenario, permitirá al protagonista experimentar con mayor grado de realismo la escena y podrá hacerlo más espontáneamente. Generalmente las personas que realizan este trabajo son preparadas profesionalmente para el cometido y se basa principalmente en el juego de roles, representando a personajes, creando el clima emocional apropiado para cumplir con los objetivos del trabajo y formar una conexión del protagonista con el director y viceversa.
- **Audiencia:** La audiencia se conforma por las personas que están dentro de la sesión, pero no realizan el papel ni de director, ni de protagonista, ni de yo-auxiliar. Existe la audiencia, ya que por lo general una sesión de psicodrama se efectúa con varias personas, más o menos de 6 a 20. La audiencia presencia el psicodrama, y al final de la sesión expresa sus pensamientos y comentarios acerca de lo sucedido dentro de la dramatización. El hecho de que exista audiencia es enriquecedor para el protagonista, ya que debe de cierto modo enfrentarse con la sociedad la cual juzgará desde diversas perspectivas lo que pase dentro de la escena.

El psicodrama utiliza varias técnicas para que el protagonista sea capaz de desarrollarse óptimamente dentro de la sesión, éstas se dividen en *técnicas básicas*, las más utilizadas son: los **soliloquios** en los cuales el protagonista hace una pausa en la dramatización para expresar sus sentimientos en ese momento; el **espejo** el cual se utiliza cuando el protagonista demuestra algo diferente a lo que él cree estar representando, entonces uno de los yo-auxiliares, imitan dentro o fuera de la etapa de dramatización lo que realiza el protagonista.

También se utiliza la técnica **doble** cuando el protagonista presenta dificultades en expresar sus pensamientos o emociones, entonces un de los yo-auxiliares se pone alado del protagonista y empieza a incorporar elementos importantes que están presentes en el sujeto pero no los puede exteriorizar. La técnica cumple con su cometido cuando el protagonista puede reconocer como propio lo que intenta expresar el yo-auxiliar.

El **intercambio de roles** es una técnica en donde el protagonista interpreta el papel del yo-auxiliar y viceversa, esto permite a los participantes desarrollar con más facilidad sus papeles originales, ya que deben volver a ellos dentro de la dramatización. En la **interpolación de resistencias**, el director cambia la escena, las características de ésta, o los roles planteados por el protagonista, con el objetivo de que el psicodrama sea más espontáneo y revelador. La **construcción de imágenes** permite al protagonista plasmar en escena su producción interna, se logra través de pedirle que “(...) construya una figura (con personas u objetos) que lo represente, cuidando de que él no se incluya en la producción.”¹⁰¹

El psicodrama también utiliza *técnicas psicodramáticas complejas*, las cuales se encuentran conformadas o contienen a las anteriormente descritas *técnicas psicodramáticas simples*. Las más utilizadas incluyen la roda viva, la galería de espejos, la silla vacía, situaciones intermediarias, escenas intermediarias, técnicas de auto presentación, concretizadores y objetivado res terapéuticos.

La técnica puede ser utilizada tanto individualmente como en grupo; también existe el denominado psicodrama público. Las características de la sesión se adecuarán para cada situación.

¹⁰¹ Rojas- Bermúdez Jaime, op. Cit. Pp. 147

2.5. Terapias integrativas y holísticas

2.5.1. Terapia Integrativa

La psicoterapia integrativa se forma gracias a los aportes de la evolución, y la psicología transpersonal, partiendo del supuesto que el individuo es un ser holístico que se encuentra en constante cambio y desarrollo, razón por la cual merece una intervención que se ajuste a sus necesidades. “Inicialmente fue desarrollada por Richard G. Erskine, Rebecca Trautmann y Janet Moursund en el Institute for Integrative Psychotherapy en New York City”¹⁰².

La terapia integrativa debe su nombre a dos motivos, primero a que la práctica clínica logra integrar y armonizar aspectos de la personalidad. Segundo, integra también diversos modelos de psicoterapia que dentro de la teoría se complementan entre sí para un abordaje holístico e integral con el paciente.

La terapia integrativa como su nombre lo indica, integra técnicas de otras escuelas y enfoques psicológicos, tales como el Conductismo, Humanismo, la Gestalt, la Transpersonal, enfoque psicodinámico, psicoterapias comportamentales, etc. Las mismas que pretenden a través del trabajo con los pacientes entender la conducta y al integrarse brindar a cada consultante la posibilidad de adaptar la terapia a sus necesidades específicas.

Según nuestra idea cada ser humano requiere algo específico y nosotros tenemos la posibilidad con el Integrativo de atender a las personas fijando nuestra atención en lo que esa persona requiere. El modelo Integrativo nos permite tener una visión global de la problemática de la persona y dependiendo de sus requerimientos y sus necesidades se define que vamos a hacer, sea asesoramiento o sea psicoterapia. (Entrevista 007)

¹⁰² Apphat.org, Psicoterapia integrativa- Definición En: <http://www.apphat.org/os/PIDefinicion.htm> Acceso: 02-05-2011

El concepto de enfermedad que se maneja dentro de la terapia integrativa no se atribuye a instancias aisladas del ser sino que se las considera ubicadas en la totalidad del mismo.

La terapia integrativa toma en cuenta los aspectos socioambientales, conductuales, fisiológicos y emocionales de cada paciente, los mismos que se encuentran evidenciados en diferentes planos de la personalidad, y están en constante evolución y cambio, razón por la cual establece la necesidad de complementar el trabajo clínico con los pacientes utilizando técnicas de diversas escuelas psicológicas para una intervención integral.

Lo que se busca es unificar de forma holística al individuo y sus necesidades, a fin de satisfacer apropiadamente los requerimientos del consultante, trabajando desde lo afectivo, conductual, cognitivo, espiritual y fisiológico.

El objetivo terapéutico es integrar la personalidad facilitando la calidad del ser y el funcionar de la persona en lo intrapsíquico dirigiéndose hacia los propios límites personales y permitiendo al consultante una adaptación hacia las limitaciones que el medio ofrece:

(...) tomar aspectos de los que se reniega, de los que no se es consciente o aspectos sin resolver y hacerlos parte de una personalidad cohesionada, reduciendo el uso de mecanismos de defensa que inhiben la espontaneidad y limitan la flexibilidad en la resolución de problemas, en el mantenimiento de la salud, y en el relacionarse con la gente, para reconectar con el mundo con un contacto pleno.¹⁰³

A través de la integración de la personalidad, los consultantes pueden enfrentar su realidad efectiva con mente amplia, de forma espontánea, autónoma, respetando y valorando sus creencias y opiniones.

Otro punto teórico a considerar de esta terapéutica, es que se busca integrar los sistemas del individuo a nivel cognitivo, comportamental, fisiológico, y afectivo para lograr

¹⁰³ Instituto de Psicoterapia Integrativa, *¿Qué es la psicoterapia Integrativa?* En: <http://www.integrativetherapy.com/es/integrative-psychotherapy.php> Acceso: el 11-12-2010

un desarrollo humano en cada situación de la vida cotidiana del paciente, todo esto para que él pueda satisfacer necesidades y responder a etapas de crisis generando habilidades de aprendizaje y adaptación.

Para lograr sus objetivos, los terapeutas deben buscar permanentemente una formación holística en lo que respecta a psicoterapia, estando al día en los avances científicos de las terapéuticas antes mencionadas, para que su formación teórica no quede estancada. Por otro lado si uno de los objetivos de la terapia consiste en integrar al consultante, el terapeuta debe buscar esta integración para sí mismo y crecer a nivel personal día a día.

La metodología utilizada garantiza la posibilidad de integrar diferentes enfoques psicológicos para cada paciente, los mismos que serán evaluados en función de las necesidades del consultante de acuerdo a la etapa de la vida que se encuentre atravesando y el conflicto, situación o problema a tratar. Se analizan las dificultades que no permiten el crecimiento personal del paciente para ayudarlo con la técnica o herramienta que mejor se adapte a sus necesidades.

Trascendiendo las diferencias lingüísticas y conceptuales de las distintas escuelas, permite utilizar las técnicas más adecuadas en cada caso, sin que la adscripción a una u otra escuela sea un obstáculo para ello.¹⁰⁴

Además de las técnicas que se utilizan en el trabajo práctico, es importante para la terapia integrativa tomar en cuenta algunos aspectos que se presentan dentro de las sesiones que son los signos verbales y no verbales que presenta el consultante, la congruencia con su parte interna que el paciente va adquiriendo a través del proceso y la presencia del terapeuta a lo largo del trabajo clínico.¹⁰⁵

Para concluir, queremos mencionar que la psicología integrativa considera al ser humano como un ser indivisible que debe tratarse en función de la totalidad, y que el concepto

¹⁰⁴ Zamora María, *Enfoque Integrativo* En: http://www.antarayame.com/presentacion/enfoque_integrativo.htm
Acceso: el 11-12- 2010

¹⁰⁵ Cfr. Apphat.org, Psicoterapia integrativa- Definición En: <http://www.apphat.org/os/PIDefinicion.htm> Acceso: 02-05-2011

de malestar, síntoma y enfermedad no se atribuye a un área específica, sino que se encuentra en la totalidad del mismo, de ahí la importancia de intervenir integralmente utilizando las técnicas que brinden más apoyo a cada caso y logre el bienestar del consultante en todas las áreas en que éste se desarrolla y desenvuelve.

2.6. Terapia sistémica

La terapia sistémica debe sus orígenes a la terapia familiar, se desarrolla en la década del 50 y se fundamenta gracias a las aportaciones epistemológicas de algunas escuelas del conocimiento, entre ellas, la Teoría General de los Sistemas, proveniente de la Biología, la Teoría de la Comunicación proveniente de la Lingüística, y la Teoría de la Cibernética que proviene de la Física. Los principales autores que dieron origen a esta teoría son Bertalanffy, Bateson, Wiener, Heissemberg, Watzlawick, entre otros.

La teoría General de los Sistemas refiere que un sistema es más que la suma de las partes, es el conjunto de elementos que interactúan de forma dinámica entre sí, donde cada elemento se determina debido al producto de la interacción que los otros elementos mantienen. De esta forma, los sistemas pueden ser cerrados o abiertos en función de la información que los elementos otorgan a su entorno. Toda interacción entre un miembro y el sistema ejerce una influencia produciendo un efecto en la totalidad, así, si un elemento cambia o se modifica producirá cambios en el sistema y viceversa.

Por su parte la Cibernética, en tanto disciplina que estudia las “analogías entre los sistemas de control y comunicación de los seres vivos y de las máquinas”¹⁰⁶ aporta a la formación sistémica en tanto argumenta que toda conducta de un elemento del sistema es información para los demás, término que se conoce como “Feedback” o retroalimentación, tomando en cuenta este concepto, plantea que puede haber retroalimentación que favorezca o perjudique al sistema, y es esta información retroalimentadora la que permite mantener el equilibrio dentro del sistema.

¹⁰⁶ Diccionario de la Real Academia de la Lengua, *Cibernética* En: <http://www.rae.es/rae.html> Acceso: el 12-11-2010

La Teoría de la Comunicación aporta a la escuela sistémica en tanto presenta los *axiomas de la comunicación*, los mismos que son enunciados básicos que se establecen sin necesidad de ser demostrados. Uno de los más representativos “es imposible no comunicar”, argumenta que toda conducta es comunicación y se encuentra dirigida hacia otro, es decir, todo elemento de un sistema comunica ya sea con su lenguaje verbal o con su comportamiento, y esta comunicación ejerce una influencia sobre el sistema. Es importante considerar que de acuerdo a la teoría existen dos niveles para comunicar, el nivel digital (símbolos lingüísticos o escritos) y el nivel analógico (conducta no verbal), los mismos que determinan la comunicación y relación existente entre miembros o elementos.¹⁰⁷

La teoría Sistémica parte del supuesto que todo organismo es un sistema, y donde éste se entiende como “un orden dinámico de partes y procesos de interacción mutua.”¹⁰⁸, así los procesos psíquicos, de manera similar, tienen las propiedades de un sistema, es decir, son un conjunto de elementos que se relacionan entre sí. Para ésta terapéutica, cada individuo es un sistema y se encuentra dentro otro (cultura) del cual recibe y ejerce influencia de acuerdo a la interacción que mantenga con el mismo. Así se concibe al individuo, como un ser que se encuentra en constante relación con el sistema.

El concepto de enfermedad tiene que ver con la perturbación de las funciones del sistema del individuo, dentro de la terapéutica no se consideran síndromes o signos aislados “la psicopatología muestra la disfunción mental como perturbación global antes que como pérdida de funciones sueltas”¹⁰⁹. Por lo tanto, el terapeuta debe entender el sistema en que se encuentra el conflicto y aproximar al consultante a la búsqueda de cambio. El proceso terapéutico intenta disminuir el sufrimiento del consultante, analizando los aspectos del problema en el que se encuentra, estableciendo las pautas mediante las cuales se elaborará la terapia respetando la autonomía del consultado.¹¹⁰

El sistema terapéutico se establece en la relación existente entre el o los consultantes y el terapeuta, permitiendo de esta forma que la terapia se efectúe, entendiéndose tanto paciente

¹⁰⁷ Cfr. Soto J, *Terapia Sistémica*, en: www.terapiabreve.net/terapia-sistemica.htm Acceso: el 12 -11-2010.

¹⁰⁸ Bertalanffy, L, (1986) *Teoría General de los Sistemas*, México, Fondo de Cultura Económica, pp. 218

¹⁰⁹ Ídem

¹¹⁰ Cfr. Kurt Ludewig, (1998), *Terapia Sistémica: Bases Teóricas y prácticas clínicas*, Barcelona, Editorial Herder, pp.161

como terapeuta parte de un sistema, donde cada individuo es “(...) un sistema resultante de la interacción de elementos biológicos, psicológicos, sociales, culturales, y espirituales.”¹¹¹ Es decir no se puede concebir la terapéutica fuera de la relación paciente-terapeuta como parte de un todo. El terapeuta busca establecer estrategias para su paciente, en función de objetivos que se basan en el contexto social de los consultantes. La terapia busca, ayudar a las personas a superar crisis que se producen en determinadas etapas de la vida tales como las que refiere Cloé Madanes, en su texto, *Terapia familiar estratégica*:

1) período de noviazgo; 2) primeras etapas del matrimonio; 3) nacimiento de los hijos; 4) período intermedio del matrimonio; 5) destete de los padres respecto de sus hijos; 6) retiro de la vida activa y vejez¹¹²

Es importante considerar que la terapéutica se enfoca desde el presente del individuo, sin indagar demasiado a fondo experiencias del pasado, buscando el crecimiento y desarrollo de los consultantes.

Debido al bagaje teórico, la terapia puede alcanzar sus objetivos terapéuticos tanto en terapia individual, de pareja, grupal o familiar. Durante el proceso, el terapeuta puede utilizar recursos de apoyo tales como un grupo de profesionales que se encuentren en la cámara de Gesell que supervisen y/o analicen el caso. Para esto, el paciente será previamente informado. La terapia sistémica, propone establecer aproximadamente 45 minutos en atención individual, hora y media en terapia de pareja y dos horas en terapia familiar o grupal. En cuanto a la duración del proceso dependerá del contrato terapéutico que se establezca, siendo éste cerrado donde se encuentran determinados el número de sesiones de trabajo, o abierto, donde el número de sesiones dependerán de cómo se efectúe el proceso. En lo que respecta a la cobranza de las sesiones tendrá que ver con el acuerdo al que hayan llegado el terapeuta y los consultantes. Cabe mencionar que tanto la frecuencia de las sesiones, costo, tipo de sesión

¹¹¹ Ortiz D, (2008), *La terapia familiar sistémica*, Quito, Ediciones Abya- Yala, pp. 64

¹¹² Madanes Cloé, (2001), *Terapia Familiar Estratégica*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, pp. 37

(individual, pareja, familiar) etc, dependerá de la realidad de cada consultante facilitándole así la atención.¹¹³

Es una intervención muy buena porque se abordan distintos aspectos de la vida de la persona, se puede trabajar con toda la familia, en forma individual, en pareja igualmente se puede trabajar con todas las edades, niños, adolescentes, adultos, tercera edad, abarca un amplio espectro. (Entrevista 008)

Para concluir, hemos abordado la terapia sistémica desde las aportaciones teóricas con las cuales se fueron fundamentando, los conceptos que maneja, y el proceso metodológico que utiliza para tratar a los pacientes. Entendiéndola como un enfoque que trabaja en la búsqueda del bienestar del individuo tomando en cuenta el presente de su realidad y proyectándose a mejorar las relaciones que establece con su entorno.

2.7. Terapia Breve Estratégica

El verdadero viaje de descubrimiento no consiste en buscar nuevas tierras sino en tener nuevos ojos¹¹⁴

La terapia breve estratégica tiene como objetivo resolver conflictos por medio de intervenciones breves y precisas, con el fin de encontrar el bienestar del cliente tanto en su relación consigo mismo como con las personas que lo rodean.¹¹⁵

La terapéutica, encuentra como base a las corrientes estratégicas y sistémicas, busca brindar al consultante una atención orientada desde objetivos a fin de eliminar síntomas y resolver problemas que el paciente trae a la consulta. Por su sustento teórico va más allá de

¹¹³ Cfr. Ortiz D, op. Cit. Pp. 176

¹¹⁴ Watzlawick y Nardone, (2000), *Terapia Breve Estratégica*, Barcelona, Editorial Paidós, Ibérica, pp8.

¹¹⁵ Cfr. Institutgestalt, *El enfoque estratégico*. En:

http://www.terapiaestrategica.es/formacion/docs/programa_formacion_2010_2011.pdf. Acceso: 15-03-2011

una terapia sintomática o de modificación de conducta, sino que tiene que ver más con “la reestructuración modificada de los modos de percepción de la realidad y de las consiguientes reacciones del paciente”¹¹⁶ Así, no se pretende cambiar la realidad efectiva que el paciente se encuentre viviendo, sino más bien modificar la manera con la que éste mira a su entorno y las situaciones conflictivas que se producen en la interacción que tiene con su medio circundante.

Para esto, es de interés en la terapia, analizar las relaciones que el sujeto mantiene con el ambiente, consigo mismo y con terceras personas, así como la forma en la que éste reacciona a los problemas y la capacidad que tiene para afrontarlos o manejarlos.

El enfoque breve estratégico analiza de qué manera se puede cambiar el conflicto o situación problema de la manera más eficaz y efectiva.

Se busca mediante la intervención terapéutica, lograr una reducción de los síntomas que el paciente manifiesta e ir logrando cambios progresivos positivos en su autopercepción y la de su entorno. La psicoterapia se guía para lograr una reestructuración de la manera en la que el paciente percibe el mundo que le rodea, y busca crear una nueva realidad psíquica.

Mediante el uso de la lógica estratégica, esta terapéutica se constituye siempre en función de objetivos, los cuales tienen la función de desarrollar habilidades y competencias en el cliente, que hay que alcanzar en lugar de tratar de defender una teoría específica en la práctica. Se encuentra en el orden de la terapia breve, en razón de los límites temporales y se define como un modo de resolver problemas humanos.

Otro objetivo de la terapia es ayudar a los pacientes a hacer algo diferente, y producir cambios en el comportamiento que presentan en la interacción con terceras personas, y la interpretación que le otorgan a dichas conductas, a fin de lograr adaptaciones y modificaciones para otorgarles bienestar. Por otro lado es importante recalcar que se busca que el consultante encuentre pensamientos positivos y de ventaja respecto al trastorno, conflicto o problema que se encuentre atravesando.

Respecto a la manera en la que se conduce la terapia, variará de acuerdo al estilo personal de cada interventor, sin embargo se siguen algunas líneas directrices tales como en

¹¹⁶ Watzlawick y Nardone. Op. Cit. pp. 18

las primeras intervenciones acordar con el paciente los objetivos de la terapia para que esta no se vuelva sintomática, elaborar un diagnóstico y un plan de intervención estructurado en función de hipótesis, y aplicar estrategias funcionales para la resolución de los problemas que el consultante se encuentra atravesando.

La terapia se efectúa a manera de una conversación guiada por los objetivos previamente planteados por el terapeuta, estos buscan crear nuevos significados que puedan ejercer algún efecto sobre las cogniciones del paciente, y lograr cambios de comportamiento que le otorguen bienestar y disminuyan el sufrimiento.

En la práctica tiende a ser del tipo directivo donde el terapeuta estructura la sesión, y la conduce mediante preguntas y tareas prácticas que el paciente debe realizar para aprender a mirar la realidad de manera diferente y adquirir nuevos comportamientos. El trabajo que el terapeuta debe realizar, es tratar de que sus intervenciones motiven al consultante a pasar del estado del problema, síntoma o angustia, a un estado donde prime el bienestar. Este enfoque busca crear condiciones donde el paciente pueda aprender algo diferente y sea capaz de disminuir su sufrimiento.

El método de la terapia como tal se estructura en tres fases

1. Estudiar las características específicas de un problema o de una clase de problemas.
2. Observar los intentos de solución realizados para resolverlos.
3. Cambiar las soluciones no funcionales que en lugar de resolver el problema, lo alimentaban por otras que, como se han demostrado experimentalmente, pueden producir los efectos deseados.¹¹⁷

Todo esto a fin de realizar intervenciones que sean prácticas y respondan a los objetivos de la terapia.

Dentro del proceso psicoterapéutico, se designan “tareas” al cliente, que tengan que ver con la eliminación del síntoma, una vez logrado esto, la terapia se centra trabajar acerca de la personalidad del cliente.

¹¹⁷ Watzlawick y Nardone, op. Cit. pp. 212

El enfoque prioriza en el cliente la búsqueda de la ética y la espiritualidad, esto se logra dentro del espacio terapéutico, salvaguardando a los derechos humanos y sobre todo orientando al cliente y a su medio circundante a que sus acciones siempre se encuentren basadas con lo que es correcto moral y éticamente.¹¹⁸ Se introduce al cliente a la espiritualidad a través de metáforas sobre todo con el humor, apelando siempre a la persona a verse como unidad, a motivarla reparar daños y a la compasión.

Concluyendo, la terapia breve estratégica, es una “escuela de pensamiento” en la cual se trabaja sobre todo en la visión que el cliente tiene acerca de la realidad, tomando en cuenta siempre que ésta puede cambiar de acuerdo con la relación que se tenga con ella; es decir que cada individuo crea su propia realidad. Basándose en este postulado la terapia tomará su rumbo de acuerdo a cómo el individuo reaccione frente a la realidad que ha creado a través de objetivos que se trazan con respecto a un plan breve y efectivo.

A lo largo de este capítulo hemos abordado sucintamente los enfoques psicoterapéuticos considerados por la American Psychological Association incluyendo otros que se utilizan dentro del campo de investigación al cual nos referiremos en los capítulos siguientes. Es importante considerar que el recorrido teórico realizado hasta el momento ha incluye las puntuaciones más pertinentes de cada enfoque tomando en cuenta los conceptos primordiales que los fundamentan, los principales autores y la metodología de trabajo de acuerdo a los objetivos terapéuticos que cada corriente maneja. Fue necesario realizar el recorrido teórico planteado hasta el momento para acercarnos a la investigación de campo, y entender de mejor manera la aplicabilidad de la misma en cada caso.

A continuación presentamos los resultados obtenidos y el proceso de investigación.

¹¹⁸ Watzlawick y Nardone, op. Cit. pp. 207

CAPITULO III: Los centros psicológicos

3.1. Psicoterapias en los centros universitarias de atención psicológica de Quito.

Para el siguiente estudio hemos tomado en cuenta los Centros Psicológicos de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE), Universidad Central del Ecuador (UCE), Universidad de las Américas (UDLA) y Universidad Politécnica Salesiana (UPS), debido a que estas universidades poseen en sus instalaciones centros psicológicos para la comunidad intra y/o extra universitaria, además de encontrarse en el perímetro urbano, lugar en donde se ha delimitado el campo de estudio. A continuación describiremos brevemente los servicios y la atención que al momento de la investigación cada uno de los centros brinda en el área clínica.

3.1.1. Pontificia Universidad Católica del Ecuador

El Centro de Psicología aplicada de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, se encuentra ubicado en las instalaciones de la universidad en la Av. 12 de Octubre y Ladrón de Guevara esquina, cuenta con 4 profesionales de planta los mismos que atienden a la población intra-universitaria y en algunos casos a la población extra universitaria, ya que esta última, es atendida por los practicantes de la carrera de psicología del último año. Los horarios de atención del centro son de lunes a viernes de 9:00 a 13:00 y de 14:00 a 18:00 previa cita al número 2991700 ext. 1641. El precio de las sesiones se determina de acuerdo al paciente, en función de una tabla de costos, siendo estos asequibles al público.

Consta de 11 consultorios donde los pacientes pueden ser atendidos simultáneamente por profesionales y practicantes. En las instalaciones se encuentran dos salas de juego para el trabajo con niños, una cámara de Gesell para el trabajo interdisciplinario, talleres y

análisis de casos. En el área clínica el centro de Psicología aplicada, ofrece los servicios de psicodiagnóstico individual, asesoramiento, peritajes psicológicos, psicoterapia individual, de pareja y vincular, acompañamiento psicoterapéutico en problemáticas específicas, consultoría clínica, intervención en crisis.

El número de sesiones varía de acuerdo al servicio requerido siendo la psicoterapia trabajada por los practicantes finalizada en un promedio de 8 a 12 sesiones, y la terapia realizada por los profesionales de corto, mediano, o largo plazo dependiendo el caso trabajado.

Actualmente, las psicoterapias que se trabajan en el ámbito profesional clínico en el Centro de Psicología Aplicada son: Análisis Aperceptivo, Terapia Breve Estratégica, y Terapias relacionadas con la orientación psicoanalítica.

3.1.2. Universidad Central del Ecuador

La Universidad Central del Ecuador cuenta con dos consultorios psicológicos en las instalaciones de la facultad de Ciencias Psicológicas, los mismos que atienden de lunes a viernes en horarios de la mañana (8:00-13:00) los consultorios se encuentran abiertos a la población intra y extra universitaria. Se ofrecen los servicios de evaluaciones psicológicas, psicoterapia individual, de pareja y familiar, (en las cuales se tratan problemas emocionales, trastornos psicósomáticos, problemas conductuales, problemas sexuales, problemas que influyen en el rendimiento académico, desarrollo personal, entre otros.) peritaje psicológico, asesoramiento, intervención en crisis. Las atenciones se realizan previa cita al teléfono 238652. El número de sesiones varía de acuerdo a cada caso, y al estilo de cada terapeuta.

Existen tarifas diferenciadas para los pacientes dependiendo si pertenecen o no a la universidad, los estudiantes pueden llegar incluso a ser exonerados del valor, previa petición del mismo y haber llegado a un acuerdo con el terapeuta.

Las psicoterapias que se ofrecen en los consultorios responden al enfoque Integrativo, y al Cognitivo Conductual.

3.1.3. Universidad de las Américas

La Universidad de las Américas ofrece a sus estudiantes, un área de apoyo psicológico, asesoría vocacional en lo que concierne al reconocimiento de intereses y aptitudes a fin de que los y las estudiantes logren identificar destrezas y debilidades. De esta manera el consultorio psicológico atiende a los estudiantes considerando su vida afectiva, social y académica.

En el campus universitario existe un consultorio psicológico el cual cuenta con un profesional de planta destinado para el trabajo, en este se ofrece principalmente el servicio de orientación vocacional y apoyo psicológico que se encuentra disponible para todos los estudiantes de la universidad que lo requieran. En el espacio se realizan intervenciones breves que tienen que ver con lo mencionado anteriormente mas no realiza psicoterapia. El servicio no tiene ningún valor para los estudiantes y pueden ser atendidos de lunes a viernes de 8:00 a 17:30 de acuerdo a horarios de disponibilidad. Los teléfonos de contacto son 3981000 o 3970000 ext. 242.¹¹⁹

Este consultorio se encuentra habilitado para trabajar con las actividades que le conciernen para realizar una intervención a la vez.

3.1.4. Universidad Politécnica Salesiana

El Centro Psicológico Salesiano “Emilio Gambirasio” de la universidad Politécnica Salesiana y se encuentra ubicado en la avenida 12 de Octubre y Wilson, bajos edificios

¹¹⁹ Para más información visitar <http://www.udla.edu.ec/bienestar-estudiantil/formaci%C3%B3n/apoyo-psicol%C3%B3gico-y-orientaci%C3%B3n-vocacional.aspx>

ABYA YALA. La atención es brindada de lunes a viernes de 9:00 a 13:00 y de 14:30 a 18:30 y los días sábados de 9:00 a 13:00 previa cita al teléfono 3962880. Los servicios que el centro ofrece en el área clínica son: diagnósticos psicológicos, terapia psicomotriz, profilaxis del parto, psicoterapia individual de parejas, familiar y grupal, procesos psicológicos para los estudiantes de psicología, asesoramiento psicológico, capacitación, talleres.

Cuenta con 6 consultorios, una sala de terapia de juego, una sala de capacitación y una cámara de Gesell. La atención es dirigida para el público de la comunidad universitaria y para personas fuera de esta que requieran el servicio. El valor de las consultas se establece de acuerdo al servicio psicoterapéutico que se requiera siendo los estudiantes y personal de la universidad quienes reciben un descuento por la atención.

Actualmente las psicoterapias que se trabajan en el centro parten de los enfoques Humanista, Gestalt, Psicodrama, y Sistémico.

3.2. Enfoques terapéuticos aplicados a la realidad del centro y la población

3.2.1. Pontificia Universidad Católica del Ecuador

El Centro de Psicología Aplicada trabaja con diversos enfoques psicoterapéuticos en tratamientos de una duración máxima de 4 semestres universitarios, los mismos que abordan las demandas recibidas por los pacientes intra y extrauniversitarios. En el caso de pacientes atendidos por practicantes de la universidad, el período de tratamiento oscila entre 8 a 12 sesiones dependiendo el caso.

En lo que respecta a las terapias con orientación psicoanalítica, se trabaja a través de la escucha analítica, con el fin de posicionar al discurso del paciente en un orden diferente al habitual, a fin de lograr mediante el análisis que el paciente se cuestione sobre sus propias

experiencias, y se responsabilice de sus deseos, acciones, síntomas. La clínica se apoya en la base del trabajo teórico y el estudio psicoanalítico.

El trabajo práctico utiliza herramientas desde el psicoanálisis particularizando todos los casos a fin de no adaptar diversas terapias a cada paciente.

De acuerdo al enfoque de la terapia breve estratégica se busca ayudar a resolver el malestar de los pacientes desde el aquí y el ahora, es decir, no se ahonda en las causas que lo provocaron. La técnica se utiliza en todos los casos que se receptan a excepción de aquellos que ameriten intervención en crisis o asesoramiento. El número de sesiones dependerá de cada caso, pero se encuentra abierta la posibilidad de más de una sesión por semana.

El Análisis Aperceptivo responde al tipo de entrevista adleriana, es decir que se basa en la psicología individual, y busca fomentar el sentimiento de valoración en sí mismo, el sentimiento comunitario, la seguridad personal, un buen grado de autonomía, venciendo la dependencia familiar. El Análisis Aperceptivo es aplicado a todos los casos.

De acuerdo a la investigación y a la muestra obtenida de los pacientes del Centro de Psicología aplicada, se determina que el 93% de los mismos reciben terapia individual y el 7% terapia de pareja. Los mismos que corresponden a 67% de mujeres y 33% de hombres, siendo la edad promedio de 21 años. Demostrando que las demandas reales del centro provienen de una población adulta-joven en su mayoría, la misma que busca ser satisfecha en el requerimiento de sus necesidades. Para esto el centro habilita sus servicios en pro de atender las demandas presentadas para el público que la requiere.

El 65% de los pacientes encuestados sugieren que deberían existir otras opciones de terapia para mejorar el servicio que el centro ofrece. El 35% restante de los encuestados están de acuerdo con las terapias que en la realidad actual se manejan dentro del centro para el servicio de la población que atiende.

3.2.2. Universidad Central del Ecuador

Los enfoques terapéuticos que se manejan en el trabajo clínico dentro de los consultorios psicológicos de la Universidad Central del Ecuador son el enfoque Cognitivo-Conductual, y la Terapia Integrativa. La terapia se aplica tomando en cuenta la demanda de la persona, su coeficiente intelectual y la problemática que presente en la entrevista, es decir que el servicio varía de acuerdo a cada paciente debido a que algunas personas van solamente para asesoramiento psicológico, y otras por orientación en situaciones muy puntuales.

La terapia cognitivo conductual busca mediante entrevistas, pruebas psicológicas llegar a un diagnóstico como punto de partida y así efectuar un plan de tratamiento.

El enfoque integrativo por su lado, busca que los pacientes tengan un buen nivel de desarrollo personal el cual permite tener una visión global de la problemática de la persona y dependerá de sus requerimientos y necesidades el trabajo a realizar dentro de la terapia o el asesoramiento.

En lo que respecta a la dinámica que se da dentro de los consultorios, es importante tomar en cuenta que se percibe cierto malestar debido a que en el momento en que se inicia el periodo de toma de pruebas de ingreso, los procesos psicoterapéuticos se suspenden hasta que las evaluaciones de ingreso hayan finalizado.

De acuerdo a la investigación y a la muestra obtenida de los pacientes de los Consultorios Psicológicos, se determina que el 88% de los mismos reciben terapia individual, el 8% asesoramiento psicológico y el 4% terapia de pareja. Estos valores corresponden a 50% de mujeres y 50% de hombres, siendo la edad promedio de 26 años. Demostrando que las demandas del centro provienen de una población adulta-joven en su mayoría, la misma que busca ser satisfecha en el requerimiento de sus necesidades. Para esto el centro habilita sus servicios en pro de atender las demandas presentadas para el público que la requiere.

El 42% de los pacientes encuestados sugieren que deberían existir otras opciones de terapia para mejorar el servicio que el centro ofrece. El 58% restante de los encuestados están de acuerdo con las terapias que en la realidad actual se manejan dentro del centro para el servicio de la población que atiende. Además 38% los encuestados sugiere que existan más opciones de horarios en los cuales puedan asistir.

3.2.3. Universidad de las Américas

El consultorio psicológico de la Universidad de las Américas no realiza psicoterapia. Dentro del espacio se trabaja en apoyo psicológico en situaciones específicas que atraviesan los estudiantes y que afectan su rendimiento académico y también se realiza un seguimiento con los estudiantes que han presentado algún tipo de dificultad académica.

Este espacio también asesora a los estudiantes que no están conformes con la elección profesional dentro del campus con el objetivo de orientarlos hacia una carrera más afín a sus intereses y aptitudes. Cabe recalcar que las intervenciones psicológicas que se ofrecen llegan a durar máximo 2 sesiones.

3.2.4. Universidad Politécnica Salesiana

Actualmente el centro Psicológico de la Universidad Salesiana se maneja con dos enfoques: el Humanista y el Sistémico. El primero, orientado por el método fenomenológico donde el psicoterapeuta trata de formar con el paciente una unidad experiencial donde los dos sean actores del proceso. El proceso de psicoterapia no es directivo y no se realiza evaluaciones para poder elaborar el plan terapéutico sino que es en el curso del tratamiento donde se determinan los objetivos a cumplir. Dentro del enfoque Humanista se aplican psicoterapia de la Gestalt y el Psicodrama.

El enfoque sistémico, consiste en trabajar sobre las relaciones humanas, siendo una intervención que permite abordar distintos aspectos de la vida de la persona, donde es posible trabajar con toda la familia, en pareja, de forma individual, a la par que permite trabajar con cualquier grupo poblacional (niños, adolescentes, adultos, tercera edad).

De acuerdo a la investigación y a la muestra obtenida de los pacientes del Centro Psicológico Salesiano Emilio Gambirasio, se determina que el 77% de los mismos reciben terapia individual, el 10% terapia de pareja, 10% terapia familiar y 3% realizan talleres dentro de la institución (Cabe recalcar que algunos de los encuestados utilizan más de un tipo de servicio brindado por el centro, por lo cual el valor porcentual es de más del 100%). La muestra manifiesta que el 57% de los encuestados son mujeres y el 43% hombres, siendo la edad promedio de 26 años. Demostrando que las demandas reales del centro provienen de una población adulta-joven en su mayoría, la misma que busca ser satisfecha en el requerimiento de sus necesidades. Para esto el centro habilita sus servicios en pro de atender las demandas presentadas para el público que la requiere.

El 54% de los pacientes encuestados sugieren que es necesario brindar otras opciones de horarios dentro del centro para mejorar el servicio que se ofrece. Además el 29% de los pacientes encuestados sugieren que se mejore la puntualidad por parte de los profesionales. El 71% restante no muestra quejas en el tema.

3.3. Encuadres psicológicos que se establecen de acuerdo al estilo de terapia

En este acápite se tratará sucintamente los acuerdos terapéuticos realizados en base a la dinámica del centro y el estilo de los terapeutas que la integran durante el periodo de investigación. Todas las aportaciones anotadas en el mismo corresponden a una síntesis de la información recabada en las entrevistas, y cabe mencionar que por motivos de confidencialidad lo hemos elaborado de manera general sin especificar a quien pertenece la información desarrollada a continuación.

3.3.1. Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Por lo general se trabaja con el paciente una vez a la semana, a menos que el caso requiera más de una intervención semanal.

Se trabajan de 45 a 60 minutos por sesión. El número de sesiones se evalúan durante el proceso y de acuerdo al tratamiento que se vaya a desarrollar (psicoterapia, intervención en crisis, asesoramiento, etc.) En ninguna de las intervenciones se llega a un acuerdo inicial con el paciente de la duración del tratamiento, sino que dependerá de cada caso y la forma en la que se lo aborde. El objetivo no se mide en número de sesiones sino en bienestar y mejoría del paciente, pero cabe recalcar que para brindar atención al mayor número de personas que lo soliciten, se da como tiempo máximo de duración del proceso terapéutico cuatro semestres (dos años) en el caso de pacientes atendidos por profesionales y de 8 a 12 sesiones en el caso de pacientes atendidos por practicantes.

El valor de las sesiones es convenido en secretaría donde se determina el precio a cancelar de acuerdo a los estándares previamente determinados por el centro para la población (intra-extra universitaria) que requiere el servicio.

Para realizar la terapia se acuerda con el paciente la predisposición para realizar el trabajo terapéutico.

En todos los casos el contrato terapéutico se hace de forma verbal

3.3.2. Universidad Central del Ecuador

Las terapias son adecuadas al paciente tanto en lo que respecta al enfoque cognitivo conductual como el enfoque integrativo.

Al inicio de la terapia se explica al paciente el tiempo que llevará la misma y el valor económico que tendrá, determinando la frecuencia de sesiones semanales, objetivos de terapia, manejo de la confidencialidad y el compromiso que el paciente debe adquirir para iniciar el tratamiento. En las dos terapias se elabora el contrato terapéutico de manera verbal.

Cabe mencionar que cuando se reciben pacientes psiquiátricos, el proceso es diferente, ya que se recibe la historia clínica, psiquiátrica, médica y se realiza un informe con todos los datos y en las recomendaciones se apuntan por lo general los objetivos a cumplir y el proceso que el paciente requiere. En el caso de atender niños con problemas conductuales se realizará un contrato terapéutico diferente basado en aspectos más adecuados para la situación.

3.3.3. Universidad de las Américas

La Universidad de las Américas no realiza psicoterapia. Debido a las intervenciones que es consultorio psicológico de la universidad realiza, mencionadas en acápite anteriores, se puede determinar el tipo de encuadre que se realiza dentro del trabajo psicológico.

Las sesiones tienen una duración de aproximadamente una hora, el trabajo tiene una duración de máximo dos sesiones por estudiante, si el proceso realizado amerita seguimiento, se lo efectúa vía e-mail.

El servicio no tiene ningún costo para los estudiantes, y los mismos pueden solicitarlo personalmente en el momento que lo requieran con previa cita.

3.3.4. Universidad Politécnica Salesiana

Los encuadres terapéuticos no son directivos y se elaboran tomando en cuenta que la atención debe ser personalizada y adaptada a las necesidades de los pacientes. El contrato se efectúa desde el comienzo del tratamiento explicando los elementos básicos que se manejarán

dentro del espacio terapéutico tales como número de sesiones, normas, horarios, costos, relación terapéutica, confidencialidad, número de miembros involucrados en la terapia de acuerdo a cada caso.

No se elaboran evaluaciones antes de iniciar el proceso ya que solo el curso de la terapia determinará el tipo de intervención que cada caso requiera.

3.4. Ofertas de los centros psicológicos en el área clínica.

A continuación se detallan los servicios que se brindan en los centros psicológicos de las universidades que competen nuestro estudio. Cabe mencionar que solamente se encuentran especificados los que corresponden al área clínica.

Ofertas de servicios clínicos en los Centros

Servicios	PUCE	UCE	UDLA	UPS
Acompañamiento Psicológico	X		X	
Asesoramiento psicológico	X	X	X	X
Capacitación	X			X
Consultoría clínica	X			
Evaluación psicológica	X	X		X
Grupos de apoyo				X
Informes psicológicos	X	X		X
Intervención en crisis	X	X	X	X
Peritaje psicológico	X	X		
Psicodiagnóstico	X	X		X
Psicoprofilaxis del parto				X
Psicoterapia de pareja	X	X		X
Psicoterapia familiar		X		X
Psicoterapia grupal	X			X
Psicoterapia individual	X	X		X
Talleres psicológicos	X			X
Terapia vincular	X			
Trabajo con pacientes psiquiátricos		X		
Trabajo psicológico con personas con capacidades especiales		X		

CAPITULO IV: Resultados

4.1. Análisis del servicio psicoterapéutico por la población

Para realizar esta investigación se hizo un estudio estadístico bajo el 95% de confiabilidad, donde se tomó una muestra a partir de la población atendida por profesionales en el área clínica en los centros psicológicos que realizan psicoterapia, durante el año 2010.

El valor total de la población corresponde a 495 pacientes atendidos en el año. El mismo que establece una muestra de 82 pacientes de los centros de atención psicológica.

Tamaño de la población

CENTROS	PUCE	UCE	UPS	TOTAL
NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS 2010	181	145 C1 30 C2 115	169	495

La fórmula utilizada para obtener la muestra corresponde a:

$$n = \frac{N z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{(N-1)e^2 + z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

Donde:

n: muestra

N: tamaño de la población atendida en los centros en el periodo 2010-2011

495

z: nivel de confianza

95%

z=1,96

P: proporción (cuando no se conoce se establece 0.5 para cada uno)

e: error permitido

10%

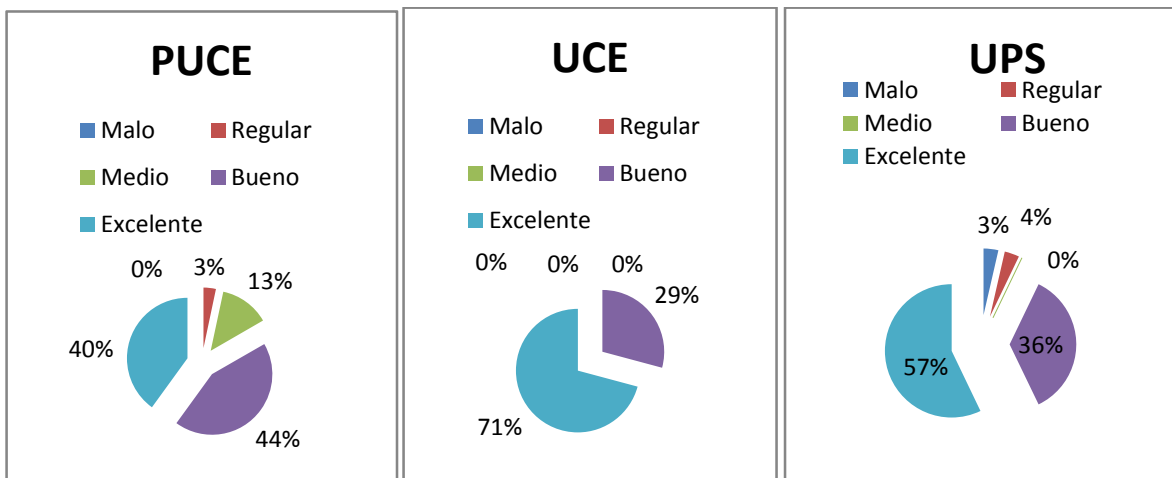
e = 0,1

A través de esta fórmula se obtiene la muestra de 82 pacientes entrevistados en los centros. El valor de la muestra se distribuyó proporcionalmente de la siguiente manera:

Centros			# encuestas
PUCE	37%	29,6181818	30
UPS	34%	27,6545455	28
UCE	C. 1	23%	18,8181818
	C. 2	6%	4,90909091

A continuación detallaremos la información sistematizada a partir de los datos obtenidos mediante la encuesta realizada a los pacientes de psicólogos profesionales de los centros. Los resultados serán expuestos y analizados en orden al formato de la encuesta.

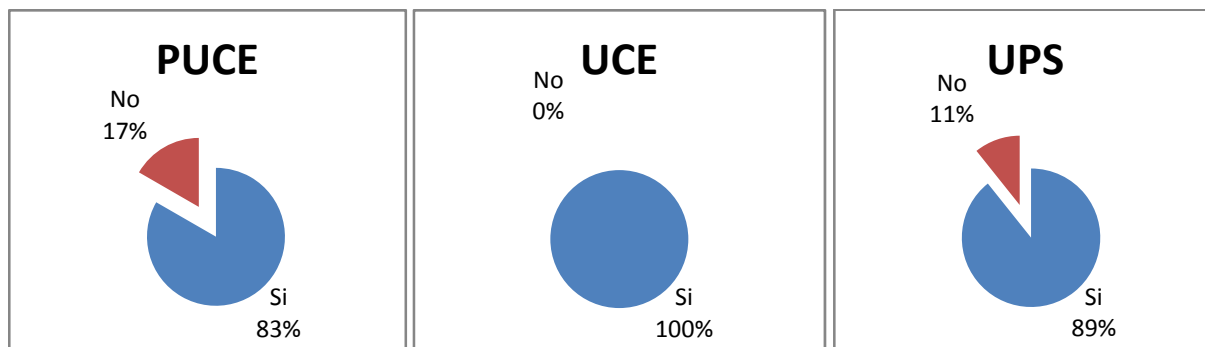
1. El servicio recibido/que recibe en el centro es:



De acuerdo a los resultados de las encuestas, se evidencia que los pacientes que reciben el servicio psicológico clínico de cada centro, lo perciben como satisfactorio ya que los valores se concentran sobre todo en que la calidad del servicio es excelente y bueno. Sin embargo es necesario tomar en cuenta a aquellos encuestados a los que el servicio no les resultó completamente satisfactorio sino que lo consideraron como regular, medio y malo respectivamente. Cabe recalcar que el índice de satisfacción de los usuarios manifiesta de qué

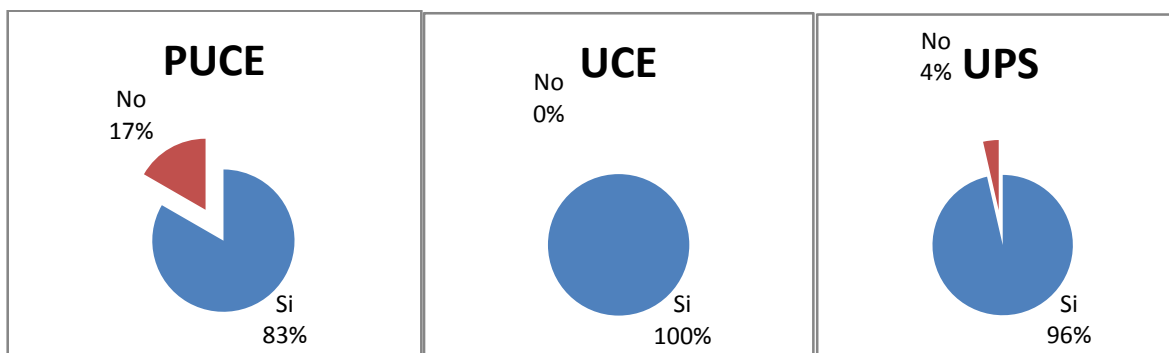
manera el servicio colabora con las problemáticas de la población y el alcance que tiene para quien puede acceder a los procesos clínicos que los centros ofrecen.

2. ¿El servicio recibido está ayudando/ayudó con su problema?



Los datos revelan que la mayoría de la población encuestada percibe que el servicio que recibe de los centros ha colaborado positivamente a resolver el problema. Sin embargo existen datos que reflejan que el servicio no ha colaborado a resolver el problema que le trajo al centro, situación que permitirá analizar a los profesionales la calidad de las intervenciones que realizan y de qué manera se pueden abordar los casos que se encuentran inconformes.

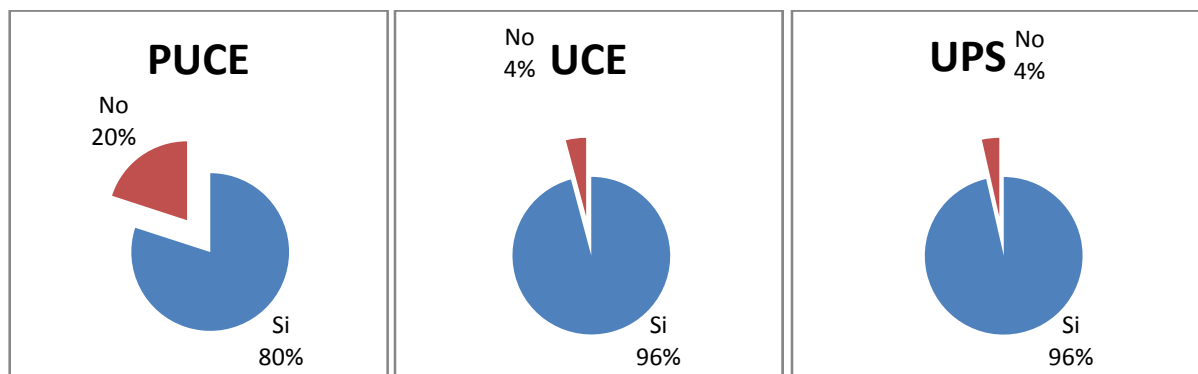
3. ¿Recomendaría el consultorio al que usted asiste a otras personas?



Según los gráficos presentados, la mayoría de los encuestados recomendarían el centro que les brinda servicios clínicos, es bajo el índice de personas que no consideran recomendar los Centros Psicológicos a terceras personas. Esto es un punto favorable para los Centros

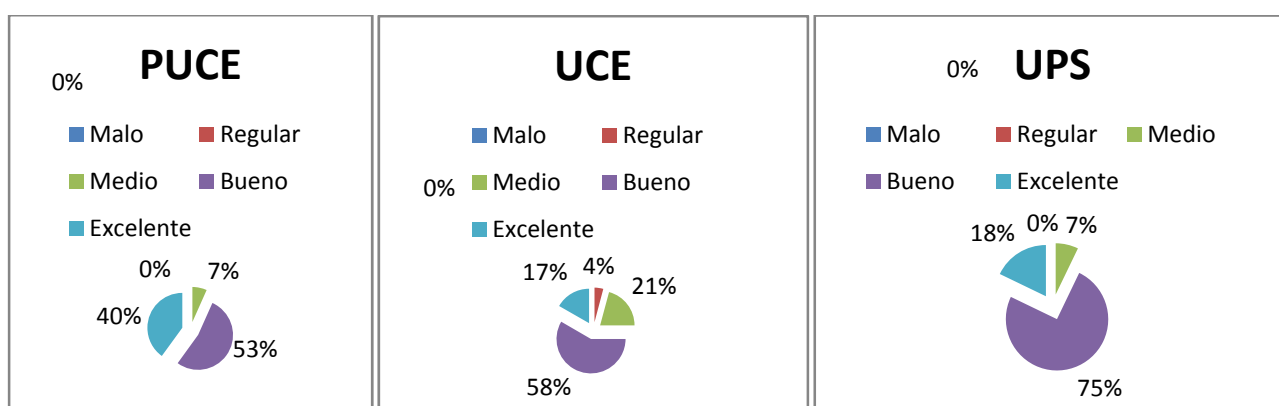
psicológicos ya que al satisfacer las expectativas de la gente logran difundir la calidad del servicio y aumentar el número de personas beneficiadas.

4. ¿Cree que la forma de trabajo que utiliza su psicólogo/a para atenderlo cumple con lo que usted esperaba?



De acuerdo a los gráficos, podemos apreciar que general, los encuestados se encuentran conformes con la metodología de trabajo que usa el profesional para atenderlo y un pequeño porcentaje desearía que se utilicen formas de trabajo diferentes dentro del proceso clínico al que asiste.

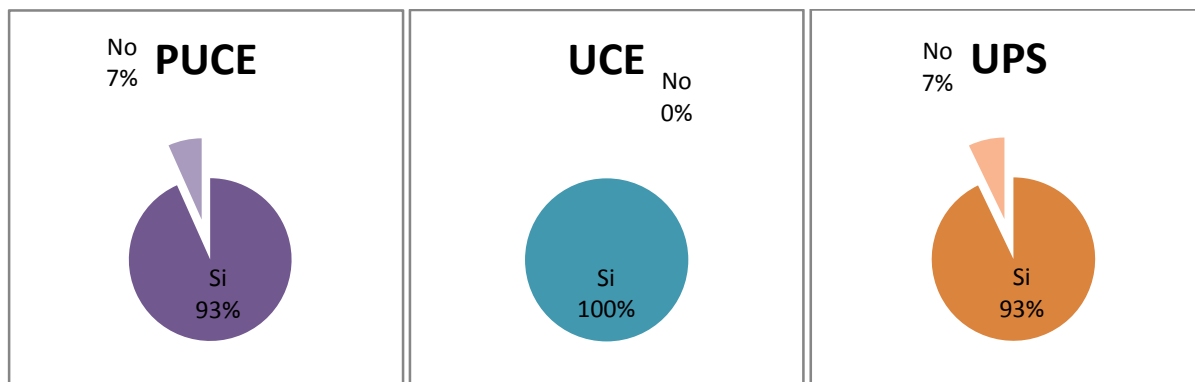
5. ¿Cómo calificaría la infraestructura e insumos del centro al que asiste?



Los encuestados en su mayoría califican a la infraestructura como buena y excelente, situación que refleja el cuidado y el abastecimiento en los insumos y espacios físicos que los

centros han tenido para satisfacción y comodidad de sus usuarios. Cabe notar que existen encuestados que a través de sus respuestas sugieren mejorar en este aspecto.

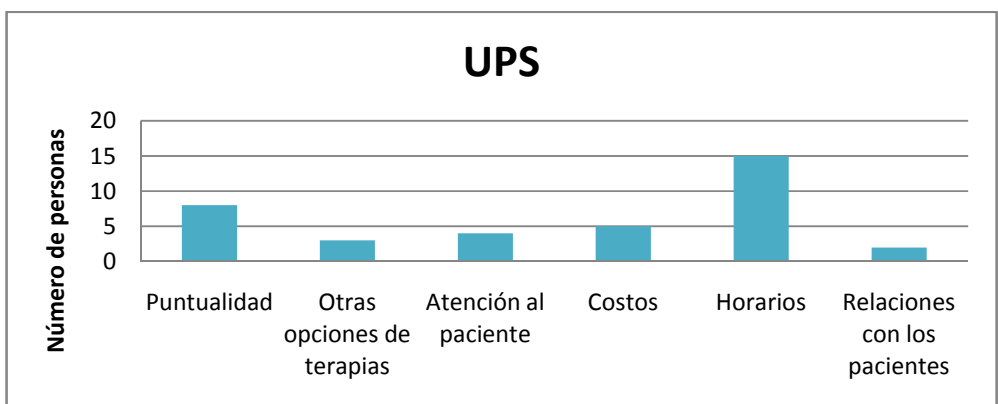
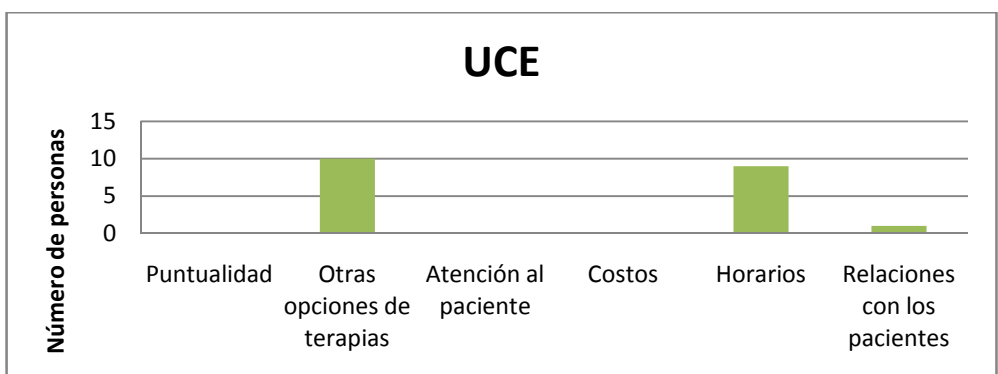
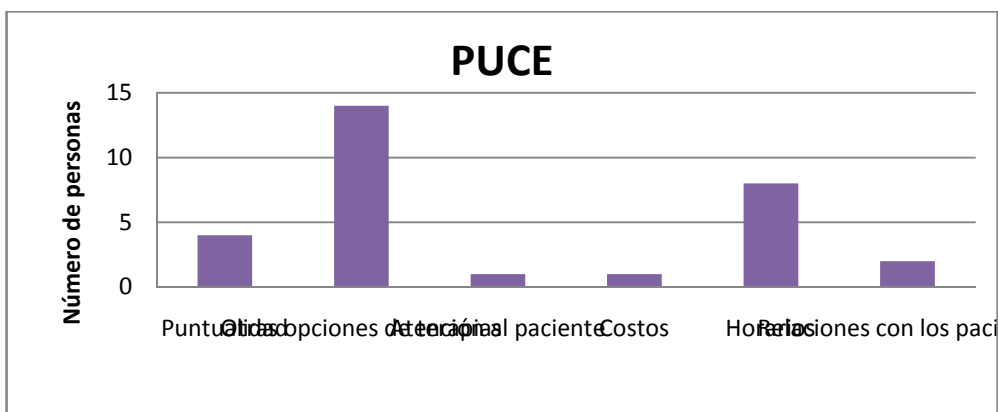
6. ¿Cree que el precio de la consulta está de acuerdo a su economía?



Para el servicio y difusión de tratamientos clínicos es una ventaja, corroborar que los precios son asequibles para la mayoría de los encuestados. Haciendo que la labor clínica en psicología no sea un servicio destinado solamente a clases económicas altas, sino que se pueda fomentar la salud mental en la comunidad extra e intrauniversitaria sin discriminación económica.

7. ¿Qué considera que debería mejorar en su centro de psicología?

Las sugerencias presentadas por los encuestados en los siguientes cuadros serán expuestas en las recomendaciones. Se debe tomar en cuenta que en algunas universidades se encuestó a un número menor de personas, por lo que el número de sugerencias también disminuye.



4.2. Descripción de la Guía

La guía presentada a continuación recapitula sintéticamente la información obtenida en la presente investigación, la misma contiene una descripción detallada de los servicios que los centros psicológicos universitarios de nuestro campo de estudio ofrecen. En esta, se detallan costos, infraestructura, horarios, tipo de corrientes psicoterapéuticas que se utilizan en la actualidad, servicios clínicos, e información de contacto. Esperamos la presente guía pueda favorecer el trabajo inter-institucional en el área clínica de la psicología.

Guía de Servicios Psicológicos de las Universidades PUCE- UCE-UDLA, UPS, período 2010- 2011. (Ver Anexo No. 5)

4.3. Modelos Psicoterapéuticos utilizados

A continuación señalaremos los modelos psicoterapéuticos que los centros investigados utilizan hasta la actualidad. Para facilidad del lector, los hemos ordenado alfabéticamente según la universidad a la que le pertenece el centro psicológico.

PUCE	UCE	UDLA	UPS
Técnica de Análisis Aperceptivo	Enfoque Cognitivo Conductual	No realiza psicoterapia	Enfoque Humanista
Enfoque Breve estratégico	Enfoque Integrativo		Enfoque sistémico
Enfoque psicodinámico			Psicodrama

4.4. Estrategias de Intercambio académico interuniversitario.

...sería muy bueno tener interrelación, Sólo con saber que todos velamos por la salud mental de nuestros usuarios ya es un punto para unirnos, conversar, intercambiar, El hecho de trabajar aisladamente no está bien, No podemos centrarnos en lo mismo debemos tener apertura para aprender de nuestros colegas y viceversa... (Entrevista 001)

Para finalizar el estudio es importante no solamente describir la realidad actual de los centros investigados, sino a su vez, hacer que esta investigación sirva como base para plantear propuestas que permitan abrir espacios de intercambio teórico y práctico entre los centros de atención psicológica universitaria. Esto para lograr metas como:

- Crear de redes de apoyo teórico y práctico entre los centros psicológicos
- Ampliar el servicio.
- Analizar casos desde diferentes enfoques psicoterapéuticos
- Enriquecer el conocimiento.

El objetivo de cumplir con estas metas es fortalecer el servicio que se brinda en estos espacios. Para esto, se han tomado en cuenta propuestas de intercambio interuniversitario por parte de los profesionales entrevistados que se encuentran realizando trabajo clínico dentro de los centros psicológicos universitarios, así como propuestas realizadas por las investigadoras, presentadas a continuación.

- El trabajo clínico dentro de los centros psicológicos podrá realizarse tanto por profesionales como por practicantes del último año de la carrera que se encuentren supervisados por un psicólogo profesional, a fin de desarrollar en los futuros profesionales destrezas en campo clínico.
- Realizar encuestas periódicamente de satisfacción de servicio, con el fin de analizar si el trabajo está respondiendo a las expectativas de la comunidad.

- Priorizar la intervención temprana por medio de talleres, para prevención de problemáticas, los mismos que pueden ser coordinados interinstitucionalmente, y/o abrir invitaciones para que otros centros universitarios asistan.
- Efectuar campañas de difusión de los servicios psicológicos para acercar a la comunidad a la cultura psicológica.
- Crear espacios de análisis de casos y reflexión teórica vistos desde varios enfoques.
- Dar importancia a la difusión interinstitucional de cursos, charlas y capacitaciones en diversas temáticas dirigidos a estudiantes y profesionales involucrados en el área.
- En lo posible utilizar la remisión de casos entre los centros psicológicos si estos lo requieren, ya que los mismos cuentan con diferentes horarios de atención, situación que permite al paciente acceder al servicio el momento en que lo requiera.
- Estar abierto a propuestas por parte de estudiantes y profesionales que busquen ampliar en diferentes áreas de la psicología.
- Utilizar medios tecnológicos para facilitar la derivación de casos como internet, teléfono.
- Crear proyectos interinstitucionales sobre salud mental que abarque zonas rurales y urbanas.
- Realizar trabajo interdisciplinario teórico práctico.
- Fomentar la investigación en el campo de la salud mental, la misma que puede ser compartida con otros centros psicológicos. A fin de que el trabajo clínico sea basado en la realidad de nuestro país.
- Organizar eventos con temáticas de interés psicológicos visto desde diferentes disciplinas y corrientes teóricas.

... es muy importante que se pueda compartir experiencias, compartir cuales son las metodologías de trabajo, ver que en distintos lugares, en distintos momentos existen

diferencias en las poblaciones que cada centro atiende, estos espacios propiciarían el diálogo entre los centros... (Entrevista 002).

4.5. Nominación de Centros Psicológicos para la derivación de casos.

UNIVERSIDAD	CENTRO PSICOLÓGICO	DIRECCIÓN	TELÉFONO	HORARIO DE ATENCIÓN
Pontificia Universidad Católica del Ecuador	Centro de Psicología Aplicada	Av. 12 de Octubre y ladrón de Guevara esquina	299-1641	Lunes a viernes de 9:00 a 13:00 y 14:30 a 18:00
Universidad Central del Ecuador	Consultorio Psicológico 1	Bolivia s/n y Eustorgio Salgado. 1er piso	2238652	Lunes a Viernes de 9:00 a 12:00
	Consultorio Psicológico 2	Bolivia s/n y Eustorgio Salgado. 4to piso	3214342	Lunes a viernes de 8:00 a 12:00
Universidad de las Américas	Consultorio Psicológico	Av. de los Granados y Colimes esq. 3er piso.	3981000 3970000	Lunes a viernes de 8:00 a 13:00 y de 13:30 a 16:30
Universidad Politécnica Salesiana	Centro Psicológico Salesiano Emilio Gambirasio	Av. 12 de octubre N16-23 y Wilson	3962800	Lunes a viernes De 9:00 a 13:00 y de 14:30 a 18:30 y sábados de 9:00 a 13:00

CONCLUSIONES

- Por su fundamento teórico, la psicoterapia mejora la calidad bio-psico-social de las personas que han sido beneficiadas en la práctica de este servicio, ya que la misma ofrece un trabajo centrado en objetivos planteados para un límite de tiempo y a un costo moderado buscando mejorar la calidad de vida del usuario motivando en el paciente a encontrar nuevos significados a las situaciones que esté atravesando.
- La práctica psicoterapéutica logra resultados a corto, mediano y largo plazo, los mismos que se ven reflejados en los cambios conductuales y emocionales que los consultantes presentan durante y después del proceso.
- Los enfoques psicoterapéuticos utilizados en los centros psicológicos aportan a la intervención de problemas sociales e individuales dentro del Distrito Metropolitano de Quito a través de prevención (talleres, capacitación) intervención (psicoterapia, servicios psicológicos generales) y acompañamiento (grupos de apoyo, apoyo psicológico, seguimiento).
- Se analizaron los servicios existentes relacionados con la atención psicológica en el área clínica, brindada por las universidades de Quito determinando que los mismos son asequibles para la comunidad presentando diversas alternativas en pro de la salud mental. Ellos han logrado gran acogida debido a los resultados que obtienen a través de la práctica clínica.
- Se han determinado las propuestas psicoterapéuticas que cada centro investigado ofrece obteniendo como resultado la relación existente entre el enfoque psicoterapéutico que se ofrece desde la teoría respecto a la práctica y determinando los modelos de psicoterapia que se ofrecen actualmente.

- A través de la información obtenida se elaboró una guía sobre los distintos modelos psicoterapéuticos existentes en las universidades investigadas, enfatizando el intercambio académico y la posibilidad de establecer redes conjuntas para mejorar el servicio.
- Por medio de encuestas sistemáticas a los pacientes y entrevistas dirigidas a los profesionales se obtuvo información acerca de: qué psicoterapias son las más utilizadas por los terapeutas dentro de los centros psicológicos, siendo en función de los resultados las siguientes: Técnica de Análisis Aperceptivo, Enfoque Breve Estratégico, Enfoque Psicodinámico, Enfoque Cognitivo Conductual, Enfoque Integrativo, Enfoque Humanista, Enfoque Sistémico, Psicodrama. Así como el grado de satisfacción que según los pacientes, el servicio recibido les ha brindado. Siendo según los resultados: Excelente 56%, Bueno 36%, Medio 4%, Regular 2%, Malo 1%.
- En términos generales, las encuestas revelan que los usuarios se encuentran satisfechos con el servicio que les brindan los centros psicológicos universitarios tanto en lo que tiene que ver a atención, comodidad, precios, como el apoyo psicológico encontrado en las intervenciones clínicas recibidas.
- Las encuestas ayudan a los profesionales y personal de los centros, a analizar las necesidades que sus usuarios manifiestan siendo éstas, buscar que los centros ofrezcan otras opciones de terapia, mejorar en la puntualidad, la atención, costos y horarios, a fin de mejorar el servicio y lograr un ambiente favorable para la atención clínica.
- La siguiente investigación otorga herramientas que permiten crear redes de apoyo favoreciendo el trabajo interdisciplinario desde lo teórico y práctico dentro de los centros psicológicos universitarios estudiados.

- Es importante mencionar que dentro de los resultados que se han obtenido estadísticamente, los datos indican “cierto nivel de perfección” de algunos centros, situación que evoca la necesidad de realizar estudios más profundos sobre el tema planteado en la presente disertación.

RECOMENDACIONES

- Los centros podrían mejorar la atención que brindan a sus usuarios, desde la escucha y atención de las necesidades y sugerencias que el personal operativo otorgue, con el objetivo de mejorar el servicio mediante la retroalimentación del personal que se encuentra realizando el trabajo clínico.
- Esperamos que esta investigación pueda servir de referencia para realizar futuras investigaciones o proyectos relacionados con la temática presentada.
- Es importante que se considere la opción de crear redes de apoyo inter institucionales a fin de facilitar el servicio a los usuarios, y generar espacios de intercambio teórico.
- Se recomienda priorizar la atención psicológica continua, con horarios fijos de atención con el fin de brindar una estabilidad en el servicio de los usuarios y no interrumpir el proceso.
- Se sugiere a los centros indagar respecto a la necesidad de la población en lo que respecta a variedad en los tipos de terapia para ofertar.
- Se debe tomar en cuenta para mejorar el servicio en los centros de atención psicológica universitaria, aspectos de relación paciente-personal del centro, especialmente en lo que respecta a puntualidad, horarios de atención y posibilidad de ofrecer otras opciones de terapia.

BIBLIOGRAFÍA

Libros

- Almendro Manuel, (2004), *Psicología Transpersonal*, España, Ediciones Martínez Roca
- Anaya Natalia, (2004), *Diccionario de Psicología*, Colombia, Ecoe Ediciones
- Balarezo Lucio (1995) *Psicoterapia*, Quito, Centro de Publicaciones PUCE
- Baruk Henry (1961) *Las Terapéuticas Psiquiátricas*, Buenos Aires, Editorial Paidós.
- Beitman Bernard (1999) *Psicoterapia: programa de formación*, Barcelona. Masson.
- Belloch Amparo (1995) *Manual de psicopatología Volumen 1*, Madrid, McGraw- Hill.
- Bertalanffy, L, (1986) *Teoría General de los Sistemas*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Bienenfeld David (2006) *Psychodynamic theory for clinicians*, United States, Lippincott Williams & Wilkins.
- Blatner Adam, *Bases del psicodrama*, Editorial Pax México, México, 2005
- Braunstein Néstor, Pasternac Marcelo, Benedito Gloria, Saal Frida. (2003) *Psicología: ideología y ciencia*, México, Siglo veintiuno editores.
- Bruno Frank, (2007), *Diccionario de psicología infantil*, México, Editorial Trillas,
- Castanedo Secadas Celedonio (2002) *Terapia Gestalt: Enfoque centrado en el aquí y el ahora*. España, Empresa Editorial Herder.
- Fiorini Héctor (1994) *Teoría y técnicas de psicoterapias*, Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión.
- Flachier Jorge (2001) *Análisis Aperceptivo*, Quito, Centro de Publicaciones PUCE.
- Flachier Jorge (1990) *Apuntes de Psicología Profunda*, Quito, Editorial Mendieta.
- Freud Sigmund (1904) *Obras Completas*, Tomo VII, Buenos Aires, Amorrortu Editores
- ♦ *Sobre Psicoterapia*
 - ♦ *Psicoanálisis y Psiquiatría*

- Fromm Erich (1998) *El humanismo como utopía real*, Barcelona, Paidós.
- Fromm Reichmann (1977), *Psicoterapia y Psicoanálisis*, Buenos Aires, Ediciones Horme S.A.
- Gavino Aurora (2000), *Guía de ayuda al Terapeuta cognitivo conductual*, Madrid, Ediciones pirámide.
- Ginger, Serge (2005) *Gestalt el arte del contacto*, México. Editorial Océano.
- Hall, Calvin- Nordby, Vernon. *Conceptos fundamentales de la psicología de Jung*, Buenos Aires, Editorial Psique.
- Kurt Ludewig, (1998), *Terapia Sistémica: Bases Teóricas y prácticas clínicas*, Barcelona, Editorial Herder.
- Leahey Thomas (1994) *Historia de la psicología*, Madrid, Editorial Debate.
- Linn S. y Garske J, (1988), *Psicoterapias Contemporáneas*, Bilbao, Desclée de Brouwer
- López Piñero José María, (2002) *Del hipnotismo a Freud: Orígenes históricos de la psicoterapia*, España, Alianza Editorial.
- Lovett Joan, (2000) *La curación del trauma infantil mediante DRMO (EMDR)*, Buenos Aires, Editorial Paidós.
- Madones Cloé, (2001), *Terapia Familiar Estratégica*, Buenos Aires, Amorrortu Editores
- Merani Alberto, (1976), *Diccionario de Psicología*, México, Editorial Grijalbo.
- Ortiz D, (2008), *La terapia familiar sistémica*, Quito, Ediciones Abya- Yala
- Perls F, (1947), *Ego, hunger and aggression: The beginning of Gestalt Therapy*, New York, Vintage Books
- Quiroga, M. Pilar (2004) *C. G. Jung. Vida, obra y psicoterapia*. Bilbao, España, Desclée de Brower.
- Rogers Carl (1979) *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires, Editorial Paidós.
- Rogers Carl (1997) *El poder de la persona*, México, D.F. Editorial El Manual Moderno.
- Rojas- Bermúdez Jaime, *teoría y técnica psicodramáticas* .Paidós, Barcelona, 1997.
- Roudinesco Élisabeth, (2005), *El terapeuta, el paciente y el estado*, Argentina, Siglo veintiuno editores

Shapiro Francine, (2007) *Una Terapia Innovadora para superar la Ansiedad, El estrés y el Trauma*, España, SAPsi Editorial.

Vázquez Alonso Mariano José, (1996) *Las terapias del desarrollo personal*, Bogotá, Ediciones Robinbook.

Watzlawick y Nardone, (2000), *Terapia Breve Estratégica*, Barcelona, Editorial Paidós, Ibérica

Watson J. B., (1976), *El conductismo*, Buenos Aires, Editorial Paidós,

Páginas de internet

Apuntes de psicología. *Psicología cognitiva*. En: <http://www.apuntesdepsicologia.com/ramas-de-la-psicologia/psicologia-cognitiva.php> Acceso: el 27-12-2010

American Psychology Association. *Different approaches to psychotherapy*. En: <http://www.apa.org/topics/therapy/psychotherapy-approaches.aspx>. Acceso: el 15-12-2010

Boeree George, *Teorías de la personalidad. Carl Jung*. En: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/jung.htm> Acceso: el 20-12-2010

Córdoba Rodrigo, ¿Qué es la Psicoterapia Dinámica? en: <http://psicoletra.blogspot.com/2008/09/qu-es-eso-de-la-psicoterapia-dinmica.html>, Acceso 10-10-2010

Diccionario de la Real Academia de la lengua, *Psicoterapia*, http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=psicoterapia Acceso: el 29-09-2010

Diccionario de la Real Academia de la Lengua, *Cibernética* En: <http://www.rae.es/rae.html> Acceso: el 12-11-2010

Diccionario de Psicología científica y filosófica. *Psicología cognitiva*. En: <http://www.e-torredabel.com/Psicologia/Vocabulario/Psicologia-Cognitiva.htm> Acceso: el 28-12-2010

Eumednet. *Las necesidades sociales y la pirámide de Maslow*. En: http://www.eumed.net/cursecon/2/necesidades_sociales.htm. Acceso: el 14-03-2011

García Jorge, *miedos infantiles*. En: http://www.cyberpadres.com/serpadre/tupsicologo/miedos/tecn1_trat_miedos.htm. Acceso: el 27-12-2010

- Institutgestalt, *El enfoque estratégico*. En:
http://www.terapiaestrategica.es/formacion/docs/programa_formacion_2010_2011.pdf
Acceso: 15-03-2011
- Instituto de Psicoterapia Integrativa, *¿Qué es la psicoterapia Integrativa?* En:
<http://www.integrativetherapy.com/es/integrative-psychotherapy.php> Acceso: el 11-12-2010
- Laborda Adriana, *La psicología Transpersonal*, en
<http://areaspsicologia.wordpress.com/psicologia-vistranspersonal/> Acceso: el 1-12- 2010.
- Marías Julián, *La medida del hombre*, En internet:
<http://www.conoze.com/doc.php?doc=1885> Fecha de Acceso: 03-10-2010.
- Psicología online. *Manual de psicoterapia cognitiva*. En: <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual2.htm> Acceso: el 28-12-2010
- Psicología online, *Técnicas de relajación*. En: <http://www.psicologia-online.com/autoayuda/relaxs/progresiva.htm>. Acceso: el 27-12-2010.
- Rosados, *Terapia cognitivo conductual* En:
http://www.depresion.psicomag.com/terapia_conductual.php Acceso: el 13-10- 2010
- Sánchez, Obertz y Quezada, *Psicoterapia Adleriana* En:
<http://www.cop.es/colegiados/GR00724/adler/ADLER.html> Acceso: el 10-12-2010
- Sologuren Jaime, *Nietzsche: Nihilismo y transvaloración*, En:
<http://www.observacionesfilosoficas.net/nihilismoytransvaloracion.html>, Acceso: 06-10-2010.
- Soto J, *Terapia Sistémica*, en: www.terapiabreve.net/terapia-sistemica.htm Acceso: el 12 -11-2010.
- Vander Zwaag Lora, *Edward C. Tolman*.
En:<http://www.muskingum.edu/~psych/psycweb/history/tolman.htm> Acceso: el 10-01-2011
- Zamora María, *Enfoque Integrativo* En:
http://www.antarayame.com/presentacion/enfoque_integrativo.htm Acceso: el 11-12- 2010

ANEXOS

Anexo 1: Guía de entrevistas realizadas a profesionales

Código	Centro Psicológico	Institución
001	Consultorio 2	UCE
002	CPsA	PUCE
003	CPsA	PUCE
004	Emilio Gambirasio	UPS
005	CPsA	PUCE
006	CPsA	PUCE
007	Consultorio 1	UCE
008	Emilio Gambirasio	UPS

Anexo 2: Guía de entrevista para psicólogos clínicos

DATOS INFORMATIVOS

Nombre:

Edad:

Títulos Académico:

Cargo dentro del Centro:

Tiempo de servicio en el centro:

1. ¿Qué procedimiento y metodología psicoterapéutica utiliza para su trabajo?
2. Cómo influye la dinámica del centro en su metodología de trabajo?
3. ¿A qué grupo poblacional usted atiende (estudiantes universitarios y/o público en general)?
4. ¿Determina la psicoterapia que utiliza de acuerdo al paciente o adapta la misma a todos sus casos?
5. ¿Qué tipo de encuadre utiliza para su trabajo?
6. ¿Qué tipos de servicio ofrece su centro?
7. ¿Qué potencialidades y limitaciones encuentra en el servicio que el centro ofrece?
8. ¿Cuáles son los servicios psicológicos que Ud. cree que deberían brindar los centros psicológicos universitarios en Quito?
9. Realiza análisis de casos intra-institucionalmente o extra institucionalmente si /no cada qué tiempo?
10. ¿Conoce usted cuales son los modelos psicoterapéuticos más utilizados en la actualidad?
11. ¿En caso de que el proceso terapéutico lo requiera remite los casos a otros centros psicológicos u otros profesionales? ¿Cuáles?
12. ¿Tiene conocimiento de los centros de atención psicológica de las universidades de Quito?
13. Conoce usted las corrientes teóricas que se trabajan en los centros de Atención psicológica universitarios (PUCE, UCE, UDLA Y UPS). ¿Cuáles son las que Ud. conoce?
14. ¿Cuál es su opinión respecto al intercambio entre instituciones que se pueden llevar a cabo entre un centro psicológico y otro de la ciudad de Quito?

Anexo 3: Encuesta dirigida a los pacientes atendidos en los centros psicológicos

- **Fecha:** _____ **Edad:** _____ **Sexo:** _____
- **Centro Psicológico al que asiste:** _____
- **¿Qué tipo de servicio recibe?**
 - **Terapia individual**
 - **Terapia de pareja**
 - **Terapia de grupo/ familiar**
 - **Talleres**
 - **Asesoramiento**
 - **Otros**
Cuál?.....
.....
- **El servicio que recibe dentro del centro es:**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Malo Regular Medio Bueno Excelente

- **¿El servicio recibido está ayudando con su problema?**

SI	NO
- **¿Recomendaría el consultorio al que usted asiste a otras personas?**

SI	NO
- **¿Cree usted que la forma de trabajo que utiliza su psicólogo/a para atenderlo cumple con lo que usted esperaba?**

SI	NO
- **¿Cómo calificaría la infraestructura e insumos (sala de espera, consultorio, materiales, etc.) del centro al que asiste?**

1	2	3	4	5
Malo	Regular	Medio	Bueno	Excelente
- **¿Cree que el precio de la consulta está de acuerdo a su economía?**

SI	NO
- **¿Cuál de los siguientes puntos cree usted se debería mejorar en su centro de psicología?**

<p>PUNTUALIDAD</p> <p>OTRAS OPCIONES DE TERAPIAS</p> <p>ATENCION AL PACIENTE</p> <p>COSTOS</p>	<p>HORARIOS</p> <p>RELACIONES CON LOS PACIENTES</p>
--	---

Anexo 4: Consentimiento informado para participación en protocolos de investigación

Estimad@ participante:

La Facultad de Psicología de la Universidad Católica lleva a cabo procesos de investigación cuyo objetivo es entender las realidades psicosociales para poder realizar intervenciones oportunas. En este marco, un equipo de investigadores, docentes de la Facultad de Psicología, estamos llevando a cabo la disertación de tesis previa a la obtención del título, nominado:

LAS PSICOTERAPIAS EN LOS CENTROS DE ATENCION PSICOLÓGICA DE LAS UNIVERSIDADES PUCE, UDLA, UPS Y UCE PERIODO 2010-2011.

La investigación planteada, pretende examinar los diferentes ofrecimientos existentes relacionados con la atención psicológica en el área clínica, brindada por las universidades mencionadas anteriormente, sus alcances y proyecciones de crecimiento para el servicio a la comunidad intra y extra universitaria. Estudiar y conocer los distintos servicios psicológicos que se ofertan en las universidades de Quito. Con esta labor, se procura lograr un acercamiento a la realidad sobre la asistencia psicológica que ofrecen las universidades.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

- Investigar las ofertas existentes en relación a la atención psicológica que brindan dichas universidades con el propósito de descubrir las más utilizadas en el campo clínico contemporáneo.
- Producir una guía sobre los distintos modelos psicoterapéuticos existentes en las universidades investigadas, enfatizando el intercambio académico y la posibilidad de establecer redes conjuntas para mejorar el servicio.
- Difundir el servicio psicológico como alternativa de ayuda para la comunidad.

PROCEDIMIENTOS: Se realizarán encuestas a personas escogidas al azar de acuerdo a la muestra determinada por la población que recibe el servicio en los centros. Y entrevistas a los profesionales que se encuentren trabajando en los centros de atención psicológica.

Los datos obtenidos serán manejados de manera confidencial por el grupo de investigación, y procesados de manera estadística.

BENEFICIOS: Este estudio permitirá conocer las realidades de la atención psicológica en las universidades tomadas en cuenta para la investigación.

RIESGOS: La participación en el estudio no conlleva ningún riesgo.

COSTOS: El participante no debe incurrir en ningún costo.

CONFIDENCIALIDAD: Cada encuesta será codificada, de tal manera que no se pueda asociar el nombre del participante con la información recabada. De ninguna manera se identificará a los participantes en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio.

COMUNICACIÓN CON EL INVESTIGADOR: Para cualquier duda o consulta, usted puede contactarse con las siguientes personas:

Mtr. Francisco Jaramillo T: 299 16 41 – 095 29 72 09

DERECHOS DEL PARTICIPANTE: El participante en la investigación puede retirarse en cualquier momento de la misma, sin tener que dar ningún tipo de explicación y sin que ello signifique ningún perjuicio para él.

Después de haber leído esto, si usted desea participar en la investigación, sírvase llenar con sus datos y firmar el FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO que encontrará a continuación.

Atentamente,

Mtr. Francisco Jaramillo T

DIRECTOR DE LA DISERTACION

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN¹²⁰

Lugar y fecha _____

Por medio de la presente yo...

accedo a participar en el protocolo de investigación titulado:

LAS PSICOTERAPIAS EN LOS CENTROS DE ATENCION PSICOLOGICA DE LAS UNIVERSIDADES PUCE, UDLA. UPS Y UCE PERÍODO 2010-2011.

desarrollado en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en la Facultad de: PSICOLOGÍA

El objetivo del estudio es

Examinar los diferentes ofrecimientos existentes relacionados con la atención psicológica en el área clínica, brindada por las universidades dichas anteriormente, sus alcances y proyecciones de crecimiento para el servicio a la comunidad.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en

Llenar una encuesta que recabará información sobre la atención psicológica en las universidades mencionadas anteriormente.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre (ver anexo) :

Objetivos del estudio, criterios de selección, características y metodologías del estudio, confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho a no participar del estudio y/o retirarme en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello me afecte en nada.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga del estudio.

Mtr. Francisco Jaramillo T

Director de Disertación.

Nombre y firma del participante

Números telefónicos a los cuales se puede comunicar en caso de dudas y preguntas relacionadas con el estudio:

095 29 72 09

¹²⁰ <http://www.cis.gob.mx/index.php/formatos/doc_download/103-anexo-4-carta-de-consentimiento-informado-adultos>

Anexo 5: Guía



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Nosotros: **MARÍA GABRIELA CALVOPINA LOAIZA**, CI: 1717051369 Y **VIOLETA BATUL ROJEAB BRAVO**, CI: 1714400163, autoras del trabajo de graduación intitulado: **“Las Psicoterapias en los Centros de Atención Psicológica de las Universidades PUCE, UCE, UDLA y UPS del distrito Metropolitano de Quito, período 201-2011”**, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGAS CLINICAS**, en la Facultad de **Psicología**

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, mayo del 2011

María Gabriela Calvopina Loaiza

CI. 1717051369

Violeta Batul Rojeab Bravo

CI: 1714400163