
REVISTA FOYE®

“La sombra donde se discute la verdad”



ISSN 2452-560X. Volumen 3, Número 4-5. Noviembre 2021

Artículo de Investigación

**ANÁLISIS CUALITATIVO CON ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS A
PACIENTES PARA CONOCER QUÉ ELEMENTOS POSIBILITAN EL BUEN
TÉRMINO DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO**

Ps. Macarena. Sandoval Amaro
Psicóloga Clínica
Especialista en Psicoterapia Integrativa

Resumen

Investigación de corte cualitativo, se llevó a cabo con entrevistas semiestructuradas, con el objetivo de determinar la importancia que posee el paciente al momento de iniciar un proceso psicoterapéutico en lo que respecta a la mantención de su proceso o la deserción de dicho proceso. Los factores mantenedores de dicho proceso psicoterapéutico van a estar mediados por las expectativas que posee el paciente, la motivación por la misma, si consulta por derivación o decisión propia y como eje central del terapeuta la empatía con la que cuenta dentro del espacio terapéutico.

Palabras claves: psicoterapia, deserción, paciente, empatía, motivación.

Abstract

Qualitative research, which was carried out with semi-structured interviews, with the objective of determining the importance that the patient has at the moment of initiating a psychotherapeutic process in regard to the maintenance of their process or the desertion of that process. The maintenance factors of that psychotherapeutic process will be mediated by the expectations of the patient, the motivation itself, if he or she consults for derivation or assists by their own decision and, as the central axis of the therapist, the empathy with which he or she counts within the therapeutic space.

Keywords: psychotherapy, desertion, patient, empathy, motivation.

INTRODUCCIÓN

La mayoría de las investigaciones llevadas a cabo sobre los procesos de cambio en la psicoterapia han puesto el acento en los efectos que las intervenciones del profesional producen en el consultante, vale decir, han subrayado de preferencia la actividad de aquél en la producción de los logros terapéuticos. (Greenson, 1967; Etechegoyen, 1986), y se echan en falta estudios que apunten a la actitud del paciente,

a sus motivaciones intrínsecas y como todo ello en conjunto con lo anterior contribuye al éxito del proceso terapéutico.

Existen múltiples definiciones de abandono y adherencia en psicoterapia, lo cual constituye un primer problema a la hora de realizar un estudio. Sin embargo, hay coincidencia respecto de la comprensión del abandono como una interrupción del tratamiento antes de alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos (Gavino & Godoy, 1993). Como contraparte, la adherencia correspondería a la continuación del tratamiento hasta alcanzar los objetivos terapéuticos. En algunos estudios se ha definido abandono terapéutico como la terminación unilateral del tratamiento, mientras que la adherencia ha sido entendida como el seguimiento del tratamiento hasta una terminación acordada entre terapeuta y paciente (Pina, Silverman, Weems, Kurtines & Goldman, 2003).

Cuando nos referimos a las motivaciones del paciente para iniciar un proceso terapéutico. En primera instancia el primer indicador que prevalece en el paciente al iniciar este proceso psicoterapéutico es la de búsqueda de ayuda, es decir, una etapa previa al inicio de la psicoterapia. Estos primeros cambios se pueden sintetizar como: la aceptación de los propios límites, y la conciencia de la necesidad de ayuda (Krause, 1993; Krause et al., 1994). Según Frank (1971, 1982), uno de los precursores de la investigación del cambio psicoterapéutico general, señala que todo cliente llega a la terapia en un estado de “desmoralización”, la cual estaría conformada por sentimientos de desamparo, pérdida del control, baja autoestima, dificultad para encontrar sentido a su vida cotidiana. De acuerdo con Frank, un primer cambio en cualquier terapia exitosa, es justamente la disminución de esta desmoralización, vivenciada a través de la esperanza o las expectativas de ser ayudado.

Santibáñez et al. (2008), plantean que tanto las creencias como las expectativas que el paciente tenga sobre la terapia al iniciar el tratamiento, pueden influir tanto en los resultados como en la mejoría percibida por estos. Varios autores reconocen que las expectativas del paciente no sólo se relacionan con el tratamiento y sus técnicas, duración, etc., sino que también las expectativas sobre el terapeuta y las creencias en

relación a los logros o beneficios que pueda obtener de ésta son fundamentales (Navarro, Schindler & Silva, 1987; Stiles, Shapiro&Elliot, 1986).

Se ha observado también que aquellos pacientes que tienen una disposición negativa a la situación de tratamiento y que se muestran intransigentes a los esfuerzos del terapeuta por establecer la alianza terapéutica, tienen pobres resultados del proceso terapéutico, al contrario de lo que ocurre con los que si tienen una disposición positiva (Frances et al., 1985, en Santibáñez et al., 2008).

Respecto de la motivación al cambio de parte del paciente, es posible encontrar diferenciaciones entre clientes visitantes y los clientes demandantes, donde los primeros, son aquellos que inician la terapia sin percibir un problema, o considerarse como parte de la solución, y los segundos, que si bien son capaces de percibir un problema, no se consideran parte de la solución (Shazer, 1988, en Herrera et al., 2009). Algo similar es lo que plantean Proshaska&DiClemente (1983), sobre las etapas del cambio en que llegan a consultar los pacientes (pre-contemplación, contemplación, determinación, acción, mantenimiento, recaída), siendo relevante que el terapeuta sepa en qué etapa llega el paciente para dirigir sus intervenciones en pro de movilizarlo a la etapa siguiente. También se ha evidenciado que cuando las personas son obligadas o forzadas a consultar, ya sea explícita o implícitamente, muy pocas veces se benefician de la experiencia (Trull& Jerry, 2003) o terminan abandonando la terapia (González &Sierralta, 1997, en Santibáñez et al., 2008). Krause (1992), por su parte identifica cinco condiciones del paciente como fundamentales en el cambio terapéutico (en Santibáñez et al., 2008. p.4):

- (a) Experiencia de los propios límites
- (b) Aceptación de la necesidad de ayuda
- (c) Cuestionamiento de los modelos explicativos personales
- (d) Transformación de la conceptualización de los propios problemas y síntomas, y desarrollo de metas para la terapia
- (e) Expectativas del consultante en torno al rol o función del terapeuta, del propio rol y sobre la estructura (del setting) de la relación de ayuda.

En la revisión realizada por Winkler et al. (1989), se da cuenta de la importancia del involucramiento del paciente en la terapia, para poder predecir los resultados de ésta. Donde por ejemplo, la percepción que tiene el paciente del significado de la conducta del terapeuta determinaría la eficacia de la terapia (Bejarano, 1999, en Santibáñez, et al., 2008).

Es posible observar que en el contexto de una buena relación terapéutica, las potencialidades del paciente se activan, las cualidades del terapeuta son valoradas, y por ende, el proceso de cambio se fortalece (Opazo, 2001).

1.1. Justificación

La presente investigación, pretende develar la importancia personal que posee para él paciente el culminar con éxito sus procesos terapéuticos. Interesa conocer la visión de la figura del terapeuta y la relación con la continuidad y finalización de su proceso psicoterapéutico.

Viéndose al paciente, como poseedor de características individuales propias, tanto a nivel físico como psicológico, con la necesidad incipiente de buscar una solución real a sus conflictos interpersonales. Observándose también el grado de “Awareness” que posee el paciente, en relación al propio malestar que le aqueja en determinados momentos de su vida y a la iniciativa o no del paciente de dar inicio a un proceso psicoterapéutico. A lo anterior se suma la formación clínica y/o enfoque con el que cuenta el terapeuta. Viéndose a la persona del terapeuta a través del grado de empatía y calidez, y a sus técnicas de intervención o modo de abordar las diferencias individuales de cada paciente, en aspectos cognitivos, afectivos, conductuales y ambientales.

De acuerdo con J. D. Frank (1982): La psicoterapia es una interacción confiada, planeada y emocionalmente cargada entre un psicoterapeuta capacitado aprobado por la sociedad y un enfermo. Durante esta interacción el psicoterapeuta busca aliviar la

angustia e incapacidad del enfermo por medio de comunicaciones simbólicas, sobre todo palabras, pero también en ocasiones actividades corporales. El psicoterapeuta puede hacer intervenir o no a los parientes del paciente y a otros en los rituales de curación. La psicoterapia también incluye a menudo ayudar al paciente a aceptar y soportar el sufrimiento como un aspecto inevitable de la vida que puede utilizarse como una oportunidad para el crecimiento personal. (Trull&Phares, 2003, p. 294).

En términos generales, el hecho de abordar esta problemática, es visualizar el “Awareness” personal alcanzado por el paciente y a los motivos que según él, contribuyeron a culminar de manera satisfactoria su proceso terapéutico.

Pregunta de Investigación

En consideración a lo anteriormente expuesto es que nos surge la siguiente pregunta de investigación:

¿A que atribuyen aquellos pacientes que culminan con éxito sus procesos terapéuticos, el éxito de los mismos?

2- Objetivos

2.1. Objetivo General

- Conocer a que atribuyen aquellos pacientes que culminan con éxito sus procesos terapéuticos, el éxito de los mismos.

2.2. Objetivos Específicos

- Registrar las expectativas que tenían los pacientes antes de comenzar su proceso de psicoterapia.
- Conocer el concepto que posee el paciente del psicoterapeuta y del proceso de psicoterapia.

Marco Teórico

I. Antecedentes históricos de la psicoterapia

López Piñero (2002) y Feixas (1993) ubican los antecedentes históricos de la psicoterapia mucho antes del nacimiento de la Psicología como ciencia y de la psicología clínica como campo de aplicación psicológico, específicamente de la mano de otras disciplinas como la religión, la magia, la medicina y la filosofía; afirmación sostenida en la concepción de la psicoterapia como un tratamiento de lo psíquico o del alma. Por su parte Feixas (1993) asevera que la psicoterapia se desarrolló al margen de la medicina oficial. Un siglo más tarde, en este mismo marco, sería retomada por Liébault (1823-1904) y Bernheim (1840-1919) en la Escuela de Nancy, y por Charcot (1825-1893) en la Salpêtrière. Siendo el primer paso para el reconocimiento de la psicoterapia como tratamiento de lo psíquico en el ámbito médico, pero antes dos situaciones debían presentarse: “primero, que la enfermedad mental se desvinculara totalmente de las concepciones sobrenaturales, y segundo, que ciertas formas de neurosis se desvincularan de la patología general” (Feixas, 1995, p.36).

Continuando con Feixas (1993), éste afirma que en la Escuela de Nancy a finales del siglo XIX el término psicoterapia hacía referencia a la “sugestión”. Añade este mismo autor junto a Jurgen (1990), que la fecha inaugural de la psicoterapia es el año 1900, que coincide con el nacimiento del psicoanálisis considerado por Feixas (1993) como el primer sistema integrado de psicoterapia.

Durante la primera mitad del siglo XX, el psicoanálisis tiene su mayor desarrollo y expansión, configurándose como el abordaje psicoterapéutico hegemónico. Esta situación comienza a cambiar a partir de 1943, cuando Carl Rogers crea la terapia centrada en la persona como una alternativa nueva de psicoterapia e inicia un proceso de investigación sobre la relación terapéutica.

Luego, con el desarrollo de los modelos conductuales, sistémicos y cognitivos se acentúa la competencia y hoy en día el psicoanálisis ya no es, por lejos, el único

modelo de intervención disponible. Actualmente, existen más de 400 dispositivos de psicoterapia (Garfield y Bergin, 1994) y, dentro del mismo psicoanálisis, se han reconocido alrededor de 200 variantes. Este escenario plantea el terreno de las psicoterapias como un campo heterogéneo que ha ido creciendo y diversificándose ampliamente.

II. Definición Psicoterapia

Etimológicamente, psicoterapia significa “cuidar o asistir al espíritu, corazón o al ser de otra persona” (Kleinke, 1995, p.21).

Según Jerome Frank (1982 en Kleinke, op. cit. p.21) plantea que “la psicoterapia es una interacción planificada, cargada de emoción y de confianza entre un sanador socialmente reconocido y una persona que sufre”. En ella, el sanador intentaría aliviar el sufrimiento de quien consulta a través de comunicaciones simbólicas, pudiendo o no incluir a la familia u otras personas significativas del paciente en el proceso.

La psicoterapia ha sido considerada también, un proceso de “reeducación emocional” que facilitaría la adaptación a la realidad; donde la relación paciente / terapeuta proporcionaría una “experiencia emocional correctiva” (Alexander y French, 1965 en Ruiz, 2002). En “Una Introducción a los Tratamientos Psicológicos”, Feixas y Miró (1995) plantean que contemporáneamente, se conoce a la psicoterapia como un tratamiento de naturaleza psicológica que a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar biopsicosocial de las personas y grupos, tales como la pareja o la familia.. Estos autores describen cuatro elementos que serían esenciales en toda psicoterapia: el cliente, el psicoterapeuta, la relación terapéutica y el proceso terapéutico.

- 1- El cliente: Es quien acude a los servicios psicoterapéuticos, generalmente por experimentar alguna dificultad o trastorno, lo suficientemente importante en su vida como para provocar un deseo consciente de cambio. De este modo, se

considera paciente cualquier persona que siente la necesidad de realizar cambios que no puede realizar por si mismo y que requiere la ayuda de una persona especialmente preparada.

- 2- El psicoterapeuta: Es quien posee una formación profesional y ciertas características personales. Una de las características más relevantes del papel del terapeuta es que intenta ayudar al paciente.
- 3- La relación terapéutica: Es el elemento considerado esencial en toda psicoterapia. Se caracteriza por ser una relación de carácter profesional, donde el psicoterapeuta se interesa genuinamente por el paciente pero no forma parte de sus relaciones interpersonales cotidianas. Dado que este es un punto considerado central en la psicoterapia tanto teórica como clínicamente, existen distintas visiones de lo que debiera ser esta relación según los diferentes modelos terapéuticos.
- 4- El proceso terapéutico: Se refiere al conjunto de procesos psicosociales que se dan desde el inicio al fin de la psicoterapia. La manera de concebir este proceso dependerá, en gran parte, del modelo psicoterapéutico que se adopte. Si bien actualmente existen diversas concepciones acerca de lo que es la psicoterapia, en todas se describe como una instancia en la cual participa un sistema consultante que trae algún problema y un sistema terapéutico que intenta ayudarlo a encontrar soluciones de acuerdo a su propia formación profesional, cuyo objetivo es suprimir o aliviar el dolor que trae el que consulta (Berrios, 1999).

III. Modelos teóricos psicoterapéuticos

3.1 Modelo psicoanalítico

“El psicoanálisis fue el primer sistema integrado de la psicoterapia moderna” (op. cit., p.88). Fue creado y desarrollado por Freud y se compone de una teoría de la estructura y desarrollo de la personalidad, de la psicopatología, de la relación terapéutica y del proceso psicoterapéutico.

Según Freud (1912; 1976) el primer objetivo del tratamiento es desarrollar un vínculo entre paciente y terapeuta, señalando la importancia de que el analista mantuviera un interés y una actitud comprensiva hacia el paciente para permitir que la parte más saludable de éste estableciera una relación positiva con el analista, disipando las actitudes de resistencia que se manifiestan al principio de la terapia.

En la obra de Freud se pueden distinguir dos conceptualizaciones levemente diferentes sobre la relación entre paciente y terapeuta. En sus primeros escritos Freud describió el vínculo entre terapeuta y paciente como una forma beneficiosa y positiva de transferencia que otorga, al mismo tiempo, autoridad al analista. Este aspecto transferencial favorecía en el paciente la aceptación de las interpretaciones y explicaciones del terapeuta (Freud, 1913 en Horvath y Luborsky, 1993). Posteriormente, consideró que una transferencia positiva podía distorsionar la relación real existente entre ambos, y en sus últimos escritos parece haber modificado este concepto, pasando a la posibilidad de la existencia de un vínculo beneficioso entre terapeuta y paciente basado en la realidad. Según Horvath y Luborsky (op. cit.), las implicancias de esta última perspectiva es que, aunque la interpretación de las proyecciones o experiencias previas no resueltas del cliente eran centrales en la terapia, la capacidad de la porción intacta de la conciencia del cliente, basada en la realidad, para establecer un acuerdo con el terapeuta real, permite emprender la tarea de lograr los objetivos del tratamiento.

3.2 Modelo Humanista

Según Feixas y Miró (1993), lo más relevante de los modelos humanistas, desde el punto de vista psicoterapéutico, radica en el énfasis otorgado a la experiencia inmediata como fenómeno primario. Esto implica que tanto las explicaciones teóricas como la conducta manifiesta, se consideran subordinadas a la experiencia misma y a su significado para la persona. Estos modelos se caracterizan también por el énfasis que le otorgan a los aspectos volitivos, creativos y valorativos de la conducta humana. Estos mismos autores señalan que son varios los enfoques que componen este modelo, entre los cuales se incluyen: el análisis existencial, el enfoque centrado en la

persona, el enfoque gestáltico, el análisis transaccional, el psicodrama y la bioenergética, entre otros. Por lo tanto, resulta difícil hablar de un método terapéutico común. Los terapeutas de estos enfoques utilizan una gran cantidad de procedimientos, dándose importantes diferencias entre un enfoque y otro. Cabe señalar que la mayoría de los terapeutas conocen más de un enfoque y utilizan técnicas y actitudes procedentes de varios de ellos (Feixas y Miró, op. cit.).

3.3 Modelo Cognitivo

A partir de Albert Ellis en 1956 inicio una nueva corriente en psicoterapia que hoy se conoce con el nombre de Terapia Racional Emotiva Conductual. Algunos años después, Aaron T. Beck (1962) inicia una nueva propuesta en psicoterapia que la denomina Terapia Cognitiva. Ambas corrientes, junto con nuevas orientaciones integradoras, conductuales y sociales, actualmente están comprendidas en la Corriente Cognitivo Conductual que adopta el modelo de la psicología cognitiva.

La psicología cognitiva recurre a la utilización de constructos teóricos en tanto conceptos infebriles, indirectamente, de la conducta externa, para poder explicar el funcionamiento mental. Así y de acuerdo con Rivière (1991, p.129), la psicología cognitiva supone la recuperación de una vieja tradición epistemológica en Psicología. Sin embargo, implica un enfoque nuevo del supuesto de que gran parte de la conducta puede explicarse en virtud de representaciones internas e intencionales.

Otro de los conceptos fundamentales en la psicología cognitiva es el de solución de problemas enfatizando en tres aspectos básicos: la comprensión y representación de los problemas, los procedimientos de solución (estrategias) y la generación y decisión de la solución adecuada (Puente, 1995).

Una de las vertientes mas importantes de la psicoterapia cognitiva de Ellis y practica de la RET, es su famosa teoría de los ABC del pensamiento irracional y del trastorno emocional, (Ellis,1984). Esta teoría de la personalidad y de su cambio admite la importancia de las emociones y de las conductas pero enfatiza en particular el rol de las cogniciones en los problemas humanos.

La teoría y práctica de la RET también mantiene que la mejor forma de discutir las creencias irracionales de las personas y de ayudarlas a cambiar sus sentimientos y conductas en la dirección que considere más deseable son, frecuentemente, las técnicas emotivas y conductuales. En el área emotiva emplea una serie de métodos experienciales determinados, entre ellos la imaginación racional-emotiva (Maultsby, 1975; Maultsby y Ellis, 1974).

3.4 Modelo sistémico

Los estudios de las familias desde la orientación sistémica comienzan a articularse con la práctica clínica y las investigaciones recién en la década del 50', si bien hubo estudios anteriores que pueden señalarse como precursores, el movimiento cobra fuerza recién en esos años. Comienza a pensarse que las conductas sintomáticas del individuo son el reflejo de una patología familiar más amplia. Se empiezan a formar diferentes tendencias y escuelas, entre los autores ingleses más reconocidos podemos mencionar a Cooper, Laing y Schatzman, y en EE.UU. a autores como Ackerman, Bateson, Boszormenyi Nagy, Erikson, Framo, Haley, Jackson, Satir, Sluzki y Watzlawick entre otros (Feixas& Miró, 1993).

Recién en las décadas del 60' surge la Terapia Familiar de óptica claramente sistémica, con cierta sistematización de los conceptos fundamentales, y allí podemos ver las tres grandes escuelas tradicionales dentro de la Terapia Sistémica, que son la Escuela de Palo Alto, con Watzlawick y Bateson entre los más reconocidos, la Escuela Estructural cuyo principal representante es Minuchin y la Escuela de Milán con Selvini Palazzoli como su máxima figura (Feixas& Miró, 1993).

Actualmente además de las escuelas sistémicas clásicas se pueden mencionar a los movimientos constructivistas y narrativistas, quienes en general plantean una actitud menos directiva e intervencionista por parte del terapeuta y una actitud más constructivista, generativista y narrativista (Anderson & Goolishian, 1988; Gergen, 1992; White & Epston, 1993; Schnitman, 1994).

En el modelo sistémico, en general, los síntomas son entendidos como expresiones disfuncionales del sistema familiar. En los primeros momentos se trabajaba fundamentalmente con toda la familia o el sistema implicado, pero en la actualidad existen modalidades individuales, de pareja y grupales. El enfoque está centrado en el presente fundamentalmente y existió una tradición de no utilizar diagnósticos psiquiátricos clásicos, ya que estos tendían a transformarse en profecías autocumplidoras (Watzlawick, Weakland&Fisch, 1974).

3.5 modelo integrativo

Es propuesto por el psicólogo Don Roberto Opazo, quien propone el modelo integrativo Supraparadigmático, desarrollado por el instituto chileno de psicoterapia integrativa ICPSI (Opazo, 1992;1997).

Basado en la investigación científica para rescatar los seis paradigmas que han demostrado ser mas relevantes y validados hasta la fecha, los cuales son: Biológico, Ambiental-conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico. (Citado en Maturana 1990, Skinner 1953, Ellis1977, Greenberg y Safran 1984, Freud 1948 y Bateson 1972). Estos se organizan en torno al sistema self, que seria el punto integrador del sistema psicológico.

A esto también se suma una ficha clínica integral: FECl, es una ficha de auto reporte que permite evaluar en cada sujeto los diferentes subsistemas anteriormente mencionados.

IV. Análisis de resultados

El análisis de resultados se realizó de la siguiente manera: en primer lugar se procedió a realizar la **Codificación** y con ello la elección de una unidad de análisis; en este caso fue la línea. A continuación se sometió a las respuestas de las entrevistadas a una interpelación para obtener de ellas las principales ideas o categorías principales, en la fase de la **Categorización Abierta**, y de ese análisis se obtuvieron las siguientes

categorías:

1. Expectativas
2. Awereness
3. Derivación
4. Motivación cognitiva
5. Trasfondo eficaz
6. Empatía

4.1 categorización axial

En esta fase se analizó cada una de las categorías principales, para conocer los atributos internos de cada una, sus características intrínsecas, o atributos internos, los cuales dotan de contenido y significancia el análisis y las conclusiones, finales, además de permitir obtener así las subcategorías pertinentes.

Categoría	Sub categoría	Frases codificadas
Expectativas	Bajas expectativas	"No tenía muchas expectativas, ya que no conocía anteriormente la psicoterapia...". Entrevista n°2 pregunta 2. "...la expectativa no era mucha, al principio no sabía que tan importante sería para el cambio de visión..." entrevista n°3, pregunta 2.
Awareness	Awareness integral	"...Darme cuenta que de lo que uno cree que es malo, siempre existe lo positivo..." entrevista n°1, pregunta 6.
Derivación	Derivación medica	"por derivación del psiquiatra, me sentía ahogada..." entrevista n°4 pregunta 1.
Motivación cognitiva	Despliegue de conductas	"encontrar un espacio de análisis objetivo y de confianza..." entrevista n°2 pregunta 6.
Trasfondo eficaz	Estado cognitivo, afectivo y identidad.	"...aprendí que tenía que crecer que yo era capaz de salir adelante sola..." entrevista n° 7 pregunta 6.
Empatía	Empatía terapéutica	"...gentil y empática, lo que me facilitó como paciente..." entrevista n°1, pregunta 8. "...empática ya que sabe como abordar a la persona..." entrevista n°3, pregunta 8.

V. Conclusiones

A través de la historia se han realizado múltiples estudios en relación a la comprensión teórica y práctica del rol que posee el paciente y/o cliente dentro del espacio psicoterapéutico. Viéndose dicho rol de un modo subjetivo a la hora de exponer sus problemas y/o quejas desde la mirada de un observador y evaluador, como es en este caso su psicoterapeuta. Continuando con lo anterior y interpelando los estudios realizados en cuestión, es pertinente decir que estos logra diferenciar la actitud que posee el/a paciente en relación a la Motivación, Awereness y Expectativas preexistentes al dar el paso de iniciar un proceso psicoterapéutico, incidiendo claramente en la culminación de dicho proceso. Por otra parte tenemos la baja comprensión que posee el paciente en relación al conflicto intrapsíquico consigo mismo y con el entorno en el que se desenvuelve.

Con respecto a los objetivos que se plantearon al inicio de esta investigación podríamos decir que dichos objetivos se cumplieron cabalmente.

El objetivo específico nº1, planteaba: Registrar las expectativas que tenían los pacientes antes de comenzar su proceso de psicoterapia. De esto podemos inferir que se pudieron consignar las expectativas que poseían los pacientes en relación al proceso de psicoterapia en si, ya que las mismas afloraron nítidamente en las respuestas a las entrevistas.

En relación al objetivo nº2 se señalaba: Conocer el concepto que posee el paciente del psicoterapeuta y del proceso de psicoterapia. A esto hay que decir que fue posible conocer en profundidad el concepto de la psicoterapia que poseía cada uno de los entrevistado/a, ya que el tipo de entrevista semiestructurada permitió profundizar en el mismo objetivo.

Teorizando en base a las principales categorías encontradas, podemos decir que a nuestro entender hay dos elementos fundamentales que pueden dar respuesta a la pregunta de investigación. En primer lugar, la **Experiencia del terapeuta** en donde

señala la importancia de la **Empatía** como elemento principal para llevar a cabo un buen término del proceso psicoterapéutico. La inexistencia de la misma imposibilitaría la consecución integral de dicho proceso.

Otro elemento de vital importancia sería ‘el estar ahí’, ‘el darse cuenta’, ello permite que el paciente adquiera conciencia de su propia problemática psicológica, logrando replantearse la extinción de la misma, adquiriendo una conducta más optimista consigo mismo al sentirse más seguro del camino que se decida recorrer en conjunto con su terapeuta.

En relación con lo anteriormente expuesto es necesario considerar también, que dentro del proceso psicoterapéutico los pacientes consultaran previa **Derivación** de un médico de salud mental “Psiquiatra”. Hay que decir que ello no garantiza la adherencia del paciente a dicho proceso.

En otro ámbito, debe decirse, que hay que considerar la **Motivación Cognitiva** que poseen los pacientes al inicio o en el transcurso del proceso de psicoterapia, permitiendo identificar y fortalecer aquellas debilidades que se observan en el paciente o que él mismo exprese, esto propiciaría un adecuado proceso de psicoterapia, y contribuye bastante a finalizar con éxito dicho proceso, es decir que el paciente culmine su proceso de psicoterapia. Continuando por la misma línea y con respecto al **Trasfondo Eficaz** que presenta el paciente, éste adquirirá conciencia de la de la importancia de su rol dentro del proceso psicoterapéutico lo que propiciará que el paciente confíe en sí mismo para provocar el cambio necesario para sí mismo y propiciar su propio bienestar físico y psicológico.

Bibliografía

1. Carla Carvajal Fuentes, 2012. “Desarrollo de la persona del terapeuta y su influencia en el quehacer profesional: desde la mirada de los experimentados”. Tesis para optar al grado de magíster en psicología clínica de adultos.

2. Catalina Hidalgo Cossio. Influencia de las características del terapeuta y del paciente en la constitución de la relación terapéutica. Revista electrónica. Medellín, Colombia. Volumen, 5 N°7. 2013. ISSN2145-437X.
3. Froján Parga, María Xesús, Montañó Fidalgo, Montserrat, Calero Elvira, Ana, García Soler, Álvaro, Garzón Fernández, Álvaro, Ruiz Sancho, Elena María, Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta. Psicothema [en línea] 2008, 20 [Fecha de consulta: 2 de diciembre de 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72720415>> ISSN 0214-9915
4. Krause, Mariane, de la Parra, Guillermo, Arístegui, Roberto, Dagnino, Paula, Tomicic, Alemka, Valdés, Nelson, Vilches, Oriana, Echávarri, Orietta, Ben-Dov, Perla, Reyes, Lucía, Altimir, Carolina, Ramírez, Ivonne, Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. Revista Latinoamericana de Psicología [en línea] 2006, 38 (Sin mes) : [Fecha de consulta: 2 de diciembre de 2018] Disponible:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80538206>> ISSN 0120-0534
5. .- Maria Winkler, Claudia Caceres, Ignacio Fernandez, Jorge Sanhueza. Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico: una sistematización. Revista terapia psicológica. Año VIII, nº 11, (34 a 40), 1989.
6. Maricelly Gómez Vargas. Concepto de psicoterapia en psicología clínica The Concept of Psychotherapyon ClinicalPsychology. <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/download/10290/9589>.
7. Opazo, R. (2004). Psicoterapia integrativa y desarrollo personal. En la integración en psicoterapia: manual practico. Fernández – Álvarez, H. Y Opazo Castro R. (Eds.). Paidós, Barcelona.

8. Revista Latinoamericana de Psicología [en línea] 2006, 38 (Sin mes) : [Fecha de consulta: 17 de junio de 2018]. Disponible:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80538206>> ISSN 0120-0534.
9. Ramón Riera. La conexión emocional. Formación y transformación de la nostra manera de reaccionar emocionalment. Barcelona: editorial octaedro. Col·lecció recursos. 1^a edición, febrero 2010.
10. Rondón Benítez, Ángela Patricia, Otálora Bastidas, Iván Leonardo, Salamanca Camargo, Yenny, Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. International Journal of Psychological Research [en línea] 2009, 2 (Sin mes) : [Fecha de consulta: 3 de junio de 2018] Disponible:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023513007>> ISSN 2011-2084
11. Lanza Castelli. La escritura en psicoterapia, regulación emocional y funcionamiento reflexivo. Revista Internacional de Psicoanálisis en internet. número 025, 2007. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071822282012000200011&script=sci_arttext&tlng=pt