



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Mendoza-Argentina

TESINA DE GRADO
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

“PERCEPCIÓN DE EFECTIVIDAD EN
TERAPEUTAS DE PAREJA”

ALUMNA: AVILA MARINA ANTONELLA

DIRECTORA: LIC. GRZONA SOFÍA

COLABORADORA: LIC. ZÚÑIGA MARIA JULIA

AÑO: 2017

Índice:

Título.....	2
Índice.....	3
Hoja de evaluación.....	5
Agradecimientos.....	6
Resumen.....	8
Abstract.....	9
Introducción.....	10
<i>Primera Parte: Marco Teórico.....</i>	14
Capítulo I: Percepción del terapeuta como herramienta en el proceso psicoterapéutico.....	15
1.El papel de la percepción en la construcción de la realidad.....	16
1.1 Influencia de las diferentes percepciones en el proceso terapéutico.....	20
1.2 La percepción de efectividad en el terapeuta.....	22
Capítulo II: Efectividad en Terapia.....	24
2.1 Efectividad en la historia de la psicoterapia.....	25
2.2 Efectividad, eficiencia, eficacia.....	26
2.3 Variables relacionadas a la efectividad de tratamiento.....	31
2.3.1 Variables Inespecíficas de efectividad.....	33
2.4 Antecedentes de efectividad en las distintas líneas teóricas.....	44
Capítulo III: Psicoterapia de Pareja.....	55
3.1 La psicoterapia como campo.....	56
3.2 Pareja.....	59
3.2.1 La pareja a través de la historia.....	59
3.3 Terapia de pareja.....	62
3.3.1 Diferentes Abordajes.....	66
<i>Segunda parte: estudio de campo.....</i>	85
Capítulo IV: Metodología.....	86

4.1 Objetivos.....	87
4.1.1 Objetivos Generales.....	87
4.1.2 Objetivos Específicos.....	87
4.2 Método.....	87
4.2.1 Tipo de estudio.....	87
4.2.2 Descripción de la muestra.....	88
4.2.3 Instrumentos, materiales de investigación y evaluación.....	89
4.2.4 Procedimiento.....	90
Capítulo V: Análisis de resultados.....	92
5 Análisis de resultados.....	93
5.1 Percepción de efectividad.....	97
5.2 Percepción de variables que influyen en efectividad.....	103
5.3 Similitudes y diferencias entre enfoques.....	110
Capítulo VI: Discusión de resultados.....	113
6. Discusión de resultados.....	114
6.1 Relación teoría e investigación.....	114
-Percepción de efectividad.....	114
-Factores o elementos que influyen en la efectividad.....	120
-Similitudes y diferencias entre enfoques.....	129
6.2 Limitaciones y desafíos futuros.....	131
Capítulo VII: Conclusiones.....	133
7.1 Conclusiones.....	134
Referencias Bibliográficas.....	139
Anexos.....	150
Anexo 1: Consentimiento Informado.....	151
Anexo 2: Entrevista Semidirigida.....	152

Hoja de evaluación:

TRIBUNAL EXAMINADOR:

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Prof. Invitados: Lic. Grzona Sofía

Lic. Zúñiga María Julia

Calificación:

Agradecimientos:

Agradezco en esta instancia a mis padres Margarita y Ricardo, quienes con mucho esfuerzo y dedicación hicieron posible que hoy pueda encontrarme en esta etapa de mi vida. Por brindarme la oportunidad de seguir creciendo, cumpliendo una meta y sueño importantísimo. Gracias a ellos esto es posible. Agradecida y orgullosa de ser su hija. Este logro es para ustedes... Gracias por el apoyo incondicional de siempre, la paciencia y el respeto hacia esta vocación que amo.

Gracias a mis hermanas Andrea y Julieta, mis fieles compañeras de vida, que estuvieron presentes en este recorrido y siempre, escuchándome, apoyándome.

A mi novio Emiliano, gracias por ser mi pilar, por caminar junto a mí, saber escucharme y darme fuerzas para seguir. Por creer siempre en mí, por la confianza, escucha, paciencia, por ayudarme a crecer y a superarme cada día. Gracias por tu amor incondicional.

A las hermanas que encontré y adopté de la vida, Yesica y Soledad, simplemente por estar siempre ahí firmes, apoyándome en cada paso, etapa y momento de este camino en el que seguiremos acompañándonos siempre. Gracias!

A las amigas que conocí y encontré en esta carrera y con quienes comparto el amor hacia esta hermosa profesión, Micaela y Yanina.

A mis directoras de tesina Lic. Sofía Grzona y Lic. Julia Zúñiga, gracias por estar presente, por haber sido una guía importantísima en todo este proceso, por responder mis inquietudes, por la predisposición, la escucha constante, los consejos, por transmitirme sus conocimientos y enseñanzas. Gracias por el compromiso y dedicación demostrada. Inmensamente agradecida de haber tenido el honor y el placer de compartir, ser acompañada en este proceso por profesionales y personas tan hermosas.

A la directora de carrera Mgter. Andrea Agrelo, por responder mis inquietudes durante este proceso sin dudar.

A los terapeutas entrevistados que brindaron su tiempo y sin cuyos aportes este trabajo no hubiera sido posible. Gracias por sus conocimientos y por haber colaborado sin dudar, un placer inmenso haber contado con su experiencia.

A compañeras y profesores del proyecto de investigación “Roles de género y conflictos de pareja: estereotipos de género en las consultas psicológicas de pareja en el contexto mendocino”, del cual surge este trabajo. Gracias a todos quienes de alguna u otra forma se hicieron presentes durante esta fase.

Gracias a Dios por iluminarme durante toda la carrera y durante mi vida. Por haberme dado voluntad, perseverancia y vocación para transitar este hermoso camino.

¡Muchas Gracias!

Resumen:

La terapia de pareja es un campo donde la efectividad ha sido aún poco explorada. La presente investigación se inspira en el estudio de dicho campo, donde se propone identificar cuál es la percepción de efectividad de terapeutas de pareja, así como también indagar los criterios que los mismos tienen en cuenta a la hora de evaluar la efectividad en su quehacer profesional. La perspectiva epistemológica que se toma es la Constructivista, desde la que se sostiene que la realidad aparece como el resultado de nuestras percepciones, rechazando así la existencia de una verdad única e indiscutible. En este trabajo se tomará en cuenta la lectura de lo que hace exitoso o no a un tratamiento, es decir la percepción de efectividad de los diferentes terapeutas. La metodología del estudio es cualitativa y el diseño, fenomenológico. La muestra estuvo compuesta por terapeutas de pareja de las líneas psicoanalítica y sistémica. Se trabajó con entrevistas semidirigidas y se aplicaron los instrumentos del análisis de contenido al discurso de los terapeutas, en consonancia con la perspectiva planteada.

Palabras clave: Efectividad en psicoterapia, Percepción de efectividad, Terapia de Pareja.

Abstract:

Couples therapy is a field where effectiveness is still scarcely explored. This research is inspired by the study of this field, where it is proposed to identify the perception of effectiveness of couples therapists, as well as to investigate the criteria they take into account when evaluating the effectiveness of their professional task. The perspective adopted is the Constructivist approach, which maintains that reality appears as the result of our perceptions, thus rejecting the existence of an absolute truth. In this research the interpretation of what makes a treatment successful or not, alternatively the perception of effectiveness of different therapists, is essentially important. The methodology of the study is qualitative and the design, phenomenological. The sample was composed by couples therapists of the psychoanalytic and systemic lines. The work included semi-directional interviews and the instruments of the analysis of the categorical content were applied to the therapists' discourse, in accordance with the proposed perspective.

Key words: Effectiveness in psychotherapy, Perception of effectiveness, Couples therapy.

Introducción:

El presente trabajo surge de un proyecto de investigación llevado a cabo en la Universidad del Aconcagua, Facultad de Psicología denominado “Roles de género y conflictos de pareja: estereotipos de género en las consultas psicológicas de pareja en el contexto mendocino” dirigido por la Lic. Grzona Sofía quien además dirige la presente tesina, junto con la Lic. Zúñiga M. Julia.

Respecto a lo planteado en la investigación, se puede decir que la eficacia y efectividad de la terapia psicológica, son temas que están generando actualmente un importante debate ya que son claves tanto desde un punto de vista científico como del quehacer profesional.

La discusión de la efectividad de los distintos procedimientos psicoterapéuticos ha ocupado un lugar importante en la investigación en psicoterapia entre los años 1952 y 1980 hasta nuestros días. Desde entonces los esfuerzos de los investigadores en el área psicoterapéutica se centraron en demostrar la efectividad de la psicoterapia por sobre la ausencia de ésta y en el intento por demostrar también qué enfoque o técnica obtenía mejores resultados (Winkler 1998, citado en Mustaca, 2004).

A fines de 1978 se observó un relativo *consenso* entre distintos autores, quienes reportaron indicadores similares de efectividad terapéutica entre las distintas terapias (Bergin y Lambert 1978; Frances et. al, 1985; Frank 1959; Hirsch y Rosarios 1978; entre otros citados en Winkler, Cáceres, Fernández & Sanhueza, 1998). En este aspecto, el estudio de las variables inespecíficas de la psicoterapia permite establecer aspectos comunes a cualquier procedimiento psicoterapéutico, independientemente de las técnicas utilizadas y de las teorías que las sustentan.

Siguiendo esta perspectiva, diversas investigaciones en psicoterapia (Santibáñez et.al., 2008) indican que los factores que influyen en la efectividad del proceso terapéutico, pueden ser de dos tipos: **Factores específicos:** asociados a aspectos

técnicos del enfoque psicoterapéutico utilizado y **Factores inespecíficos:** comunes a los enfoques, relacionados con aspectos del consultante, del terapeuta y de la relación entre ambos.

Afirmando lo anterior Díaz Oropeza (2012) expresa que las distintas modalidades de psicoterapia producen sus efectos a través de un grupo común de elementos del terapeuta y de los clientes. Sosteniendo que existen pocas diferencias entre las distintas modalidades de psicoterapia sustentando así la idea de que los factores comunes podrían ser los responsables del cambio terapéutico, tales como: características del cliente, cualidades del terapeuta, procesos de cambio, estructura del tratamiento y relación terapéutica.

De alguna forma dichos datos en cuanto variables o factores específicos e inespecíficos influyentes en la efectividad de la terapia, se indagan en el presente estudio, ya que se inspira en la idea de reconocer la percepción de efectividad de terapeutas de pareja de distintas líneas teóricas, teniendo una mirada o perspectiva constructivista. A partir de la cual *la realidad aparece como el resultado de nuestras percepciones, rechazando así la existencia de una verdad única.* En este trabajo la lectura de realidad sobre lo que hace exitoso o no a un tratamiento, o bien la percepción de efectividad de los diferentes terapeutas es de esencial importancia. Considerando primordialmente la construcción de cada uno en su quehacer profesional en función a lo indagado.

Tomando una posición constructivista, se considera que no existe una respuesta correcta que excluya las demás posibilidades; por lo tanto se estudia la percepción como algo que se construye, dándole máxima importancia al consenso y a la construcción de la realidad vivenciada. Aquí se busca reconocer si existe consenso entre los *terapeutas de pareja* en cuanto a lo que los mismos valoran a la hora de evaluar la efectividad en su quehacer profesional, pudiendo reconocer si se encuentra relacionado esto a los enfoques o líneas a las que pertenecen.

Haciendo una breve mención en cuanto a terapia de pareja, Biscotti (2006) desde una mirada constructivista sostiene que en las mismas existe un permanente interjuego entre las creencias entendidas como definiciones de sí, del otro y de la relación; y los juegos relacionales a partir de ellas a veces no permiten nuevas posibilidades y mejores negociaciones. Resaltando que el lugar de un terapeuta de pareja tiene que ver con ayudar a las parejas a posibilitarse una lectura diferente de este escenario, a través de los puntos más sensibles para ello.

El análisis se realizará a través del discurso de terapeutas de pareja pertenecientes a las líneas psicoanalítica y sistémica por medio de entrevistas semidirigidas. Se abordarán temáticas tales como ¿Cuál es la percepción de efectividad en el quehacer profesional del terapeuta de pareja? ¿En qué se basan estos profesionales para definir como exitosa o no sus terapias? ¿Los terapeutas creen en la efectividad de un enfoque por sobre los demás? ¿Tiene esto que ver con la orientación teórica del profesional? entre otras.

El estudio contribuye a comprender si la percepción de efectividad de los terapeutas se relaciona a su orientación teórica y a reconocer si para los mismos las variables mencionadas como inespecíficas son las responsables del éxito terapéutico tal como lo sostienen diferentes autores mencionados anteriormente.

El marco teórico se divide en tres capítulos. En el primero se aborda el concepto de percepción desde una perspectiva constructivista, relacionándolo a la influencia de las distintas percepciones en el proceso terapéutico. El segundo capítulo se centra en el concepto de efectividad, realizando un recorrido histórico del mismo, pudiendo reconocer los antecedentes de los distintos enfoques según estudios e investigaciones haciendo hincapié en las variables inespecíficas que en estos estudios se sostienen como responsables del éxito terapéutico. En el tercer capítulo se desarrolla la temática sobre psicoterapia de pareja como campo en general y desde las distintas líneas u orientaciones teóricas.

El estudio de campo está organizado en cuatro capítulos. En el primero, se consignan los objetivos de investigación y aspectos metodológicos; en el segundo se tratan los resultados, en el tercero se propone la discusión de los mismos, culminando con las limitaciones. En el cuarto y último capítulo se describen las conclusiones pertinentes de la investigación considerando si éstas coinciden o no en líneas generales con lo descrito en las diferentes investigaciones rastreadas para dicho trabajo y proponiendo perspectivas futuras a investigar.

PRIMERA PARTE

MARCO TEÓRICO

Capítulo I:

*Percepción del terapeuta
como herramienta en el
proceso psicoterapéutico*

1. El papel de la percepción en la construcción de “la realidad”:

Resulta pertinente iniciar la presente tesina acerca de la percepción de efectividad de los terapeutas de pareja, definiendo qué se entenderá cuando se hable de percepción. Existen diversas teorías y posturas sobre la percepción, como constructo. Entre éstas en el presente trabajo se tomará una postura Constructivista, debido a que la misma se sostiene que *la realidad aparece como el resultado de nuestras percepciones, rechazando así la existencia de una verdad única*. En este trabajo la lectura de lo que hace exitoso o no a un tratamiento, o bien la percepción de efectividad de los diferentes terapeutas, es de esencial importancia.

Watzlawick (1998) refiere que el constructivismo o pensamiento constructivista conduce inevitablemente a hacer del hombre pensante el único responsable de su pensamiento, de su conocimiento y hasta de su conducta. Sosteniendo que el mundo que experimentamos lo construimos automáticamente nosotros mismos porque no reparamos (no sabemos) en cómo realizamos ese acto de construcción.

Por su parte Melgarejo (1994) sostiene lo siguiente:

La percepción es biocultural porque, por un lado, depende de los estímulos físicos y sensaciones involucrados y, por otro lado, de la selección y organización de dichos estímulos y sensaciones. Las experiencias sensoriales se interpretan y adquieren significado moldeadas por pautas culturales e ideológicas específicas aprendidas desde la infancia. La selección y la organización de las sensaciones están orientadas a satisfacer las necesidades tanto individuales como colectivas de los seres humanos, mediante la búsqueda de estímulos útiles y de la exclusión de estímulos indeseables en función de la supervivencia y la convivencia social, a través de la capacidad para la producción del pensamiento simbólico, que se conforma a partir de estructuras culturales, ideológicas, sociales e históricas que orientan la manera como los grupos sociales se apropian del entorno (p 47).

Siguiendo a este autor, una de las principales disciplinas que se ha encargado del estudio de la percepción ha sido la psicología, en términos generales, tradicionalmente esta línea ha definido a la percepción de la siguiente forma: “*La percepción es el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización*” (Melgarejo, 1994, 48).

Aun así, entre los diversos autores que abordan la temática, Allport (citado en Melgarejo, 1994) por su lado no la considera un aspecto puramente cognitivo, y apunta que la percepción es algo que comprende tanto la captación de las complejas circunstancias ambientales como la de cada uno de los objetos. Ambos procesos se hallan tan íntimamente relacionados que casi no es factible, sobre todo desde el punto de vista de la teoría, considerarlos aisladamente uno del otro.

Por otro lado, se puede decir que la percepción cuenta con ciertas características que son las siguientes: *es subjetiva, selectiva y temporal*. Es subjetiva ya que las reacciones hacia un mismo estímulo varían de un individuo a otro. *La percepción en si implica matices de subjetividad* (Árcega, Muñoz y Rosales, 2005). Es selectiva ya que el individuo no puede percibir todo su entorno y al mismo tiempo, por lo que realiza una selección de campo perceptual de lo que desea percibir. Es temporal debido a que se da a corto plazo, ya que la manera en que los individuos llevan a cabo el proceso de percepción va evolucionando con la experiencia.

La percepción subjetiva personal es la construcción psicológica, emocional y su manifestación fisiológica a través de la cual nos diferenciamos e identificamos a nosotros mismos de los demás y de lo que algunos denominan la *realidad objetiva*. Es lo que llamamos nuestro “punto de vista personal”, nuestra particular manera de vernos a nosotros mismos y al mundo a nuestro alrededor.

Su propósito es la adaptación al entorno y sirve también como protección básica, defensa y auto-preservación, así como darnos un sentido de identidad de acuerdo al ambiente que nos rodea (Vivaldi & Barra, 2012).

Por su parte Escobar (2010) toma una de las premisas fundamentales de la perspectiva constructivista: “*el observador participa en la construcción de lo observado*”, es en esto en lo que insiste el constructivismo. Es decir que por ejemplo escuchar lo que un terapeuta asevera percibir en el proceso terapéutico, nos dice más acerca del terapeuta (el observador) que de quien consulta.

Siguiendo la línea de este autor, manifiesta:

Cada uno de nosotros lleva consigo un mapa del mundo, una representación o una concepción que conduce a construir lo que se percibe de modo que pasa a ser distinguido y significado como realidad. Nuestro pensamiento y nuestra acción se edifican en torno a esta construcción internalizada, que pasa a ser reforzada en cada momento (Escobar, 2010 p177).

Heinz von Foerster (como se citó en Marchevsky, 2010 195) sostiene: “*Hay un continuo proceso circular y repetitivo en el que la epistemología determina lo que vemos y eso establece lo que hacemos: a la vez nuestras acciones organizan lo que sucede en nuestro mundo, que luego determinan nuestra epistemología*”.

Esta evolución cibernética se enlaza a la terapia al ofrecerle un marco epistemológico renovado y diferente para desarrollar los modelos clínicos. Este marco provee una visión acerca del conocimiento, la verdad y la realidad. Significa que el terapeuta ya no es alguien que describe al sistema familiar o bien podría decirse en este trabajo al sistema pareja como un observador objetivo, es decir desde afuera; sino que sus descripciones son parte de su inclusión en él. De esta manera el terapeuta co-construye al sistema en el que participa (Marchevsky, 2010). Esto supone la responsabilidad personal y la ética, ya que desde esta perspectiva no se realiza el descubrimiento de la realidad, sino la construcción de la misma. Es decir que el

conocimiento es el resultado de una actividad relacional; es una *construcción del sujeto*; no es una representación de la realidad.

Esto mismo lo explica también Maturana (1990) dándole el nombre de objetividad entre paréntesis: (objetividad). Sostiene que en el camino de la objetividad entre paréntesis no hay verdad absoluta ni verdad relativa, sino muchas verdades diferentes en muchos dominios distintos.

Dicho autor lo explica de la siguiente manera:

En el camino explicativo de la objetividad entre paréntesis, la indistinguibilidad experiencial entre ilusión y percepción es una condición constitutiva del observador, una limitación o falla de su operar. Por esto, al aceptar esta condición como una condición constitutiva, nos damos cuenta de que en este camino explicativo hay múltiples dominios de realidad, cada uno constituido como un dominio explicativo definido como un dominio particular de coherencias experienciales. Debido a su manera de constitución como dominios de coherencias experienciales, todos los dominios de realidad en el camino explicativo de la objetividad entre paréntesis son igualmente válidos, aunque distintos y no todos igualmente deseables para vivir. Al mismo tiempo una afirmación o explicación hecha en un dominio de realidad de este camino explicativo es absurda, falsa o ilusoria cuando es escuchada desde otro dominio de realidad (Maturana, 1990 p.36).

Se puede decir entonces que el constructivismo rompe con las convenciones y desarrolla una teoría del conocimiento en la cual éste ya no se refiere a una realidad ontológica, “objetiva”, sino que se refiere exclusivamente al ordenamiento y organización de un mundo constituido de nuestras experiencias (Watzlawick, 1998).

Este mismo autor expresa que el mundo que experimentamos y llegamos a conocer es necesariamente construido por nosotros mismos, por lo que luego no resulta sorprendente que ese mundo nos parezca relativamente estable. El mundo que es construido es un mundo de experiencia que está constituido por las experiencias y que no tiene ninguna pretensión a la “verdad” en el sentido de corresponder con una realidad ontológica.

Maturana (1990) nos dice que, sostener tales afirmaciones no significa que no exista realidad, sino que no se puede usar el objeto (observado) como criterio de validación para enunciados científicos. Ya que afirmar que una explicación es científica, no es más que un acuerdo, *consenso*, en el ámbito de los observadores y esto tiene que ver con la experiencia humana. Definiendo así al observador como un sistema con componentes y propiedades que le permiten realizar aquellas operaciones que son necesarias para observar. Sosteniendo que el dominio de las observaciones posibles, quedaría determinado por las propiedades del sistema que observa (observador).

1.1 Influencia de las diferentes percepciones en el proceso terapéutico:

Los constructivistas sostienen que para comprender el mundo, debemos poder comprendernos a nosotros mismos, es decir a los observadores de dicho mundo. Entonces para entender la percepción, el observador debe ser capaz de dar cuenta de sí mismo.

En este trabajo se apunta a la percepción que los terapeutas de pareja tienen en cuanto a efectividad de sus terapias, relacionándolo a lo que los mismos consideran importante a la hora de hablar de efectividad de su quehacer profesional.

Relacionando lo anterior a lo que Bandura (1987, citado en Sciardis, 2010) expone como auto eficacia, podría decirse que para que una persona pueda percibirse auto eficaz en cierto punto, primero debe realizar una selección de campo perceptual de

acuerdo a las expectativas que tiene y cómo se percibe en cuanto a habilidades personales para tratar las situaciones que se le presentan. Es decir que pone en juego su percepción para determinar qué situaciones puede afrontar, cuáles no, y las razones de esto.

En este punto Krause (2011) expone que la autoimagen, el sentimiento de confianza en sí mismo y la sensación de auto eficacia pueden ser influenciados directamente. Llevado esto a términos de terapia psicológica, podría sostenerse que el hecho de que terapeuta y paciente *se sientan capaces de llevar a cabo el proceso con éxito*, puede ser un factor sumamente influyente en los resultados positivos del mismo.

Tal como se verá más adelante en otros capítulos, la relación terapéutica, el paciente y el terapeuta son puntos clave para algunos autores a la hora de hablar de efectividad de la terapia (Morianana & Martínez, 2011).

Sumando a lo dicho anteriormente, Olán (2007) sostiene que la mayoría de las expectativas de los sujetos antes de la primera entrevista se centran en el terapeuta, es decir, los sujetos esperan encontrarse con alguien que les escuche, les apoye, les entienda, etc. En el estudio llevado a cabo por este investigador, todos los sujetos abrigaron alguna *expectativa* antes de su primera entrevista. Esta expectativa probablemente influyó en la percepción de los pacientes, en que continuaran en el proceso, por lo cual pudo considerarse una variable en efectividad debido al no-abandono de la misma.

Por otro lado en una investigación realizada en nuestro país, García & Fantín (2010) se obtuvieron resultados que afirmarían que la psicoterapia en Argentina disfruta de una gran aceptación en la opinión pública. Los datos de este estudio señalan que aproximadamente tres de cuatro personas en la muestra, *confían en la efectividad* de los tratamientos psicológicos. Sosteniendo que los pacientes tienen una valoración positiva de los resultados obtenidos en terapia, ya que han experimentado personalmente

beneficios, o cambios significativos que pudieran haber observado en personas conocidas que han asistido a consulta psicológica

En este mismo estudio se sostiene que las expectativas pueden intervenir, a modo de un modelo de anticipación de la experiencia, y teñir en gran medida la percepción acerca de la efectividad de la terapia y de los resultados obtenidos.

Es decir que se vería aquí como importante a la hora de influir en el éxito o no de un proceso terapéutico, la percepción que ambas partes tengan respecto al mismo, en este caso de los pacientes. Es decir que el filtro con que cada quien mire el mundo en el sistema terapéutico (que incluye tanto terapeutas como a quienes consultan) va a generar una mayor o menor influencia para que el cambio se produzca.

1.2 La percepción de efectividad en el terapeuta

También resulta de gran importancia la percepción que los terapeutas tengan sobre el éxito de los procesos terapéuticos y de quienes consultan. Podría pensarse desde una perspectiva constructivista tanto en relación a la revisión de sus propias percepciones a medida que avanza el proceso y en su finalización; como también la importancia de la supervisión como pedido de colaboración de otro experimentado en la propia percepción del proceso de la terapia. Teniendo así una co-construcción del proceso en cuanto a percepción de efectividad. Estas son formas de darle lugar al trasfondo epistemológico sostenido, priorizando el consenso en la construcción de la realidad.

Siguiendo esta línea, Watzlawick y otros (1986, 121 citado en López Pérez, 1997) sostienen que *“Lo real es aquello que un número suficientemente amplio de personas ha acordado definir como real.”* Watzlawick (1992, 17 citado en López Pérez, 1997) *“Real es, al fin y al cabo, lo que es denominado real por un número suficientemente grande de hombres. En este sentido extremo, la realidad es una convención interpersonal.”*

En cuanto a la investigación que aquí se llevará a cabo, la convención interpersonal adoptada implica que la percepción es relevante en función de considerar qué es lo que hace a un terapeuta valorar como efectiva una terapia, teniendo en cuenta su apreciación personal del trabajo realizado y resultados obtenidos.

Otra forma de convención interpersonal que se tomará en esta investigación es la que presentan Moriana y Martínez (2011) donde se establecen diferentes niveles de evidencia enumerados por el NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*) organización independiente, responsable de proveer guías de tratamiento al sistema público sanitario del Reino Unido. De acuerdo a estos niveles establecidos, en la presente investigación se estaría hablando de un nivel IV, debido a que en éste la evidencia se encuentra basada en la opinión de un comité de expertos y/o de clínicos con experiencia. Constituido aquí por los terapeutas de pareja entrevistados.

A su vez y en consonancia con la epistemología presentada, se decidió analizar los datos a partir de la técnica análisis de contenido, dándole relevancia a la percepción de cada terapeuta y a lo que considera como real en sus terapias, pudiendo relacionar si existe un consenso en cuanto a la percepción de efectividad de los mismos.

Capítulo II:

Efectividad en Terapia

2. Efectividad:

2.1 Efectividad en la Historia de la Psicoterapia

En los últimos años se ha puesto énfasis en el estudio de la efectividad de las intervenciones psicológicas, estableciéndose pautas rigurosas para su validación empírica que se fundamentan en el método científico (Mustaca, 2004).

Pero la importancia de utilizar el método científico para estudiar la eficacia de las intervenciones psicológicas no es reciente. La investigación y la práctica psicoterapéutica tienen objetivos diferentes (Ardila 1990, citado en Mustaca, 2004). La primera buscaría encontrar datos nuevos y formular conceptualizaciones, en cambio la psicoterapia intenta ayudar al consultante a solucionar sus problemas vitales es decir, es ciencia y arte. La investigación básica es el fundamento de la psicoterapia. Es importante comprender que los puntos de convergencia entre la investigación y la psicoterapia que menciona Ardila están alcanzando cada vez más relevancia.

La discusión de la efectividad de los distintos procedimientos psicoterapéuticos ha ocupado un lugar importante en la investigación en psicoterapia entre los años 1952 y 1980 hasta nuestros días. Esta discusión se inició debido a una publicación que realizó Eysenck, donde exponía que los resultados de la psicoterapia eran inferiores a la no terapia, por lo que no era recomendada su aplicación. Desde entonces los esfuerzos de los investigadores en el área psicoterapéutica se centraron en demostrar la efectividad de la psicoterapia por sobre la ausencia de ésta y en el intento por demostrar también qué enfoque o técnica obtenía mejores resultados (Winkler, 1998 citado en Mustaca, 2004).

En este contexto, se privilegió el estudio del efecto de las variables específicas de cada método terapéutico. Se buscó determinar entonces la efectividad diferencial de las técnicas psicoterapéuticas.

A fines de 1978 se observó un relativo *consenso* entre distintos autores, quienes reportaron indicadores similares de efectividad terapéutica entre las distintas terapias

(Bergin y Lambert 1978; Frances et. al, 1985; Frank 1959; Hirsch y Rosarios 1978; entre otros citados en Winkler, Cáceres, Fernández & Sanhueza, 1998). A partir de estos resultados se concluyó que las variables específicas o técnicas de cada enfoque teórico, no permitían una comprensión del cambio terapéutico en función de ellas, por lo que fue necesario orientar la investigación en psicoterapia hacia las variables del proceso terapéutico que no involucraran aspectos técnicos de cada enfoque teórico.

Es así como a partir de 1980 Garfield (1981, citado en Winkler et.al., 1998) plantea que el cambio terapéutico se relaciona con aspectos del paciente, del terapeuta y de la relación que se establece entre ambos. Esta idea se plasmó en el desarrollo de una nueva línea de investigación en psicoterapia: la investigación de *variables inespecíficas del tratamiento* (Frances et. al, 1985; Navarro et. al, 1987a, 1987b; citado en Winkler et.al., 1998) área que en la actualidad es ampliamente estudiada.

En este aspecto, el estudio de las variables inespecíficas de la psicoterapia permite establecer aspectos comunes a cualquier procedimiento psicoterapéutico, independientemente de las técnicas utilizadas y de las teorías que las sustentan. Dichas variables se desarrollan en los siguientes puntos de este capítulo (punto 2.3).

2.2 Efectividad, Eficiencia y Eficacia

López, Grau & Escolano (2002) respecto a la *eficacia* señalan que:

La eficacia de una intervención depende de la calidad de los datos empíricos que la sustentan. Los autores que defienden una línea científica consideran sólo como claramente eficaces a los tratamientos que cumplen las siguientes condiciones: 1) han sido investigados mediante *buenos diseños experimentales de grupo o

*Buenos diseños experimentales: los tratamientos deben estar bien descritos y las características de las muestras empleadas deben ser claramente especificadas.

de caso único, 2) han obtenido resultados superiores al no tratamiento, al placebo y/o a un tratamiento alternativo, y/o resultados equivalentes a un tratamiento ya establecido como eficaz, 3) los resultados deben haberse constatado al menos por dos grupos de investigación independientes. Además, los tratamientos deben estar bien descritos y las características de las muestras empleadas deben ser claramente especificadas. Por otra parte, el concepto de efectividad o utilidad clínica de las intervenciones implica tres aspectos: a) generalizabilidad de los resultados de los estudios realizados en condiciones artificiales a los contextos clínicos reales, lo que implica verificar que los resultados obtenidos con los sujetos y terapeutas “experimentales” y con los métodos de trabajo que se utilizan en los contextos artificiales sean reproducibles en la práctica clínica real; b) viabilidad de la intervención: aceptabilidad de la misma por parte de los clientes (coste, malestar, duración, efectos secundarios, etc.), probabilidad de cumplimiento, facilidad de difusión entre los profesionales; y c) eficiencia: relación costes/beneficios para el cliente y para la sociedad. (p.479)

Haciendo referencia a este concepto Moriana & Martínez (2011) expresan que:

Respecto de la eficacia de los tratamientos, Turner, Beidel, Spaulding y Brown (1995), afirmaron que los tratamientos pueden ser:

1. *Eficaces*, si realmente han obtenido resultados positivos para los usuarios, en investigaciones controladas, siguiendo los presupuestos señalados anteriormente.
2. *Efectivos*, si son útiles en la práctica clínica habitual.
3. *Eficientes*, si su aplicación obtiene los mayores beneficios y menores costes que otras alternativas al problema.

Sin duda, la elección de un tratamiento bien establecido, siguiendo los parámetros de la psicología basada en la evidencia, debe

asegurarnos una mayor probabilidad de eficacia ya que ha superado los criterios y controles experimentales obteniendo resultados positivos (p.6).

Estos mismos autores sostienen:

Los tratamientos psicológicos eficaces tienen como principal objetivo difundir la aplicación de tratamientos e intervenciones psicológicas que hayan sido sometidas a una evaluación científica (Echeburúa, 1998; Pascual, Frías y Monteverde, 2004). Además, pueden contribuir en señalar que una intervención psicológica es eficaz para un determinado problema, y que puede ser mejor que otras alternativas, tanto en sus resultados como en sus condiciones de aplicación (más breve, más barato, etc.). Uno de los objetivos centrales de toda guía de tratamiento es informar y educar a los profesionales de la salud sobre cuáles son las técnicas y tratamientos disponibles más efectivos. Si este tipo de metodología fuera desarrollada de manera rigurosa y científica, las guías podrían ser una importante herramienta para introducir los conocimientos aportados por investigaciones actuales realizadas en clínica aplicada, tratando de acortar la brecha existente entre la investigación y la práctica profesional (Echeburúa y Corral, 2001; Echeburúa, Corral y Salaberria, 2010 Kazdin 2008) (p 93).

Estos planteamientos sobre la efectividad en psicoterapia son cuestionados por algunos modelos terapéuticos (psicoanálisis, gestalt y terapias existenciales por ejemplo) que consideran que la evidencia, dispuesta de este modo, cercena la libertad de acción del terapeuta y no permite profundizar en las problemáticas de los pacientes, por lo cual el tratamiento se vuelve reduccionista y deja de ver la singularidad de quien consulta para aplicar una receta estandarizada. Lamentablemente estos cuestionamientos no van acompañados de alguna propuesta alternativa para evaluar la efectividad de los tratamientos de otros modos, más pertinentes a sus propuestas teóricas. De este modo la

propuesta precedente, que surge a partir del área de investigación (quizás alejada de algunos modelos terapéuticos y más cercana a otros) sigue siendo la opción existente y prevalente en este momento para la necesaria comprobación de efectividad que toda disciplina que se nombre como científica requiere. Respecto a la perspectiva teórica desde la cual se lleva a cabo el presente trabajo, lo científico se entiende como un consenso entre investigadores o comunidades científicas.

Por el momento sólo se encuentran algunas propuestas incipientes para remediar este déficit. Se argumenta en general que el método de comprobación utilizado por las terapias que cuentan con menos estudios sobre efectividad debería ser otro. A partir de la realización de algunos metaanálisis se comienzan a encontrar evidencias de otras terapias; esto ha sido debatido largamente por diferentes especialistas pero ha sido sólo recientemente documentado (Leichsenring & Rabung, 2008).

Dentro de los modelos que se han ocupado de estas temáticas el que tiene un mayor recorrido histórico sobre estas preocupaciones de eficacia es el modelo cognitivo conductual, a partir del cual Seligman (1995) comenta que la *eficacia en terapia* implica que los datos que se obtienen a partir de los procedimientos ejecutados, están validados en condiciones metodológicas de laboratorio. Para poder llevar a cabo este tipo de evaluación, el investigador debe ajustarse a diferentes reglas como:

- Que los sujetos participantes de la investigación se asignen por medio del azar a un grupo tratamiento y a uno control.
- Que en la investigación, toda actividad sea controlada rigurosamente.
- Que luego de la realización se desarrollen manuales que expliquen la metodología usada.
- Que de antemano se fijen las sesiones, y que los sujetos asistan a las mismas.
- Los objetivos, así como las preguntas deben ser definidos operacionalmente y no deben tener términos ambiguos.
- Que en la investigación que se realiza de un tema específico, los sujetos cumplan con los requisitos, es decir si se evalúa un tipo específico de patología, que los participantes la padezcan.

- Durante un período de tiempo debe hacerse un seguimiento de los sujetos.

La metodología que implica la eficacia necesita de un tipo de estudio experimental y los objetivos a los que se dirigirá este estudio tendrán que ver con “demostrar que ese tipo de terapia funciona o no”. Esta perspectiva implica que sea posible generalizar a la población.

En cuanto a esto mismo Labrador et.al. (2003) expresa que se tienen en cuenta diversos aspectos al hablar de eficacia terapéutica: qué síntomas mejoran y en qué medida, cuánto tarda en aparecer la mejora, grado en que ésta se mantiene, cambios conseguidos en el campo social-laboral y calidad de vida, qué porcentaje de personas no aceptan el tratamiento y/o lo abandonan una vez iniciado, entre otros. Afirmando en su investigación que con frecuencia se sostiene que un tratamiento psicológico es eficaz si un profesional “opina” que lo es, pero que esto no es así, ya que las opiniones personales no pueden considerarse como criterio científico exclusivamente.

La eficacia entonces se referiría a los resultados favorables en un contexto de investigación

Seligman (1995) también va a hablar de la *eficiencia en psicoterapia*. Sosteniendo que ésta explica la relación que se da entre los recursos empleados y los resultados obtenidos. Por lo tanto para evaluar en estos términos, sería más eficiente una psicoterapia cuando se obtienen más o mejores resultados que otras terapias con los mismos o con menos recursos.

Es decir que la eficiencia se refiere a buenos resultados al menos coste posible.

El tercer término que Seligman (1995) va a definir es el de *efectividad en psicoterapia*, el cual implica estudios sobre cómo y de qué manera funciona tal terapia en la práctica real, en el campo clínico. Esto es bastante diferente a las metodologías usadas para comprobar la eficacia, ya que usan el método experimental, siendo necesario para probar la efectividad otro tipo de condiciones experimentales para poder obtener estos resultados. En estas investigaciones existe la posibilidad de introducir variables subjetivas, como por ejemplo opiniones del terapeuta, percepción de

efectividad del mismo o del paciente, visión acerca de la mejora o desmejora gracias a la misma, experiencia personal del terapeuta etc. Esto fundado en la práctica real, da la posibilidad de representación de determinada terapia, de su funcionamiento práctico, pero es necesario tener cuidado al generalizar, ya que puede no ser representativo de la población.

Es decir que entonces la efectividad se referiría a resultados favorables en la práctica clínica actual.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, se puede decir entonces que en la presente investigación se buscará conocer la percepción de efectividad en terapeutas de pareja. Debido a que el número de terapeutas que se entrevistará será reducido, no se busca generalizar los resultados que se obtendrán a la población, sino que se pretende poder tener conocimiento desde el punto de vista de profesionales expertos en pareja, acerca de lo que éstos consideran para evaluar una terapia como efectiva.

Como se dijo anteriormente en el siguiente apartado se especificarán y describirán las variables que se relacionan al éxito terapéutico.

2.3 Variables relacionadas a la efectividad en el tratamiento:

Cuello (2011) sostiene que hay un amplio consenso en varias investigaciones, que indican que, los puntos que mejor se relacionan a buenos resultados en terapia consisten en:

- El tratamiento debe ofrecer una oferta amplia, debe ser un servicio integral para poder responder a todas las necesidades de los sujetos y de sus carencias sociales, incluyendo si es necesario asistencia psiquiátrica y control de enfermedades orgánicas.
- Accesibilidad y flexibilidad del tratamiento. El lugar debe ser lo suficientemente accesible, así como el horario, interfiriendo de la menor forma posible la vida cotidiana del paciente.

Haciendo referencia a lo anterior, el mismo autor sostiene que en Argentina muy pocos centros de salud mental evalúan la satisfacción que sienten y perciben los pacientes del servicio del tratamiento que han recibido. Esto no suele valorarse, a pesar de ser una fuente importante de información de la efectividad del tratamiento, y de la calidad del mismo, así como su adherencia. La calidad o satisfacción percibida nos dejan ver que son variables a tener en cuenta a la hora de evaluar la efectividad del tratamiento (Trujols y Pérez de los Cobos 2005, citado en Cuello, 2011).

Las variables que parecen influir en la efectividad de un tratamiento son: llegar a los objetivos planteados desde un principio, lo que de alguna manera iría relacionado al encuadre de trabajo; la motivación hacia la terapia, y el tipo de terapeuta. Por lo tanto la efectividad del tratamiento está vinculada a múltiples variantes (García, 2006 citado en Cuello, 2011).

Por otro lado, en un estudio descriptivo en cuanto a la “Percepción de la relación psicoterapéutica en pacientes” realizado en San Luis Argentina (García, Fantín & Isgró, 2015) se sostiene como una de las conclusiones lo siguiente:

Tradicionalmente la eficacia del proceso terapéutico tendía a ser atribuida a la técnica empleada o más ampliamente al enfoque teórico del terapeuta (Critelli y Neumann, 1984); no obstante, la enorme evidencia científica reciente parece apuntar a las variables relacionadas con el paciente (expectativa de cura, fe en el terapeuta, entre otros), con el terapeuta (por ejemplo, empatía mostrada y capacidad de escucha) y, en especial, con la interacción terapéutica (alianza terapéutica) las que explicarían un mayor porcentaje del cambio terapéutico [...]En esta investigación se ha encontrado que cerca del 70 % de los pacientes asisten por motivación propia y, además, que este grupo, en comparación con quienes asisten por indicaciones y sugerencias de los demás, presenta mayores deseos de continuar trabajando problemáticas personales una vez resueltos los conflictos actuales (p.150).

Siguiendo esta perspectiva, diversas investigaciones en psicoterapia (Santibáñez et.al., 2008) indican que los factores que influyen en la efectividad del proceso terapéutico, pueden ser de dos tipos:

- **Factores específicos:** asociados a aspectos técnicos del enfoque psicoterapéutico utilizado.
- **Factores inespecíficos:** comunes a los enfoques, relacionados con aspectos del consultante, del terapeuta y de la relación entre ambos.

De acuerdo a esto mismo, Safran según recogen Santibáñez et al. (2008) realizó un análisis respecto a la investigación en psicoterapia concluyendo que sólo el 15% del cambio psicológico en terapia es atribuible a factores específicos, mientras que un 45% se atribuiría a factores de la relación terapéutica. Dentro de estas variables inespecíficas, se ha encontrado que la relación terapéutica, y particularmente la alianza terapéutica, tiene una gran influencia sobre el resultado del proceso de psicoterapia.

Debido a la importancia e influencia que parecen tener dichas variables inespecíficas en la efectividad de la terapia, las mismas se desarrollan detenidamente a continuación en el siguiente punto de este trabajo.

2.3.1 Variables o Factores Inespecíficos de efectividad

Debido a que tradicionalmente se atribuyó a la técnica empleada la responsabilidad principal en el proceso de cura, es de esperar que los psicoterapeutas aún mantengan ciertas convicciones sobre la especial relevancia de su técnica como elemento determinante en la mejora del paciente (Critelli y Neumann, 1984 citado en Moreno, 2008). No obstante, los resultados en la investigación sobre la eficacia de la psicoterapia han mostrado que parecen ser las variables comunes relacionadas con el paciente (expectativa de cura, fe en el terapeuta, etc.), con el terapeuta (empatía mostrada, capacidad de escucha, etc.) y en especial, con la interacción terapéutica (alianza terapéutica) las que explicarían un mayor porcentaje del cambio terapéutico.

Afirmando lo anterior Díaz Oropeza (2012) también expresa que las distintas modalidades de psicoterapia producen sus efectos a través de un grupo común de elementos del terapeuta y de los clientes. Sosteniendo que existen pocas diferencias entre las distintas modalidades de psicoterapia sustentando así la idea de que los factores comunes podrían ser los responsables del cambio terapéutico, tales como: características del cliente, cualidades del terapeuta, procesos de cambio, estructura del tratamiento y relación terapéutica.

Según Alcaraz (citado en Santibáñez, et. al., 2008) la mejoría que experimenta la gente con la psicoterapia se debe a cuatro factores principales, cada uno de los cuales sería responsable de un determinado porcentaje de dicha mejoría:

1. Variables del paciente (40%).
2. Relación paciente terapeuta (30%).
3. Efecto placebo (15%).
4. Técnicas psicoterapéuticas (15%).

Lo que sostiene Espada et.al. (2002) es que estas son las variables importantes a la hora de hablar de efectividad de la terapia.

Según algunos autores (Luborsky et. al, 1979; Bergin y Lambert 1978, citado en Winkler et.al., 1998), son las *variables preexistentes en el paciente* las que dan cuenta de los resultados obtenidos en psicoterapia. Es decir, las características individuales de quienes consultan serían factores que condicionarían los resultados terapéuticos.

La investigación de los factores pre-existentes en los pacientes ha intentado determinar qué características de éstos estarían relacionadas a los resultados positivos o negativos del proceso psicoterapéutico.

Prochaska & Norcross (2000) por su parte agregan lo siguiente:

Los profesionales de la salud mental han observado durante mucho tiempo que, formas diferentes de psicoterapia comparten elementos

comunes o cuestiones centrales (Arkowitz, 1992^a; Goldfried & Newman, 1986; Thompson, 1987). Ya en 1936, Rosenzweig, notando que todas las formas de psicoterapia tenían curas para reportar, invocó el veredicto del famoso pájaro Dodo, de Alicia en el país de las maravillas, “Todos han ganado, y todos deben tener un premio”, para caracterizar los resultados en psicoterapia. Él propuso entonces, como una explicación posible para resultados altamente equivalentes, un número de factores terapéuticos comunes, incluyendo interpretaciones psicológicas, catarsis, y la personalidad del terapeuta. En 1940, Watson reportó los resultados de un encuentro realizado para determinar áreas de acuerdo entre sistemas de psicoterapia (Sollod, 1981). Los participantes, incluyendo figuras tan diversas como Rosenzweig, Adler, y Rogers, acordaron que el apoyo, la interpretación, el insight, el cambio conductual, y una buena relación terapéutica, así como también ciertas características del terapeuta, eran elementos comunes a los enfoques de psicoterapia exitosos (Watson, 1940). De hecho, la multitud de diferentes sistemas de psicoterapia, pueden todos reclamar legítimamente algún éxito, por lo que quizás no sean tan diferentes como parecen a simple vista. Probablemente compartan ciertas cuestiones nucleares que sean las “curativas” (aquellas responsables por el éxito terapéutico) (p 7).

En la investigación de Winkler (1998, citado en Santibáñez et. al, 2008) se reunieron diferentes resultados de distintas investigaciones que evaluaban los factores inespecíficos que hacían al cambio y a la efectividad terapéutica (aunque se aclara que no se reunió la suficiente evidencia como para dar resultados concluyentes, pero se considera importante resaltar algunos datos). No obstante, a continuación se describen dichas variables (variables del paciente, del terapeuta y de la relación entre ambos, es decir alianza terapéutica), sin considerar los factores específicos técnicos o propios de cada enfoque psicoterapéutico. Estas son:

- **Variables del Paciente:**

- El sexo, la edad y la clase social, es decir las variables demográficas no tienen una relación directa.
- En cuanto al tipo de trastorno, sujetos con trastornos más leves muestran una mejoría más rápida.
- En cuanto a la complejidad de síntomas refiere que pacientes con sintomatologías simples, responden más rápido a los tratamientos.
- En cuanto a las *expectativas*, estas deben ser conocidas así como aclarados los errores en las mismas, ya que un nivel excesivamente alto o distorsionado de ellas con respecto a la terapia, al terapeuta o a los resultados, puede llevar al abandono de la terapia. Las expectativas de los consultantes, sin importar su clase social, afectan a una serie de aspectos del proceso terapéutico, entre los cuales se incluyen duración del tratamiento, deserción del consultante como también resultados del tratamiento. Las expectativas que posee el consultante al inicio de la psicoterapia no sólo se refieren al tratamiento (técnicas, duración, etc.), sino que también involucran expectativas acerca del terapeuta y creencias en relación a los logros o beneficios que éste pueda obtener de la atención. La mayor cantidad de deserciones se da entre la primera y quinta sesión, lo que ha permitido hipotetizar que cuando los consultantes prevén que el tratamiento excederá sus expectativas de duración, desertan.

Por otra parte, siguiendo la línea de factores de los pacientes, en un estudio realizado por Olán (2007) se obtuvieron los siguientes resultados:

Las razones que informaron los sujetos para asistir a dos o más sesiones se centraron en variables del paciente (p.ej., tener que seguir el tratamiento o querer sentirse mejor). Por otro lado, las razones para no asistir a dos o más sesiones se centraron con mayor frecuencia en variables de la relación paciente terapeuta (p.ej., el terapeuta no escuchó o no fue agradable). Esto coincide con otras

investigaciones en las cuales la insatisfacción, el desagrado hacia el terapeuta o su ineficacia fueron motivos para dejar de asistir. Los sujetos que regresaron a la segunda sesión percibieron a sus terapeutas con más características positivas que negativas, mientras que cuando no regresaron a la segunda sesión percibieron a sus terapeutas con más características negativas que positivas, lo cual es congruente con otros estudios. En esta investigación se preguntó a los sujetos qué características percibieron en sus terapeutas. Debe señalarse que la percepción implica matices de subjetividad y en consecuencia una cosa es lo que perciben los sujetos y otra, probablemente distinta, son las características de los terapeutas (p61-62).

-Beutler & Castonguay (2006) sostienen que las expectativas del cliente probablemente jueguen un rol en el resultado del tratamiento.

- Díaz Oropeza (2012) explica que la expectativa y la esperanza tienen un papel central. Estos elementos tienen un efecto placebo que se produce como consecuencia del conocimiento compartido por clientes y terapeutas de que el tratamiento es restaurativo, sanador y tiene un poder curativo.

- En cuanto a la *disposición personal positiva hacia el tratamiento*, esta favorece el logro de resultados positivos. La motivación, las expectativas y las necesidades del consultante, son variables relevantes para el logro de una adecuada complementación y compromiso entre los involucrados en el proceso terapéutico.

Cuando las personas son forzadas a consultar, ya sea en forma abierta o sutil, rara vez se benefician de la experiencia o bien abandonan su tratamiento. (Santibáñez et al., 2008; Winkler et.al., 1998). Por su parte Beutler & Castonguay (2006) sostiene que es probable que el resultado de la terapia mejore si el cliente está dispuesto y puede comprometerse en el proceso de tratamiento.

- **Variables del terapeuta:**

- Respecto a la actitud del terapeuta, éste debe favorecer un clima terapéutico facilitador del cambio, que incentive la autoexploración del consultante, basada en respeto, aceptación incondicional, comprensión, calidez, autenticidad, empatía y ayuda. Implica hacer esfuerzos para no criticar, no juzgar, ni reaccionar emocionalmente frente a las provocaciones, lo que crea un marco y una atmósfera positiva. La actitud de respeto por el consultante constituye la actitud básica que el terapeuta debe mantener. Esta actitud básica de respeto se relaciona con las posibilidades que tenga el terapeuta de fuentes de satisfacción y seguridad personal extra-terapéuticas. “Es probable que el terapeuta aumente su efectividad si él/ella demuestra actitud de apertura mental, flexibilidad y creatividad” (Beutler & Castonguay, 2006).

-Los autores anteriormente mencionados, sostienen que el éxito terapéutico estaría dado por las percepciones del consultante de las actitudes del terapeuta y no por la intención o conducta *real* del terapeuta frente a su paciente. Las cualidades de empatía, congruencia y aceptación son características del vínculo terapéutico exitoso, como características sostenidas permanentemente por ambos participantes. Sosteniendo que la interacción mutua no implica necesariamente simetría, hay una asimetría en los roles del paciente y el terapeuta que se debe mantener.

- Por obvio que resulte decirlo, el psicólogo clínico va a estar en contacto con pacientes, es decir, con personas que sufren. Comprender al ser humano sufriente es el requisito previo para cualquier actuación profesional. Así, con independencia del ámbito concreto en el que se trabaje, los psicólogos clínicos deben aprender a observar (no sólo ver) a escuchar (no sólo oír), así como a empatizar, comprender y analizar. Ésta es la única manera de comunicarse adecuadamente con otras personas como de ayudar a resolver los problemas planteados. (Echeburúa et.al., 2010)

-Más allá de unas destrezas profesionales, se requieren en el psicólogo clínico unas características personales que faciliten el establecimiento de una alianza terapéutica con

el paciente. Por ello, no se puede desatender el peso específico de las *características personales del psicólogo clínico* en el resultado final de la terapia.

- En cuanto a su *personalidad*, hay mayor consenso con respecto a que en su salud, el terapeuta esté sano, tenga pocos conflictos. Debe tener una personalidad madura, evidenciar un autoconocimiento de sí mismo y tener la posibilidad de satisfacer sus necesidades básicas.

- En cuanto a las habilidades: aparte de los conocimientos, de ciertas capacidades, según su postura teórica, es importante poseer habilidades para guiar, atender, escuchar, reflejar, confrontar, interpretar, informar y resumir. Interés genuino por las personas, su bienestar, autoconocimiento y compromiso ético.

- En cuanto al nivel de *experiencia*: la evidencia observa que la práctica eleva el éxito, a través del entrenamiento. En las investigaciones se ha encontrado una relación directa entre edad y experiencia del terapeuta con su estilo comportamental. A mayor edad y experiencia, los terapeutas tenderían a actuar con más empatía y exploración; conductas que se han encontrado altamente relacionadas con cambios positivos en los consultantes. (Santibáñez et al., 2008; Winkler et.al., 1998).

- También es importante que el psicólogo posea la capacidad de trabajar en equipo, sea interdisciplinariamente si trabaja en un centro de salud, o con colegas para derivar, o entablar relaciones con familiares del paciente en consultas privadas. Por lo tanto la efectividad terapéutica incluye en las características del psicólogo conocimientos profesionales, actualización de los mismos, flexibilidad para adaptarse a incipientes cambios, aceptación de diferentes puntos de vista, creatividad, modificación de técnicas en función de variables mencionadas y motivación en su quehacer (Echeburúa et al., 2010).

- En los estudios citados anteriormente se ha mencionado que en la terapia no solo deben aplicarse bien las técnicas, ya que también es fundamental la *relación que se establece*, el modo en que se evalúa a los pacientes, la forma de explicar los problemas

y la forma de realizar nuevos aprendizajes. Se requiere para la efectividad ciertas características profesionales que faciliten una alianza terapéutica. Por ello el peso de las características personales del psicólogo en la terapia es significativo. Estas características evaluadas son básicas y facilitan la alianza terapéutica, ellas son: equilibrio y control emocional, sentido común, capacidad de empatía, ausencia de rigidez y ganas de prestar ayuda.

- **La alianza o relación terapéutica:**

-La psicoterapia es, en el fondo, una relación interpersonal. Es el desarrollo de una fuerte alianza terapéutica. La cual ha emergido consistentemente como uno de los determinantes principales del éxito terapéutico. Al menos el 10 % del resultado psicoterapéutico acerca de por qué los pacientes mejoran en psicoterapia, es debido a la relación terapéutica (Horvath & Luborsky, 1993; citado en Prochaska & Norcross, 2000). Santibáñez et. al. (2008) por su parte sostiene que es de al menos el 30% la influencia de la relación terapéutica en la mejoría de los pacientes.

Haciendo referencia a la perspectiva desde la cual se mira y presenta esta investigación, se puede decir que para los psicólogos sistémicos siempre el foco va a estar puesto en la interacción entre terapeuta y consultante. Es decir, el sistema terapéutico aparece como fundamental en relación a los buenos resultados.

-Realizar terapia psicológica no es sólo una mera aplicación de técnicas, sino que requiere previamente de habilidades para *establecer una relación* que sirva para aliviar el sufrimiento, así como de habilidades para obtener información, ordenarla, devolverla al paciente, de modo que le permita una comprensión de las causas y el mantenimiento de sus problemas. Sólo posteriormente se puede pasar a la aplicación de técnicas que conduzcan a la modificación de pautas de comportamiento, cognitivas y emocionales. Por lo tanto, lo terapéutico no es sólo la técnica, sino también la relación, el modo de evaluar, el modo de explicar los problemas como así también el modo de realizar nuevos aprendizajes (Echeburúa et.al., 2010).

- Las dimensiones de la relación terapéutica constituyen lo que los terapeutas identifican como el principal factor común o como el elemento curativo más importante de la terapia (Díaz Oropeza, 2012)

- Es probable que la terapia sea beneficiosa si se establece y se mantiene una alianza terapéutica sólida a lo largo del tratamiento. Cuando los terapeutas adoptan una actitud de comprensión, calidez y aceptación es probable que esto ayude a facilitar el cambio terapéutico (Beutler & Castonguay, 2006).

-El constructo alianza terapéutica tiene su origen en el seno del modelo psicoanalítico. Freud (1913, citado en Andrade, 2005) aunque no utilizó este concepto como tal, dio a conocer que antes de que el terapeuta proporcione al paciente sus primeras interpretaciones, debe establecerse en la relación un adecuado rapport, siendo la adherencia del paciente al tratamiento y al analista el primer objetivo de la intervención.

- Es uno de los conceptos que más se ha estudiado en investigación de procesos, ya que ofrece un marco idóneo para entender y trabajar la relación entre paciente-terapeuta siendo la variable que ha mostrado correlaciones más consistentes con los resultados a través de diversas medidas y de diversos enfoques (Caro 1993, citado en Andrade, 2005).

-En la relación terapéutica los sentimientos y actitudes de los participantes, y cómo éstos se conjugan en el proceso de la psicoterapia serían el aspecto central de lo que se ha llamado alianza terapéutica. Esto lleva a pensar en la relación de las variables antes descritas, que la buena relación es un facilitador para el éxito de la terapia. Es por esto que en la actualidad todas las corrientes psicoterapéuticas confieren a la alianza terapéutica una importancia especial en la determinación de los cambios que se producen con la psicoterapia, independientemente de la postura teórica de los terapeutas (Andrade, 2005).

-Existe un creciente consenso en que un clínico bien formado debe conocer las intervenciones básicas de varios modelos teóricos y debería usarlos en función del paciente particular a tratar. (Havens, 1994 citado por Winkler et.al., 1998).

-Prochaska & Norcross (2000) agregan que la mayor variación en los resultados terapéuticos tiene que ver con factores preexistentes del cliente, tales como las expectativas de cambio y la severidad del desorden. La relación terapéutica está relacionada con la segunda mayor porción de cambio, y las variables técnicas vienen en un distante tercer lugar.

-Existen ciertas condiciones que resultan por sí solas suficientes y necesarias para obtener resultados positivos:

1. De las dos personas en la relación, el terapeuta debe ser más congruente o emocionalmente más saludable que el cliente
2. El terapeuta debe relacionarse de un modo genuino
3. El terapeuta debe relacionarse con una consideración positiva incondicional
4. El terapeuta debe relacionarse con una empatía adecuada (Carl Rogers, 1957 citado en Prochaska & Norcross, 2000).

Sin embargo otros terapeutas plantean que si bien estos elementos serían necesarios para una terapia efectiva no pueden considerarse como suficientes.

Concluyendo puede decirse que se ve la efectividad en la terapia como un momento de crecimiento y aprendizaje, ya que un terapeuta debe adaptarse, según los resultados que vaya obteniendo en los diferentes casos, donde estaría mostrando una de las características más importantes que un terapeuta debe poseer, flexibilidad y compromiso ético.

En los *terapeutas*, la posibilidad de utilización de su experiencia clínica y sus habilidades terapéuticas de manera flexible para cada caso particular, genera sentimientos positivos que colaboran con el vínculo terapéutico y los resultados. Por otra parte, contar con principios basados en la evidencia como los mencioandos

anteriormente, les permite tomar decisiones sustentadas en datos de investigación, en lugar de guiarse intuitivamente (Gagliesi, Lardani & Salgueiro, 2005).

En un estudio realizado en San Luis Argentina (García et.al., 2015) respecto a esto se sostiene que:

La Alianza terapéutica se encuentra relacionada de manera positiva con: (a) La calidez y seriedad transmitida por el terapeuta al inicio de la terapia. (b) La construcción de un clima de confianza durante la sesión. (c) La motivación del paciente durante las sesiones. (d) El compromiso del paciente en el proceso terapéutico. (e) La percepción de que el terapeuta respeta al paciente. (f) La valoración de que al terapeuta realmente le interesa lo que le sucede al paciente y que se compromete junto a él en el trabajo a realizar (p.150).

Por otro lado, algunos investigadores sostienen que la alianza terapéutica resulta ser un buen predictor de los resultados conseguidos por diferentes modalidades psicoterapéuticas (Corbella y Botella, 2003 citado en Andrade, 2005).

Para finalizar se puede sostener que según lo dicho en Santibáñez et.al. (2008), a pesar de las variadas controversias que quedan por resolver en el área de la psicoterapia, y específicamente en el tema de las variables inespecíficas, tal como lo plantea Winkler y sus colaboradores (1998), la incorporación de estas variables a la investigación podría permitir entender a la psicoterapia como un sistema abierto y dinámico, en que cada una de las partes involucradas, consultante y terapeuta, aportan sus características y de cuya integración surge la relación terapéutica y se determina su efectividad.

2.4 Antecedentes de efectividad en las distintas líneas teóricas:

En general, la efectividad se mide hoy de acuerdo con cuatro parámetros: disminución de la intensidad de los síntomas, mejora de la calidad de vida, disminución del gasto médico asociado y disminución de las recidivas (Prochaska & Norcross, 2000).

A pesar de que los terapeutas valoran la validez científica, existen evidencias que indican que la mayoría de sus prácticas psicoterapéuticas están basadas en creencias y experiencias personales. Por otro lado, las terapias basadas en la evidencia o terapias manualizadas, son rechazadas por la mayoría de los terapeutas que las consideran inflexibles y por ende, poco adaptadas a la realidad de cada caso particular (Gagliesi et.al., 2005).

Aun así, diferentes organismos internacionales como por ejemplo el NICE (National Institute for Clinical Excellence) en el Reino Unido; y otros, utilizan la opinión de un comité de expertos y/o clínicos con experiencia, como el nivel último (Nivel IV) dentro de la consideración de validez de un tratamiento (Moriana & Martínez, 2011). En relación a la investigación que aquí se llevará a cabo, se hablaría de la percepción de efectividad en terapeutas de pareja. No como búsqueda de evidencia tal como se planteó previamente, sino a modo de aproximación a lo que los mismos reconsideran a la hora de autoevaluar su quehacer profesional, desde diferentes líneas teóricas.

Para esto se hablará de los antecedentes existentes de efectividad en cuanto a enfoques teóricos. Labrador et.al. (2003, 5) expresa que: “Los tratamientos psicológicos con mayor adhesión en nuestro medio son: la terapia cognitivo conductual (basada en el modo de aprender nuevas formas de pensar, actuar y sentir), las terapias psicoanalíticas y dinámicas (centradas en el estudio introspectivo inconsciente del ser humano), las terapias de corte existencial-humanista (basadas en gran parte en la relación terapeuta-paciente), y las terapias sistémicas (consideran los problemas de una persona como la

expresión de que algo funciona mal en su sistema familiar o de pareja, lo que implica hacer cambios en dicho sistema)” aunque esto no necesariamente es así, teniendo en cuenta el pensar a la persona en contexto, lo cual excede a pareja y familia.

Por otro lado algunos metaanálisis sugieren que las distintas terapias psicológicas más utilizadas (psicodinámica, conductual o humanista) son equivalentes, esto es, igualmente eficaces. Sin embargo, otros metaanálisis indican que la terapia de conducta es más eficaz, al menos en trastornos como fobias, obsesiones-compulsiones, disfunciones sexuales, trastorno de pánico, depresión, problemas de conducta en la infancia y enuresis (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000 citado en López et.al., 2002).

Beutler & Castonguay (2006) por su parte sostienen que el cambio terapéutico puede facilitarse (o incluso requerir) terapia intensa. En Trastornos de Ansiedad y Trastornos de Personalidad, afirman que hay evidencia empírica en que tener sesiones más de una vez a la semana conduce a mejores resultados que el contacto periódico. También hay evidencia de esto en el tratamiento de Trastornos por Abuso de sustancias, y en Trastornos Depresivos, y lo significativo de esto es que es independientemente del marco conceptual de trabajo.

Estos mismos autores sostienen que existe abundante apoyo empírico respecto de que la terapia genera mejores resultados si el terapeuta facilita un cambio en las cogniciones del paciente. Esto se refiere a los intentos deliberados del terapeuta de disminuir pensamientos desadaptativos (aumentando la conciencia sobre ellos, contrastándolos con la evidencia, o diseñando experimentos para disconfirmarlos y de aumentar cogniciones adaptativas.

Prochaska & Norcross (2000) por su parte, al hablar de enfoque más efectivo sostienen:

No hay pruebas convincentes de que una forma de psicoterapia sea superior a otra, ni en general, ni en cuanto a tratamientos específicos, con un par de excepciones [...] El hecho de que todas

las psicoterapias investigadas sean efectivas y de que no se haya podido comprobar diferencias en cuanto a su efectividad ha dado lugar a varias interpretaciones:

a- Diferentes terapias pueden alcanzar metas semejantes a través de procesos diferentes.

b- Los resultados de las distintas formas de terapia son distintos, pero no hay hasta ahora una metodología capaz de detectar esas diferencias,

c- Las diferentes terapias encarnan factores comunes que son curativos aunque no hayan sido destacados en la principal teoría de cambio de una escuela particular. Un porcentaje importante de los efectos obtenidos por psicoterapias de diferentes modelos se debe a factores presentes en cualquier psicoterapia practicada razonablemente bien: expectativas de mejoría, persuasión, calidez atención, comprensión y aliento (p28).

Por su parte, Matt y Navarro (1997, citado en López et.al., 2002) revisan diversos metaanálisis dirigidos a evaluar la eficacia de la terapia psicológica y afirman que un tercio de los estudios que aportan información sobre la relación entre tipo de intervención y tamaño del efecto encuentran efectos diferenciales en función del tipo de intervención. En general, sostienen que las diferencias favorecen a los tratamientos de carácter conductual. Aunque también se enfatiza en este mismo estudio la escasez de estudios controlados publicados por las orientaciones no conductuales, lo cual dificulta mantener la afirmación de que intervenciones conductuales sean superiores a otras. Ya que para hacer una evaluación comparativa, se debería esperar que estas orientaciones generen el suficiente número de investigaciones, para lo cual sostienen que han tenido, tiempo más que suficiente. Las orientaciones psicoanalítica y sistémica están empezando a investigar la eficacia de sus tratamientos, pero por el momento los estudios son escasos y como consecuencia, resulta difícil evaluar tanto su eficacia como la eficacia diferencial de las distintas psicoterapias.

Dentro de esta misma investigación se sostiene que no se han detectado diferencias consistentes en cuanto a la eficacia de los diversos tipos de terapias psicológica debido a que entre los distintos enfoques existen *factores comunes compartidos*, y que son estos los responsables de los cambios terapéuticos positivos. También se detectó que los terapeutas de distintas orientaciones no presentan diferencias importantes a la hora de trabajar; aunque es cierto que una cosa es lo que se dice que se hace y otra distinta lo que realmente se hace, parece que sigue habiendo diferencias notables en la práctica tanto entre orientaciones como dentro de la misma orientación (sub modelos). No obstante, estas diferencias pueden ser menos importantes que las variables en común.

Comenzando una diferenciación de enfoques u orientaciones en cuanto a efectividad Prochaska y Norcross (2000) respecto al Psicoanálisis sostienen que:

La efectividad del mismo ha sido apoyada por casi cincuenta años casi completamente por estudios de casos seleccionados reportados por analistas entusiastas. Dichos estudios de casos son el punto de partida empírico para todos los sistemas de terapia, incluso aquellos estudios que están demasiado expuestos a sesgos para establecer la eficacia de cualquier sistema. Siguiendo la historia típica de la investigación de resultados, los psicoanalistas se abocaron primero a muestras estudiadas con criterios subjetivos y luego a muestras estudiadas con criterios más objetivos (p37).

Por su parte Shedler (2012) sostiene que existe evidencia empírica de la eficacia de este tipo de tratamiento, incluyendo evidencias que demuestran que los beneficios terapéuticos de pacientes que han recibido este tipo de terapia no sólo se mantienen, sino que además hacen que los pacientes sigan mejorando al cabo del tiempo. Sugiere que la terapia activa procesos psicológicos que comportan un cambio continuo, incluso una vez finalizada la terapia; es decir que no solo se mantienen sino que aumentan con el tiempo. En cambio, los beneficios de otras terapias validadas empíricamente (no

psicoanalíticas) tienden a disminuir a lo largo del tiempo en los trastornos más comunes (depresión, ansiedad por ejemplo).

Prochaska y Norcross (2000) también hablan de la línea existencial sosteniendo:

Nuestro repaso acerca de la literatura existencial y la investigación de resultados terapéuticos, revelan que no ha habido investigaciones controladas para evaluar la efectividad de la terapia existencial, tradicional o con otro formato. Los estudios meta-analíticos standard, igualmente, no reportan ningún estudio de resultados en terapia existencial con niños o adultos (Grawe y cols., 1998; Weisz y cols., 1987, 1995). Aparentemente, los terapeutas existenciales, no están interesados en medidas convencionales de “éxito”, sea basada en criterios de resultados objetivos o subjetivos (p 42).

En cuanto a la Terapia cognitivo conductual estos mismos autores sostienen que:

Se han conducido más investigaciones controladas de resultados en terapia conductual y terapia cognitivo-conductual, que en cualquier otro sistema de psicoterapia. Casi dos tercios de los estudios de resultados en psicoterapia con niños y adolescentes han sido conducidos en terapia conductual (Kazdin, 1991; Weisz y cols., 1987), y una mayoría de los estudios controlados en psicoterapia pertenecen a tratamientos conductuales y cognitivo-conductuales (Grawe y cols., 1998; Shapiro & Shapiro, 1982) (Prochaska & Norcross, p 51).

A nivel de Terapia Sistémica en esta investigación los autores sostienen:

El valor de las metodologías convencionales de investigación en la evaluación de la efectividad de las terapias sistémicas es ampliamente discutido en algunos círculos. Aunque muchos defienden la importancia de la evaluación empírica, algunos críticos argumentan que la mayoría de los diseños de investigación para terapia reflejan los supuestos del positivismo lógico, el cual es antitético a los principios del pensamiento sistémico. De acuerdo con aquellos que abrazan la “nueva epistemología” (epistemología definida como el estudio de cómo conocemos), los supuestos del método científico son incompatibles con los siguientes supuestos de la terapia sistémica (Goldenberg & Goldenberg, 1996):

-Múltiples puntos de vista existen con respecto a lo que constituye la realidad y el cambio (antes que una realidad simple y objetiva).

-Múltiples causas dan cuenta de la mayoría de los eventos (no secuencias simples y lineales de tratamiento-mejoría).

-El sistema entero debería ser la unidad de estudio (más que los cambios en unidades individuales o menores para asegurar el rigor).

-Los terapeutas deberían buscar conexiones sistémicas (no explicaciones basadas en la causalidad lineal).

Sin embargo, las “nuevas epistemologías” no han publicado estudios de resultados usando sus propios principios, de modo que debemos considerar que la investigación publicada ha sido conducida de la manera convencional. Al menos una docena de revisiones sobre la efectividad general de la terapia familiar han sido publicadas. Las revisiones se centran en el formato de la terapia familiar más que en la orientación teórica de la terapia sistémica, pero son, sin embargo, de relevancia directa (p61).

Díaz Oropeza (2012) por su lado sostiene que aunque es necesario realizar más estudios acerca de la efectividad, sobre los mecanismos de cambio en tratamientos sistémicamente orientados, se ha demostrado fehacientemente que la terapia sistémica,

es probablemente más efectiva que otros tratamientos (comúnmente terapia individual) para la resolución de conflictos familiares.

Este mismo autor sostiene que de acuerdo a los estudios de meta-análisis resulta claro que la terapia familiar funciona. Sugiriendo que este tipo de terapias son a menudo efectivas o más efectivas que otros tratamientos cuando el problema involucra un conflicto familiar. Así mismo, afirma que existen estudios bien documentados que demuestran la efectividad de la terapia familiar con todo tipo de problemas relacionales en niños, adolescentes o adultos.

Es decir que según Prochaska y Norcross (2000) la línea teórica que más cuenta con investigaciones en cuanto a efectividad de tratamientos, es la cognitiva conductual, le sigue la línea sistémica y por último la psicoanalítica y existencial.

En cuanto a esto mismo Labrador et.al. (2003) reafirma en su investigación lo dicho anteriormente, sosteniendo que las terapias que han sido más investigadas son las cognitivo-conductuales afirmando que de dicho enfoque se han derivado tratamientos eficaces para una diversidad de problemas. Las terapias psicoanalíticas, existenciales-humanísticas, dinámicas y sistémicas no han sido investigadas suficientemente hasta el momento, por lo que no puede afirmarse si son o no más o menos eficaces.

Por otro lado Díaz Oropeza (2012) indica que los investigadores han producido una enorme cantidad de evidencia a favor de la eficacia de la terapia familiar, pero no suficiente en efectividad. Y sostiene que esto se debe a que existen numerosos estudios sobre la terapia de investigación, mientras que solamente se han realizado una pequeña fracción de investigaciones sobre terapia clínica.

En otra investigación Vera-Villaruel y Mustaca (2006) sostienen que a partir de determinadas investigaciones realizadas en Argentina y Chile, se encontró que sólo cinco enfoques psicológicos presentaban artículos publicados relacionados con intervenciones clínicas. Se aprecia que el enfoque con mayor presencia es el Cognitivo-

Conductual, con temas de intervención bien delimitados como depresión, optimismo, VIH Sida, intervención en crisis y trastornos alimenticios. Le siguen los enfoques Humanistas-Gestalt e Integrativos, luego de Terapia de Grupo y por último el Psicoanalítico y Sistémico; es decir estos últimos serían los dos enfoques menos investigados en cuanto a efectividad en la terapia.

En esta misma investigación se concluye a partir de distintos criterios de efectividad evaluados (Seligman, 1995 citado en Vera-Villarroel & Mustaca, 2006) que de acuerdo a cada enfoque teórico se aprecian grandes diferencias. En ella se muestra que el enfoque Cognitivo- Conductual junto con Humanista-Gestalt presenta la mayor cantidad de requisitos en sus publicaciones, seguido por el Constructivista y Desarrollista. El Sistémico cumple sólo con un criterio de eficacia; luego el Integrativo, seguido por el Psicoanalítico. Entonces respecto a los criterios de Seligman (1995) sobre la eficacia de las terapias, el criterio más recurrente, y que se cumple en más de la mitad de la muestra, es el de fijar un número determinado de sesiones, seguido por la tendencia a especificar claramente la intervención.

Vera-Villarroel y Mustaca (2006) siguen su investigación diciendo:

Hasta el momento y bajo estos criterios se ha encontrado evidencia empírica para ciertos tratamientos psicológicos, como los trastornos de ansiedad, depresión, trastornos sexuales y de pareja, de conducta alimentaria, adictivos, infantiles y psicóticos, entre otros (Compas et al, 1998; Echeburrúa Corral, 2001), observándose una primacía de los enfoques cognitivo-conductual en la mayoría de los trastornos evaluados (Aceituno et al., 2000; Compas et al., 1998; Hamilton Dobson, 2001; Mustaca, 2004 a, 2004b). Para evaluar los tratamientos, los especialistas usan como herramienta fundamental las publicaciones sobre el tema y determinan su validez en función de los criterios metodológicos pre-establecidos. De ese modo, construyen una base de datos que les permite ir discriminando las terapias más eficientes para cada trastorno e ir creando las listas de *tratamientos con apoyo empírico* (TAEs) que se difunden en libros y en Internet. De esto se deduce que la

elaboración de tales listas es dinámica y depende de la cantidad de trabajos publicados. La mayoría de las publicaciones que se usan de referencia para la elaboración de las listas son de revistas norteamericanas, canadienses e inglesas (ej. *British Journal of Psychiatry*, *Journal of Pediatric Psychology*, *Clinical Psychological Review* y *Canadian Psychology*). No hay referencias a revistas latinoamericanas. Por otra parte, también en Latinoamérica podrían elaborarse nuevas estrategias de tratamiento basadas en la evidencia, sobre todo considerando que la preocupación por la efectividad de las intervenciones en Latinoamérica se presenta desde hace años (ej., Dragusnsky Sanín, 1979; Martínez-Taboas, 1988; Martínez-Taboas Francia-Martínez, 1992; Paniagua, 1981; Pérez- Gómez, 1975) (p3).

Se puede sostener entonces que tener un listado de tratamientos eficaces implicaría que los tratamientos no incluidos son ineficaces. Esto puede ser percibido así desde luego, aunque no es cierto. Un tratamiento puede no figurar en la lista también por otras razones: no haber sido investigado, disponer a su favor sólo de datos no experimentales (tratamiento prometedor) o no haber sido localizado. Tal como se sostiene anteriormente siguiendo este criterio, los enfoques Psicoanalítico y Sistémico no quedarían fuera de tratamientos eficaces, simplemente deberían ser mas investigados como otros enfoques (Vera-Villarroel & Mustaca, 2006).

En esta misma investigación realizada en Chile y Argentina, se sostiene que un punto importante en cuanto a determinar la efectividad de la terapia en general para todos los enfoques, es el hecho de que exista determinado *encuadre*. Esto implica en esta investigación que el encuadre de 5 a 8 sesiones, con 90 minutos de duración y una periodicidad pre-programada, demostró ser más efectivo, en contraposición a los encuadres con sesiones de 40 minutos de duración. Lo que indica que los pacientes obtienen mayor beneficio de la terapia si ésta tiene una programación más estructurada. Sin embargo, también demostró ser efectivo otro tipo de encuadre en un contexto institucional donde la demanda es amplia y los recursos no siempre alcanzan a cubrir

dicha necesidad. En este caso la Terapia Breve Sistémica, confirmó ser una alternativa de intervención psicoterapéutica útil, de corta duración, alta efectividad, costos reducidos, con beneficios a corto plazo y de resultados favorables en la práctica clínica (Vera-Villaruel & Mustaca, 2006).

En la investigación mencionada anteriormente, también se sostiene que es relevante analizar el apoyo empírico de las intervenciones en comparación con la aceptación de cada enfoque entre los psicólogos y estudiantes de psicología. Vera-Villaruel y Mustaca (2006) sostiene que en la actualidad en Chile las teorías Sistémicas y Constructivistas tienen una gran aceptación entre los psicólogos clínicos chilenos. En cambio en Argentina continúa predominando el enfoque Psicoanalítico al que le sigue el Sistémico y Constructivista. Sin embargo, son justamente estas corrientes las que de acuerdo a este estudio presentan menos apoyo empírico sobre sus intervenciones.

Echeburúa (1998, citado en Echeburúa & Corral, 2001) por su lado aporta que la evaluación de los resultados de las terapias psicológicas (es decir, del grado de eficacia) no debe soslayar la necesidad de evaluar el proceso de las mismas: cómo funcionan y a qué tipo de factores se puede atribuir el cambio de comportamiento. Así como tampoco se puede desatender el peso específico de las características del terapeuta en el resultado final de la terapia. Ante la constatación empírica de que hay una gran variabilidad en los logros obtenidos de unos terapeutas a otros, al margen de las técnicas terapéuticas utilizadas, el perfil idóneo del clínico requiere estudios más precisos. Hay sin embargo, algunas características que facilitan la alianza terapéutica: equilibrio emocional, sentido común, ausencia de rigidez y ganas genuinas de ayuda.

Para finalizar se puede decir que para algunos investigadores (Moreno, 2008) resulta de gran importancia e interés analizar el grado de responsabilidad sobre la cura que los psicoterapeutas otorgan a las diferentes variables que intervienen en la psicoterapia, independientemente de la línea o enfoque que los mismos sigan, y asimismo, comprobar si determinadas condiciones del terapeuta pueden incidir en la opinión que muestran al respecto. Este autor se refiere a aspectos tales como la orientación teórica del terapeuta, su experiencia, frecuencia con la que acceden a

publicaciones especializadas sobre investigación en psicoterapia, así como también otras posibles variables socio demográficas que tal vez puedan hacer que tal atribución se haga de forma diferente en psicoterapeutas diferenciados en cuanto a esas variables. Algunas de las variables mencionadas durante este capítulo, se explorarán en dicho trabajo a través de las entrevistas semidirigidas aplicadas a terapeutas de pareja.

Como pudo observarse previamente son muy escasas las investigaciones respecto a la efectividad en terapia de pareja e inexistentes respecto a la percepción de efectividad en terapia de pareja. Lo cual resulta significativo y de importancia para realizar la presente aproximación al tema.

Capítulo III:

Psicoterapia de pareja

3. Psicoterapia de Pareja

En este apartado se hará un recorrido acerca del ejercicio de la psicoterapia en términos generales. Luego se dará lugar al consultante particular del que se trata en esta investigación que es la pareja en sí misma. Para finalizar detallando las características propias de la psicoterapia de pareja y sus diferentes abordajes en cuanto a líneas o enfoques psicológicos.

3.1. La psicoterapia como campo

“Dependiendo de la orientación teórica de uno, la psicoterapia puede ser conceptualizada como persuasión interpersonal, educación psicosocial, auto-cambio profesionalmente guiado, tecnología conductual, una forma de re-parentalidad, una amistad comprada, cuidado de la salud, y muchas otras. Como Perry London (1986) dijo, es más fácil practicar la psicoterapia que explicarla o definirla” (Prochaska & Norcross, 2000, 4).

Norcross (1990, citado en Prochaska & Norcross, 2000, 4) define a la psicoterapia de la siguiente forma: “La psicoterapia es la aplicación informada e intencional de métodos clínicos y posturas interpersonales derivadas de principios psicológicos establecidos, con el propósito de ayudar a las personas a modificar sus conductas, cogniciones, emociones, y/u otras características personales, en direcciones que los participantes consideren deseable”. Sosteniendo que esta definición es amplia, en cuanto a ser razonablemente equilibrada y relativamente neutral en términos de teoría, método y formato. Lo cual resulta pertinente al presente estudio, donde no se busca tener una visión cerrada o centralizada desde un enfoque particular, sino que lo que se pretende es tener a lo largo del mismo una visión más bien de tipo constructivista de acuerdo a los objetivos de la investigación, una visión que integre la percepción de efectividad de terapeutas de pareja pertenecientes a distintas líneas teóricas.

El ejercicio de la psicoterapia, como el de cualquier actividad profesional, comienza con un camino que tiene principio pero no final. Es decir que debe existir en

los profesionales una permanente y continua necesidad de actualizarse, formarse y entrenarse (Kirszman & Salgueiro, 2010).

Así mismo, estas autoras hablan también del quehacer profesional de los terapeutas, y sostienen que la práctica profesional los enfrenta a diario con una multiplicidad de interrogantes y desafíos. Quienes consultan esperan de los terapeutas el alivio del padecimiento que los aqueja y los movilizó a solicitar su ayuda. Para satisfacer esta demanda cuentan con ciertas herramientas, ellas son:

- 1) La experiencia clínica
- 2) La teoría
- 3) La investigación

En cuanto a *experiencia clínica*, ésta se construye a través de actividades fuera del ámbito educacional, que brindan la oportunidad de aplicar conceptos y operaciones aprendidos durante el período de formación, de grado y de posgrado. Estas experiencias pueden comenzar durante dicho período, en la forma de observaciones, tutorías, conceptualización como discusión de situaciones clínicas, planificación de cursos de intervención y prácticas supervisadas, para continuar luego en los ámbitos específicos del trabajo profesional en forma más independiente.

También dicen que los terapeutas cuentan con diferentes tipos de competencias. Las competencias naturales son aquellas que tienen desde pequeños y que no requieren de ningún entrenamiento especial. Son características personales como cierta capacidad empática, interés por los otros, una disposición para escuchar a los demás, entre otras. Pero, si bien estas son condiciones necesarias e importantes para ser psicoterapeuta, evidentemente no son suficientes. Por lo tanto, frente a la decisión de ocuparse de ayudar a personas que padecen, necesita adquirir aquellas competencias que se logran y se perfeccionan a través de un entrenamiento específico. Kirszman y Salgueiro (2010) sostienen que lo realmente importante para encarar cualquier tipo de terapia psicológica, es conseguir que quienes consultan se sientan escuchados, comprendidos y que puedan

hallar en el primer encuentro, el estímulo suficiente para que volver una siguiente vez les provea de sentido.

En lo que refiere a *la teoría* Kirszman y Salgueiro (2010) sostienen:

Resulta hasta casi obvio destacar la importancia de la formación teórica como fuente que nos guíe en nuestro trabajo psicoterapéutico. La formación teórica de cualquier programa de entrenamiento en psicoterapia reúne tres componentes básicos: una *teoría de la mente* que nos permita dilucidar la conformación de la demanda, el modo en que se configuran las situaciones clínicas en los contextos involucrados en dicha demanda y su articulación con la oferta asistencial disponible; un *modelo psicopatológico* que dé cuenta del modo en que se conceptualiza el modelo explicativo de los procesos disfuncionales y un *programa de cambios* que permita, en un primer momento, la identificación de las condiciones que facilitan u obstaculizan los cambios necesarios y, en un segundo momento, el modo de intervención para volver más funcional una situación de padecimiento (p42).

Según cómo se conceptualice la situación clínica, las habilidades de diseño permitirán planificar el curso del tratamiento, en cuanto a sus objetivos y secuenciación. Para poner en práctica este programa de cambios se deberá apelar a operaciones y técnicas de intervención.

En cuanto a *la investigación*, la tercera herramienta con la que según este autor cuentan los terapeutas, tiene que ver con que es uno de los tres pilares en el desarrollo de la psicología clínica y la psicoterapia, siendo los otros dos la asistencia y la docencia (Fernández-Álvarez, García & Castañeiras, 2008 citado en Kirszman & Salgueiro, 2010). Sosteniendo que hay que resaltar que el diálogo entre la investigación y la clínica provee legitimidad al quehacer profesional.

En cuanto a esto último, el presente trabajo, podría resultar un aporte a la investigación y la clínica, en la terapia de pareja, ya que a partir del mismo, se busca conocer y describir los criterios que los profesionales que llevan a cabo este tipo de terapia psicológica, enumeran para reconocerla como efectiva. Es decir, una autoevaluación en cuanto a su quehacer profesional, para comprender qué variables consideran como influyentes del proceso psicoterapéutico, en relación a buenos resultados en terapia.

3.2. Pareja

3.2.1. La pareja a través de la historia

En la historia, la pareja como estructura social tiene relevancia sólo de manera reciente. Hasta mediados del siglo pasado era la familia el núcleo central de la vida de un individuo siendo la formación de la pareja sólo una etapa necesaria para conformar ese núcleo.

En cuanto a esto Villanueva et.al., (2009) sostiene:

Durante la segunda mitad del siglo XX la pareja humana experimentó un profundo cambio donde comienza a predominar la libertad individual por sobre los modelos tradicionales de conducta. Lo anterior, junto a la incorporación progresiva de la mujer al mundo laboral y educacional, y a la regulación de la natalidad, lleva a que los roles de mujeres y hombres en la relación de pareja comiencen a tener un cambio profundo. Hoy la pareja humana está inserta en un escenario que se caracteriza por un factor del que no existen precedentes, esto es, la presencia de una dinámica de cambios acelerados sociales y tecnológicos que ocurren incluso varias veces en una misma generación (p.101).

Afirmando lo anterior Biscotti (2006) sostiene que la pareja ha sufrido fuertes y variados cambios en diferentes áreas en los últimos años, principalmente después de la

Segunda Guerra Mundial, desde la segunda mitad del siglo XX en adelante. Tapia (2001) por su parte, agrega que la pareja ha evolucionado constantemente durante la historia, y que es en el siglo pasado donde este cambio ha sido más relevante y rápido; permitiendo en la mujer mayor autonomía, participación social y menor dependencia a nivel económico, lo cual produce que variables afectivas tengan mayor relevancia en la convivencia de las parejas.

Biscotti (2006) define a la pareja actual como la pareja del posmodernismo, de un mundo cambiante, donde han caído los valores inmutables y se ha instalado la incertidumbre. Con menos idealizaciones y menos tendencia a la eternización. Un mundo de coexistencias donde las nuevas ideas no reemplazan a las anteriores, sino que se agregan y luego se entrelazan en la contemporaneidad. Encontrándose la pareja en un proceso incipiente, pero aún no consolidado, con avances y retrocesos, en un camino hacia la simetrización del vínculo, con diferenciaciones que no pasen por el poder de ningún género sobre el otro.

Respecto a lo anterior se puede decir entonces que para poder definir el vínculo de pareja se debe tener en cuenta la época, la sociedad y la cultura. Ya que no es lo mismo la concepción que se tiene de pareja en los tiempos actuales que la que se tenía hace treinta años. Tampoco es la misma construcción en distintos contextos. Sin ir más lejos, en nuestro país en la actualidad existe la posibilidad de pensar como pareja, también la pareja homosexual con casi los mismos derechos que las que se da entre un hombre y una mujer, como lo es la posibilidad del matrimonio por ejemplo. Esto implica que existen múltiples maneras de vincularse con el otro, sin que una sea mejor que otra sino que cada vínculo responde no sólo a la particularidad de los sujetos que lo conforman sino también a la época y espacio donde se desarrolla (Funes, 2013).

Los seres humanos a lo largo de sus vidas van desarrollando diferentes vínculos con las personas que los rodean. Establecer un vínculo de pareja es uno de esos tantos lazos, que responde a ciertas características y modalidades de relación que lo diferencian del resto.

Por su parte, De la Espriella Guerrero (2008) sostiene que se puede definir a la *pareja* como una relación significativa, consensuada, con estabilidad en el tiempo, con un referente obvio, que es el matrimonio; aunque también existen parejas humanas que no coinciden con los límites que aquel impone. Sostiene que la pareja humana no es pareja, en el sentido de no ser igual; ya que supone la diferencia y se encuentra llena de facetas. Tampoco es continua, ni es tersa o suave, aunque este autor dice que pareciera que su definición llevara de alguna forma a pensar en esos sinónimos. Sostiene que por el contrario, la pareja humana supone contrastes, variaciones e inestabilidades que pretenden la estabilidad.

Biscotti (2006) manifiesta que la pareja es una construcción relacional sostenida por ambos miembros. Ese espacio relacional constituido por la permanente interacción entre sus miembros, sus expectativas, las de sus contextos de origen y la de sus actuales. Entendiendo también que la pareja ocupa un lugar primordial en nuestra sociedad, de sostén de identidad, no siendo el único pero sí importante.

Ciertos autores en cuanto a pareja, expresan que los humanos, en general, tenemos grandes expectativas puestas en la relación de pareja. Siempre ha sido importante, fuera por el tema de asegurar la reproducción de la especie, por la supervivencia física, o por obtener beneficios económicos o de estatus social, aunque desde la historia y la antropología se nos ha mostrado que la importancia de la familia durante siglos, ha sido superior al concepto de pareja. En las últimas décadas, en la sociedad occidental, ha aparecido un claro sesgo por el interés hacia la relación de pareja y esas expectativas que han aparecido tienen mucho que ver con el amor: queremos enamorarnos, sentir la pasión. Lo que no se espera es el conflicto, pero la relación de pareja es un campo ideal para la intimidad, para la reciprocidad, para la sexualidad, y también para el conflicto (Testor, Garayoa & Pujols, 2009).

Villanueva et.al. (2009) en cuanto a esto sostiene:

La vida en pareja construye su evolución y desarrollo a través de permanentes encuentros y desencuentros en secuencias de quiebre y reparación. Los conflictos, por lo tanto, son parte habitual y necesaria de la vida de las parejas ya que permiten una redefinición permanente del sentido de identidad de cada uno de los miembros así como de sus patrones de relación. La “no existencia” o evitación de los conflictos detiene el desarrollo, disminuye la capacidad de las parejas para enfrentar y resolver dificultades, inhibe la intimidad emocional y el deseo (p 102).

Por otro lado, acorde a la teoría de intercambio social (Thibaut & Kelley, 1959 citado en González & García, 2009) se da por hecho que una relación perdura cuando los resultados de la misma son benéficos y satisfacen a los individuos.

3.3 Terapia de pareja

El ámbito de la terapia de pareja es uno de los más complejos en lo referente a la práctica clínica. Los criterios para considerar su eficacia o efectividad son tan diversos como difíciles de definir. ¿Se considera exitosa una terapia de pareja que culmina con una separación saludable? ¿Cuáles son los criterios de un terapeuta para considerar que la terapia de pareja ha llegado a su fin? ¿Hay alguna circunstancia específica a partir de la cuál no sería beneficioso iniciar una terapia de pareja? Estos y otros puntos se indagarán en el análisis de las entrevistas realizadas a los terapeutas.

Szmulewicz (2015) en cuanto a terapia de pareja, sostiene que en este tipo de terapia se constituye una tríada literal, en donde concurren tres adultos, lo que dificulta la mantención de la asimetría por parte del terapeuta y promueve con más intensidad los temores acerca de la alianza. Poder sostener la tensión que implica el excluir o ser excluido constituye una fuente natural de aprendizaje relacional, recurso esencial para

los terapeutas de pareja, quienes deben ser capaces de tolerar esta ambivalencia, permanentemente.

La experiencia clínica en el trabajo con parejas y familias comparte muchas de las características del trabajo individual pero también grandes diferencias. Estas diferencias van más allá del nivel de dificultad o gravedad de las problemáticas planteadas en el motivo de consulta. Una de estas diferencias es que en el trabajo con parejas y familias el nivel de complejidad se multiplica significativamente. Las parejas y las familias son “sistemas complejos” y justamente son complejos porque interviene más de un elemento. Cuantos más elementos, mayor el nivel de complejidad (Kirszman & Salgueiro, 2010); desde esta perspectiva el todo es más que la suma de las partes y la multiplicidad de variables se interrelacionan desde la causalidad circular es decir que cualquier variación en un elemento del sistema afecta a los demás, como consecuencia de un mecanismo de retroalimentación.

De La Espriella (2008) va a decir que resulta necesario reconocer la terapia de pareja como un campo con elementos propios, que si bien se relacionan con los conceptos aplicables a la terapia de familia, debe desligarse de ellos. La pareja es un sistema en sí y debe abordarse como tal, teniendo en cuenta sus particularidades, que los métodos de terapia son variados, que es necesario que el terapeuta respete sus integrantes, sus creencias, sus valores y su historia. Este mismo autor sostiene que lo primero que hay que conseguir en la terapia de pareja, es que quienes consultan se sientan escuchados, comprendidos y que puedan hallar en el primer encuentro, el estímulo suficiente para que volver una siguiente vez les provea de sentido.

Martínez Farrero (2006) por su parte, sostiene que cuando una pareja o una familia consultan es porque la relación entre ellos se ha deteriorado. Los miembros que acuden suelen ser aquellos que son capaces de reconocer su implicación en el problema y/o están interesados en lograr algún cambio. Pero generalmente, más allá del motivo de consulta común, existen los diversos motivos de consulta de cada uno de los miembros, que corresponden a su visión personal del problema. Si el psicólogo desea realizar un tratamiento familiar o en pareja y no un conjunto de intervenciones individuales primero

deberá conseguir que todos los miembros sean capaces de establecer una misma demanda, a partir de la cual poder trabajar conjuntamente. Por tanto, la demanda debe estar formulada como un problema relacional en la que todos los miembros que acuden a consultar quedan implicados.

Biscotti (2006) por su parte sostiene que en las parejas existe un permanente interjuego entre las creencias entendidas como definiciones de sí, del otro y de la relación; y los juegos relacionales a partir de ellas a veces no permiten nuevas posibilidades y mejores negociaciones. Resalta que el lugar de un terapeuta de pareja tiene que ver con ayudarlas a posibilitarse una lectura diferente de este escenario, a través de los puntos más sensibles para ello.

Casabianca (2007) respecto a esto afirma que consultantes y terapeutas traen al contexto terapéutico sus propios supuestos, sus propios paradigmas para construir las realidades, que están influenciados de distinta manera y en diversos grados en cada participante, por las micro y macro culturas en que se encuentran insertos.

En cuanto a esta temática y el lugar del terapeuta, podría decirse que según lo que sostiene Tapia (2001), el importante avance de las investigaciones de resultados en psicoterapia en la última década, permite tener nuevas perspectivas clínicas en Terapia de Pareja. Se destaca la importancia de la persona del terapeuta y la construcción de una alianza para el resultado positivo de la psicoterapia.

Respecto a los objetivos de la terapia de pareja Biscotti (2006) sostiene que en terapia de pareja se podrían plantear ciertos objetivos generales del proceso terapéutico independientemente del enfoque psicológico que lo lleva a cabo. Mencionando los siguientes:

- *Reducir o disolver el problema o síntoma que trae a la pareja a la consulta.
- *Generar una interacción más funcional, permitiendo el desarrollo de sus miembros y no el de uno sobre el sacrificio del otro.
- *Lograr responsabilidad mutua en el conflicto.
- *Favorecer cambios graduales para mejorar la relación.

- *Contribuir en la definición de continuar o no con la relación.
- *Rescatar los mejores recursos de cada miembro de la pareja.
- *Construir con la pareja una comprensión actual-histórica del problema, más funcional que la que traen.
- *Generar formas para salir del problema de manera concreta y realizable.
- *Favorecer la mayor apertura o cierre de sus fronteras como pareja.
- *Ampliar las actitudes de cada miembro, ligadas a su género y a sus mandatos.
- *Lograr un cambio que se define en cada pareja y que permite evaluar la eficacia del tratamiento.

De acuerdo a lo que en el presente trabajo se pretende investigar, se realizó un rastreo bibliográfico; donde se encontraron diversos estudios (Echeburúa et.al., 2010) sobre terapia de pareja en cuanto a motivos de consulta de las mismas, modos de intervención en dichas terapias y hasta efectividad de las terapias a nivel general en cuanto a las líneas teóricas seguidas por los terapeutas. Como posibles conclusiones se observó una superioridad de las terapias cognitivo-conductuales como tratamientos de elección existiendo ausencia generalizada en investigación de las terapias psicodinámicas. Aunque no debería pensarse que la inexistencia en investigación signifique la existencia de ineffectividad de los enfoques menos estudiados. Aún así la psicoterapia psicodinámica, comienza a ofrecer datos de su efectividad por medio de estudios meta-analíticos.

En cuanto a terapia sistémica de pareja, Gurman y Kniskern (1978, citado en Prochaska & Norcross, 2000) sostienen que tras haber revisado diversos estudios las conclusiones generales fueron que las parejas se benefician más del tratamiento cuando ambos miembros están involucrados en la terapia, especialmente cuando son vistos conjuntamente. También se sostiene aquí que los resultados en terapias familiares y de pareja son comparativamente grandes, siendo tan buenas o mejores que la investigación de resultados en la mayoría de las otras áreas de la psicoterapia; corroborando que este tipo de enfoque ha demostrado su efectividad en este ámbito.

Sin embargo, en esta investigación se pretende buscar una orientación desde otra perspectiva, que incluya la mirada subjetiva y particular del profesional interviniente. Se busca describir los criterios que los psicólogos tienen en cuenta para definir sus tratamientos como eficaces y poder, posteriormente, relacionarlo con los métodos, técnicas utilizadas por los mismos en dichos tratamientos y sus respectivas líneas teóricas.

Lo particular de la presente investigación reside en el hecho de no acotar la muestra a una línea específica, sino en poder describir la percepción de los terapeutas de pareja en general e ir relacionando esto a lo que cada uno considera importante a la hora de intervenir y llevar a cabo el proceso, teniendo la posibilidad de definir si existen o no diferencias entre líneas teóricas en cuanto a abordar la temática, incluso a la hora de hablar específicamente de efectividad.

Existen estudios acerca de las terapias psicológicas de pareja y su utilidad o efectividad en general, cuyos aportes resultan muy valiosos a la hora de trabajar en este ámbito. En la investigación que aquí se pretende llevar a cabo, la posibilidad de describir la percepción de efectividad que tienen los terapeutas de pareja en cuanto a su quehacer profesional, aportaría datos de gran interés e importancia para conocer y tener un acercamiento de cómo y desde qué lugar evalúan la efectividad en el desempeño de su rol profesional. Como así también, poder establecer una relación con si la misma depende de la orientación que los especialistas siguen en su trabajo o cómo delimitan este trabajo en pareja.

3.3.1 Diferentes Abordajes en Terapia de Pareja

A lo largo del presente capítulo se desarrollarán algunos enfoques desde los cuales se aborda la terapia de pareja y la forma en que cada uno lleva a cabo el tratamiento; a fin de poder establecer y relacionar esto con las entrevistas que se tomará a los profesionales para describir cuál es la percepción de efectividad de los mismos en cuanto a su quehacer profesional.

De La Espriella (2008) nos dice al respecto que si bien existen muchas escuelas de terapia de pareja, con diversos enfoques, presupuestos, técnicas y definiciones, todas hacen hincapié en la importancia de la comunicación y la necesidad de desarrollar estrategias de resolución de conflictos. Establece que los objetivos generales de la terapia de pareja son:

- Manejar el motivo de consulta, que en muchas ocasiones requiere una mayor exploración.
- Promover un cambio que favorezca la meta-comunicación y que siempre respete los valores y creencias de sus integrantes.
- Permitir redefiniciones y evitar las interacciones rígidas.
- Aunque no se reconoce como un objetivo general, intentar mantener si la definición de los integrantes como pareja luce coherente con la expectativa de los miembros que la organizaron dentro de un proyecto vital compartido.
- De no ser posible, mantener la unión o procurar una separación con el menor grado de traumatismo.

A continuación se hará una breve descripción en cuanto a los abordajes psicoanalíticos y sistémicos en terapia de pareja, teniendo en cuenta que en la presente investigación se entrevistó a terapeutas de estas líneas. Se realizará también una mención del enfoque cognitivo conductual ya que si bien no hay terapeutas de esta línea que hayan sido entrevistados, se busca encontrar las posibles similitudes y diferencias entre enfoques.

Abordaje Sistémico:

Se dice que en la tradición sistémica, la familia ha sido considerada el sistema hegemónico desde y hacia el cual debemos mirar, aunque se advierte la presencia de otros subsistemas dentro de ella, como el subsistema parental, la fratría y el subsistema conyugal o de pareja. Considerando este último, el subsistema pareja, llama la atención observar cómo los terapeutas familiares se han visto compelidos a atender parejas, en sus inicios, quizás como si éste fuera un sistema homologable con el de familia y como

si este contexto terapéutico pudiera ser replicado en la misma forma, con algunas pequeñas variantes. Por lo tanto ya que hubo la necesidad de cambiar el paradigma para poder intervenir en familias, esto amerita una revisión de los conceptos y de las técnicas para atender a las parejas, ya que estar en una relación de pareja no es lo mismo que estar en una relación de familia, es un vínculo cualitativa y emocionalmente diferente. El impacto que puede experimentar el terapeuta que atiende a una pareja, también puede ser distinto. Tanto los psicoanalistas relacionales como los terapeutas familiares-sistémicos adhieren al planteo básico de que nada de lo que el terapeuta diga o haga en terapia resulta trivial para el proceso (Szmulewicz, 2015). Hoy existe sin embargo, mucha investigación sobre el funcionamiento de las parejas que excede la homologación de dinámicas familiares.

Bowen es uno de los pioneros, dentro del pensamiento sistémico, en plantear el triángulo como una manera natural de ser. El pensar en un espacio triangular, como lo es la terapia de pareja, nos remite invariablemente al concepto de triangulación, usado en el psicoanálisis y en la teoría sistémica, aunque con énfasis y comprensiones diferentes (Andolfi, 2003 citado en Szmulewicz, 2015).

Es interesante poder pensar en estos términos para hacer una comprensión triádica de este espacio y diferenciarlo de otros espacios terapéuticos. Cuando se producen en la terapia de pareja los momentos de encuentro, en que los tres participantes del sistema terapéutico resuenan juntos con algo que ocurrió, fue dicho o sentido en sesión, se trataría de “tres juntos”. En síntesis, cada uno de los que participan en una terapia de pareja puede constituirse en testigo y/o participante de las distintas interacciones que se originan en este contexto (Szmulewicz, 2011 citado en Szmulewicz, 2015).

Se habla de terceridad refiriéndose a uno de los componentes básicos de la intersubjetividad. En terapia implica que el terapeuta tenga la posibilidad de pensarse a sí mismo y pensar la relación, mientras interactúa con el paciente, es decir, crear un espacio lateral en su propia mente para que la relación no siga una trayectoria lineal, de modo de permitir que los actores implicados en la terapia mantengan flexibilidad y

movimiento y se implemente el espacio para inscribir nuevas narrativas (Benjamin, 2006 citado en Szmulewicz, 2015) .

En este mismo trabajo, el autor afirma que en terapia de pareja, el terapeuta se vuelve una forma de terceridad literal, se erige como aquello que media entre ambos miembros de la pareja, traduciendo cada uno de los relatos para que el otro pueda comprenderlos y resignificarlos. No obstante, no puede eludir el promover la investigación continua del tercero que emerge a partir de la tríada terapéutica. Por lo tanto la labor del terapeuta es convertirse en un interlocutor válido, entre el paciente y aquello que ambos crearon, pero la utilidad radica en la novedad que aporte esta lectura al relato del paciente (Szmulewicz, 2015).

Es decir que el entramado que se estrena en una terapia de pareja debiera ser lo suficientemente flexible como para promover nuevas formas de relación y para que ninguno de sus miembros, incluido el terapeuta, se sienta atrapado, sin opciones de perspectiva.

Villanueva et.al. (2009) refiriendo a esto nos dice:

Las parejas con cierta frecuencia se ven enfrentadas a “malos entendidos”. La solución para enfrentar estas situaciones son las “aclaraciones”, es decir, re conversar y chequear las comprensiones de los mensajes. Otra cosa distinta es cuando se debe enfrentar un “desacuerdo”, es decir, cuando cada miembro de la pareja piensa, siente y/o se comporta de manera distinta respecto de un asunto. La posición que los individuos adopten estará influida por aspectos de personalidad, historia personal, familia de origen, género y factores socioculturales. Si el desacuerdo se acompaña de emociones de ansiedad o temor llamaremos a este desacuerdo un “conflicto”. Según la Real Academia Española, RAE, (2001) conflicto se define como: la coexistencia de tendencias contradictorias, capaces de generar angustia y trastornos neuróticos (p102).

Este mismo autor, sostiene que desde la perspectiva Sistémica en psicoterapia, los conflictos son entendidos como propiedades emergentes de la interacción de los miembros de la pareja. Es decir los conflictos son considerados “posiciones en el sistema”. Y la permanencia de la pareja en estas posiciones inflexibles de circuitos de negatividad, ha sido tema de estudios para investigadores y autores en Terapia Sistémica.

Moriana y Martínez (2011) afirman que cualquier orientación en psicoterapia, mantiene una “conversación para el cambio” y que lo único que varía son los elementos terapéuticos que se incluyen en esa conversación. Apoyando la idea de que *ningún modelo es mejor que otro*, puesto que ninguno acota más porción de “realidad” que los demás. Solo utilizan herramientas de análisis diferentes y por ello construyen realidades diferentes.

Este mismo autor describe que las terapias sistémicas se caracterizan por asumir que es útil analizar la realidad desde los postulados de la Teoría General de los Sistemas. Por lo tanto el contexto interaccional va a ser entendido por el terapeuta como un *sistema*. Por lo cual una vez establecidos los elementos del sistema las relaciones entre éstos serán entendidos desde las propiedades que cumplen los sistemas generales.

La característica de los sistemas que más repercusiones tiene en esta terapia es la de entender a las relaciones entre las unidades que los constituyen desde la óptica de la “causalidad circular”. Siguiendo la idea de que cualquier variación en un elemento del sistema afecta a los demás, como consecuencia de un mecanismo de retroalimentación, la modificación que en ellos se produce, termina por afectar nuevamente al primer subsistema.

Como consecuencia de asumir el constructivismo como perspectiva de análisis de la realidad, el terapeuta sistémico cuenta con dos grandes alternativas para construir la realidad terapéutica. La primera opción es identificar lo que las personas ya están

haciendo para resolver problemas, y trabajar para ampliarlo. La segunda es construir junto a ellos un problema resoluble, reconstruyendo la secuencia de acontecimientos que se producen en torno a la queja para después introducir modificaciones en ella, identificando las soluciones intentadas ineficaces para luego bloquearlas. Ambos conducen a la solución del problema (Morianana & Martínez, 2011).

El autor citado anteriormente, también habla de un modelo de procedimiento que algunos terapeutas sistémicos realizan. En la primera entrevista se explica la forma de trabajo y una explicación del tipo de tratamiento que realiza. Esta primera entrevista servirá además para hacerse una idea del tipo de ayuda que necesitan, y si el terapeuta se la puede brindar. A continuación se fija una duración de diez sesiones como máximo, aclarando que no es necesario agotarlas todas y que se realizarán sólo las que sean necesarias para resolver el problema. También se avisa que seis meses después de terminar el proceso, se los citará nuevamente para hacer un seguimiento del estado del problema. Si aceptan estas condiciones, se firma un escrito en cuanto a conformidad, y se comienza a trabajar. Se reitera aquí que es una modalidad de encuadre que algunos terapeutas de esta línea adhieren.

Un aporte importante de Platone (2007) en cuanto al encuadre o modalidad de trabajo sistémico es el siguiente:

La teoría de sistema es un encuadre teórico y metodológico que permite el estudio de las interacciones a partir de la complejidad y la diversidad de los sistemas familiares. En vez de realizar un diagnóstico que etiqueta a las familias de acuerdo a parámetros de desviación de la normalidad socio demográfica de la población general. Se analizan las dimensiones de coherencia, adaptabilidad (flexibilidad) y las secuencias interactivas (comunicación) entre los miembros. Por otra parte, puesto que la familia no está aislada de las complejas redes de interacciones con el entorno, es necesario también el análisis de los contextos ecológicos que forman parte de sus conexiones con el mismo (p12).

Dicho autor, también afirma que el terapeuta es un facilitador reflexivo del proceso y de las conversaciones de los miembros de la familia y/o pareja; es un negociador (mediador) de las divergencias y conflictos familiares (Sluzki, 1997 citado en Platone, 2007) dándole un rol importantísimo en cuanto a que una terapia pueda ser viable o en términos del presente trabajo, efectiva. Sosteniendo que la tarea básica del terapeuta es mantener e instaurar en los sistemas intervenidos, una visión optimista de los procesos de cambio y el énfasis en la capacidad de los seres humanos de auto-organizarse y desarrollarse como personas, más allá de la sintomatología y de las crisis a través de los sentimientos de afecto que los unen. Es decir que el terapeuta mantiene una actitud neutral y positiva, siendo activo en el proceso, contribuyendo a construir junto con los miembros de la familia o pareja, la resolución del síntoma.

En Prochaska y Norcross (2000) en referencia a las parejas, se sostiene que se benefician más del tratamiento cuando se encuentran involucrados ambos miembros en la terapia siendo vistos en conjunto, viéndose como negativo el hecho de que la estrategia de tratamiento sea terapia individual en este último caso.

Abordaje Psicoanalítico:

En cuanto a psicoterapia psicoanalítica de pareja, se trata de un tipo de abordaje clínico cuyo marco referencial lo constituye el conjunto de desarrollos teóricos-clínicos que conforman el psicoanálisis y que, para alcanzar el cambio subjetivo, utiliza como camino el *insight* o conocimiento de la propia realidad psíquica, de los funcionamientos psíquicos del partenaire y de las retroalimentaciones recíprocas con sus múltiples efectos. Otros tipos de terapia operan con otras referencias teóricas y en cuanto a la transformación subjetiva, no proponen que ésta se acompañe de un trabajo sobre la realidad psíquica. La terapia psicoanalítica de pareja apunta a un proceso de *insight* centrado en lo intersubjetivo que se juega en el vínculo en cuestión y no a salvar matrimonios o armonizarlos de acuerdo a normas sociales (Spivacow, 2008).

En un funcionamiento mental, en la teorización que el autor anteriormente nombrado sostiene, pueden distinguirse dos facetas o registros que tendrán mayor o menor relevancia según el funcionamiento en cuestión y/o la perspectiva con la cual se lo estudia: lo intrasubjetivo y lo intersubjetivo. Lo intrasubjetivo hace referencia a lo que emerge privilegiadamente en la asociación libre, o sea en el dispositivo terapéutico freudiano y constituye ese aspecto de un funcionamiento en que las determinaciones operantes son referibles predominantemente al mundo interno del sujeto. En cambio, lo intersubjetivo circunscribe una dimensión del suceder psíquico diferente de la que aísla lo intrasubjetivo y constituye aquel aspecto de un funcionamiento psíquico en que un *otro significativo es una parte activa*, tal que el intercambio con este otro determina parte de los funcionamientos preconscientes e inconscientes involucrados en el funcionamiento en cuestión. Es una dimensión central en el psiquismo que para entenderlo hay que considerar lo intersubjetivo que se produce en muchos vínculos humanos, como los de pareja.

Spivacow (2008) respecto a lo anterior, expresa:

Lo intersubjetivo abarca diferentes estratos de lo psíquico, lo relativo al lazo social y a la interacción social conscientes y preconscientes, pero lo fundamental en él, desde el punto de vista psicoanalítico, debe ubicarse en relación a lo inconsciente. En lo intersubjetivo de un sujeto, los funcionamientos inconscientes se constituyen como *una producción conjunta de este sujeto con los otros que integran su contexto intersubjetivo*, teniendo lugar procesos de formación del inconsciente no descriptos en la obra de Freud (Kaës, 1999). En efecto, aquellos sectores de lo intersubjetivo que pertenecen a lo inconsciente de un sujeto cumplen la condición que Freud señalaba para el inconsciente, de ser “altamente singular” pero al mismo tiempo, obsérvese esta característica, dependen de las contribuciones e interacciones de los otros significativos. Son altamente singulares, valga la repetición, pero no exclusivamente individuales, ya que se

configuran como una producción conjunta con un otro exterior. El vínculo con otro o un grupo implican en lo inconsciente funcionamientos y procesos no consideradas por Freud, fundamentalmente la *multidireccionalidad* o *bidireccionalidad*, como funcionamiento y las *alianzas inconscientes*, como formaciones estables (p 350).

El mismo artículo Spivacow aclara que el dispositivo freudiano (asociación libre) permite un mejor abordaje de los funcionamientos en que se destaca o predomina lo *intrasubjetivo*, que es un modo de procesamiento en el que los otros son procesados como objetos internos y asintóticamente se elimina su autonomía de la cual gozan como objetos externos. Por el contrario los dispositivos vinculares ponen en primer plano lo que produce el encuentro ente dos sujetos “entre ellos” y lo que se despliega en primer plano no es tanto lo que un sujeto produce en relación al otro internalizado como objeto interno (aunque estos últimos operan en todo encuentro) sino lo que aporta la interacción con los otros exteriores y autónomos incluidos en el dispositivo, teniendo un mejor abordaje de aquellos funcionamientos en que se destaca o predomina lo *intersubjetivo*. Lo cual desde un punto de vista terapéutico, lo intersubjetivo es clave en algunas problemáticas dado que para entenderlas y abordarlas, es necesario tener en cuenta las inducciones, influencias e interacciones inconscientes. Una dimensión, sea la intrasubjetiva o la intersubjetiva, no existe sin la otra; se trata de dos aspectos de un único suceder.

En cuanto a terapia de pareja, el autor mencionado dice que cuando una pareja solicita una consulta, lo más habitual es que haya una crisis en la que se desajustan los modos habituales de lidiar con los conflictos entre ellos. Y agrega que los motivos manifiestos de consulta pueden ser el nacimiento de hijos, problemas de “comunicación”, dificultades con las familias de origen, o alguna otra problemática. Frente a esto el analista realizará un diagnóstico de los funcionamientos intra e intersubjetivos en juego, recorriendo un camino que va del motivo de consulta a la formulación psicodinámica de la crisis. El hecho de que los consultantes soliciten

tratamiento de pareja no significa que el analista acepte esta indicación y en muchos casos puede indicar una terapia de otro tipo. Pero si lo intersubjetivo tiene peso en la dinámica del sufrimiento, es altamente probable que un tratamiento vincular realice un aporte terapéutico diferente y valioso. El peso de lo intersubjetivo (bidireccionalidad y alianzas inconscientes) es la principal variable a considerar en el momento de evaluar la conveniencia o la inconveniencia de un tratamiento de pareja (Spivacow, 2008).

En efecto, si se considera que conviene un tratamiento de pareja es porque se estima que en los sufrimientos que motivan la consulta tienen especial importancia los sucesos psíquicos que dependen privilegiadamente del funcionamiento vincular y de la dimensión intersubjetiva del psiquismo. Estos procesos psíquicos no pueden ser abordados de manera individual con el tipo de intervenciones que en estos se utilizan; el cambio psíquico buscado requiere de intervenciones vinculares (Spivacow, 2001 citado en Spivacow, 2005).

Spivacow (2005) sostiene que en el curso de un tratamiento de pareja, el analista tiene intervenciones de distinto tipo, según la singularidad de la situación clínica. Entre las distintas formas de intervenir hay una cuya eficacia hace a la indicación de la mayor parte de los tratamientos psicoanalíticos de pareja: *la intervención vincular* mencionada anteriormente.

En este mismo artículo el autor explica que la intervención vincular toma como referente empírico el *relato conjunto* de la pareja: un conjunto de palabras y conductas observables en ambos partenaires interactuando en el dispositivo. Es decir que el relato conjunto es entonces lo que los miembros de la pareja despliegan en sesión. Sin saberlo, creyendo que están produciendo dos discursos individuales, en realidad constituyen una trama en que el enunciado de uno toma sentido en relación al del otro, al que resignifica. Lo cual le da acceso al analista a contenidos que no aparecen en los discursos individuales de uno y otro. Sino que aparecen elementos pre o para verbales, lugares en el discurso, tono de voz, gestos, posiciones y silencios que muestran, esconden, evidencian y desfiguran una trama latente que subyace a lo manifiesto. Ambos cónyuges y el analista

conforman una escena compleja en que lo visual y lo auditivo, las palabras, los cuerpos, las miradas, los tonos de voz son el material a considerar (Spivacow, 2005).

El análisis del relato conjunto debe tener en cuenta que en la sesión de pareja, la presencia del partenaire configura una situación en que las palabras asumen con facilidad un aspecto de demanda, amenaza, extorsión al otro que no adquiere en los tratamientos individuales. Los pacientes, entonces, hablan, muestran una dinámica, despliegan el relato conjunto y el analista piensa, trata de entender lo que dicen e interviene cuando lo cree conveniente. Los contenidos y sucesos relatados y/o escenificados reflejan problemáticas individuales y vinculares y al mismo tiempo la pareja muestra cómo se constituye, cómo se constituyó y cómo imagina “curarse” (Spivacow, 2005).

Spivacow (2005) en cuanto a como la subjetividad del analista puede influir en la intervención dice lo siguiente:

La pareja es uno de los ámbitos de la experiencia humana respecto del cual las intervenciones de los terapeutas están teñidas de prejuicios y/u opiniones peligrosa y fatalmente personales. De manera que para el analista que trabaje en este campo son más que válidas las reflexiones y advertencias que han tendido a alertar sobre la importancia del análisis de sus sentires, prejuicios, opiniones, pasiones, desconocimientos, el conjunto de procesos anímicos que corresponden a la subjetividad del analista lo que una tradición lúcidamente cuestionada por Lacan denomina contratransferencia en sentido amplio (p 19).

Cuando se produce una crisis, más allá de los contenidos manifiestos que aparezcan, un común denominador es que las transferencias intrapareja, que hasta el momento tenían un signo globalmente positivo, adquieren un signo globalmente negativo. La manera en que un analista puede ayudar, sin entrar en los caminos de la sugestión o el aplacamiento, es produciendo *insight* sobre las transferencias que unen a ambos partenaires de modo que los mecanismos propios del principio del placer tengan

el sesgo de la idealización o del reproche, den paso a funcionamientos más cercanos al principio de realidad respecto de quién es, qué hace y qué le pasa a cada uno consigo mismo y con el otro. La ventaja de un dispositivo vincular, es habilitar una diferente y muchas veces mejor expresión y abordaje de lo intersubjetivo (Spivacow, 2008).

Los tratamientos de pareja no son una panacea, como no lo es ninguna cura psicoanalítica. Ofrecen una posibilidad de aliviar sufrimientos por la vía de conocer mejor algunas cuestiones de uno mismo, del otro y del vínculo y en comparación con los tratamientos individuales, en determinadas ocasiones, una mejor posibilidad de trabajar las cuestiones intersubjetivas de la vida de pareja. Esto no siempre es así y hay conflictos de pareja que conviene abordarlos en encuadres individuales (Spivacow, 2008).

En cuanto a la *duración* de los tratamientos, el autor mencionado sostiene que a veces es reducida a unas pocas sesiones, diez a veinte. Lo habitual es que los tratamientos de pareja sean más largos pero vale señalar que la brevedad en el tiempo no le quita valor a un tratamiento y que lo que justifica y legitima a una práctica como psicoanalítica, es que produzca un mayor y mejor conocimiento de lo inconsciente como efecto atribuible a la tarea. Esto es lo que interesa y también lo que justifica incluir los tratamientos de pareja como una herramienta en el propio arsenal clínico (Spivacow, 2008).

Y concluye su artículo diciendo que el objetivo de un tratamiento analítico de pareja es alcanzar conocimiento y/o construir representaciones sobre el modo en que los funcionamientos psíquicos de uno influyen y condicionan los del otro, sobre el clima vincular, sobre la bidireccionalidad reinante en el vínculo. Esta es la clave de la indicación aunque, por supuesto, es sólo una orientación, ya que las situaciones clínicas deben verse caso por caso.

Por su parte en su artículo Nicoló (1990) sostiene:

La mayoría de los terapeutas familiares de orientación sistémica efectúan y teorizan un tipo de intervención focal breve. En el plano psicoanalítico, con la excepción de la escuela francesa (Eiguer, Ruffiot et al., 1986) y de pocos otros investigadores, el trabajo con familias y parejas muchas veces es considerado como un trabajo de apoyo útil sobre todo durante la edad evolutiva, por ejemplo en paralelo con el tratamiento individual de un hijo. Por lo que se refiere a los investigadores del grupo Tavistock (Box, 1986), aunque no lo digan explícitamente, se infiere que continúan con la idea de que un tratamiento familiar o de pareja, aún siendo útil, no puede sustituir en importancia y en profundidad a un psicoanálisis individual. Esta posición difiere en mucho de la de otros autores, por ejemplo Dicks, quien, considerando a la pareja como "una personalidad integrada y conjunta", pone de relieve que en este caso nos encontramos frente no ya a la suma de dos personas, sino a una entidad, que como tal debe ser considerada y como tal analizada, ilustrando así la posibilidad de un trabajo de por sí autónomo y profundo (p 918).

En este mismo artículo desde su punto de vista nos dice que no considera a la terapia de pareja o familiar ni como una terapia de apoyo, ni como una terapia focal breve, aunque en ciertas situaciones clínicas puede ser útil un trabajo en tal sentido. Además sostiene que para este tipo de trabajo existen indicaciones precisas y de elección, algunas veces imprescindibles como en aquellas situaciones psicósomáticas o psicóticas donde tiene que ser articulado en una terapia integrada: terapia individual del paciente y terapia del remanente núcleo familiar o de la pareja de padres. Por lo que se refiere al tratamiento de la pareja, dice que está especialmente indicado en las problemáticas que se presentan durante la edad evolutiva de un hijo o en ciertos casos de disfunciones de la sexualidad (Nicoló, 1990).

Los principios en los cuales Hautman (1984, citado en Nicoló, 1990) se inspira en su trabajo, son aquellos que se consideran específicos de toda intervención psicoanalítica: el encuadre, la interpretación y la relación terapéutica entendida en su dinámica de transferencia y contratransferencia. Todo lo que en psicoanálisis contribuye a constituir la situación analítica, "que es el resultado metodológico de la integración dinámica del pensamiento fantasmático, del encuadre y del pensamiento interpretativo".

Continúa exponiendo que la presencia de un encuadre coherente constante permite analizar los cambios en los pacientes sin que existan en ellos interferencias debidas a otras variables; también posibilita la constitución de un punto claro y seguro de referencia tanto para los terapeutas como para los pacientes. Con el término encuadre se refiere no sólo a ese conjunto de actividades no interpretativas que tienen por finalidad la de mantener la marcha ordenada del proceso psicoanalítico, englobando en tal concepto la regulación y el pago de los honorarios, la observancia y los cambios de horario, la situación de comienzo y final de la sesión, que debe mantenerse en la forma más rigurosa y transparente posible (Bleger, 1966 citado en Nicoló, 1990). Este término debe abarcar también la actitud mental del terapeuta, capaz de recibir las informaciones que le llegan desde sí mismo y desde los pacientes. Todo esto, junto con la actividad interpretativa, contribuye a determinar aquella situación de contención, fundamental en la situación dual, pero aun más necesaria con la pareja y con la familia que son de por sí estructuras organizadas, donde la complejidad de los niveles y de las relaciones presenta enormes problemas.

Nicoló (1990) continúa su trabajo afirmando lo siguiente:

En la terapia de pareja, algunos de los aspectos más importantes sobre los cuales centralizo mi trabajo de observación y de interpretación son (entre otros) el esclarecimiento y la elaboración de la "colusión" entre los miembros de la pareja, poniendo en evidencia las recíprocas y complementarias identificaciones proyectivas y las correspondientes escisiones, además de los otros

mecanismos de defensa que están presentes; las motivaciones sobre las que se ha basado la inicial elección del *partenaire*, la relación existente en la pareja como estructura que supera al individuo singular y a cada uno de sus miembros, la relación transferencial que se establece ya sea hacia el terapeuta singular, ya sea hacia la pareja de terapeutas (en caso de coterapia). Todo esto marca la complejidad del trabajo del analista que desee trabajar con la pareja (p 920).

Testor et.al. (2009) en cambio, en cuanto a terapia de pareja sostiene:

Los psicoterapeutas de pareja que fundamentan su trabajo en las teorías de las relaciones objetales se subdividen en los que siguen la tradición de la escuela británica (Klein, Fairbairn, Erickson, Dicks, Winnicott y Bion), y de la escuela norteamericana (Jacobson, Sandler y Kernberg); las aportaciones teóricas de Margaret Mahler, por último, constituyen también una referencia importante para algunos psicoterapeutas de pareja (Spaulding, 1997; Perez-Testor, 2001; Waska, 2008). La escuela británica de las relaciones objetales se desarrolla a partir de Melanie Klein (p 199).

En cuanto a la teoría de las relaciones objetales, este mismo autor sostiene que la inicial perspectiva psicoanalítica del individuo como generador de pulsiones que deben descargarse, da paso a un mayor peso del *objeto*, de la relación con el otro, y de los movimientos inconscientes intrapsíquicos (disociación, proyección) con que se intenta establecer o mantener el vínculo. En este contexto, la *identificación proyectiva*, mecanismo de defensa postulado por Klein, ayuda a entender muchos de los conflictos de pareja: aspectos de mí mismo que considero “malos”, amenazantes, son escindidos inconscientemente de mí y proyectados en el otro, identificando entonces a ese otro (por ejemplo, la pareja) con eso “malo”. Ahí se generaría el funcionamiento propio de la *posición esquizo-paranoide*, donde predomina el sentimiento de ser rechazado, el

ataque, la culpabilización del otro, la envidia o el aislamiento y la distancia emocional. La psicoterapia de pareja enfocada en las relaciones objetales, intentaría favorecer el paso a la *posición depresiva*, donde predomina la asunción de las propias responsabilidades, la gratitud hacia el otro y el deseo de cuidar y reparar.

Cualquiera que sea el ámbito y la modalidad, el objetivo central de un tratamiento psicoanalítico es conseguir insight y modificar conflictos inconscientes y dinámicas relacionales que generan sufrimiento. En cuanto a pareja el mecanismo de cambio que se intentará será *potenciar la capacidad de insight y a partir de ahí contener las proyecciones percibiendo al otro de manera más precisa y realista*. Se busca promover nuevas experiencias con el otro, de manera que pueda reorganizarse la relación. Por tanto, un criterio de indicación importante para el tratamiento psicoanalítico es que la pareja disponga de capacidad y de disponibilidad para observarse a sí misma, para adentrarse en la comprensión de sus experiencias emocionales

El trabajo psicoanalítico consiste en explorar, clarificar e interpretar fantasías, deseos, temores, defensas y demás procesos que afectan a las relaciones con uno mismo y con los demás. En la psicoterapia de pareja, el trabajo se centrará en la contribución de cada miembro, y especialmente en la dinámica de la relación entre ambos, perfilando una y otra vez la distinción entre la realidad externa y la visión inconsciente que cada miembro de la pareja tiene de esa realidad. En general, la estimulación del funcionamiento reflexivo de la pareja es otro de los objetivos fundamentales del tratamiento (Testor et.al., 2009).

Según lo que este mismo autor sostiene, en un tratamiento psicoanalítico de pareja, se presta atención a los componentes inconscientes de la relación, a las situaciones que generan afectos intensos, a las relaciones con las familias de origen, a los aspectos transferenciales y contratransferenciales, a la interpretación de los patrones defensivos utilizados por la pareja y a confrontar las ansiedades básicas (a ser abandonado, dañado, dominado) que están presentes en la relación.

Abordaje Cognitivo-Conductual:

Cambiando de perspectiva, se podría decir según este enfoque que cuando la terapia de pareja tiene éxito, se debe a que el terapeuta ha sido capaz de guiar a los miembros de la pareja a cambiar la forma en la cual se comportan uno con otro. En términos conductuales o del aprendizaje podemos decir que "formas de comportarse unos con otros" quiere decir consecuencias del comportamiento o *contingencias de refuerzo*. En lugar de premiar el comportamiento no adaptativo por medio de la atención y la preocupación, la pareja aprende a darse reconocimiento y aprobación por el comportamiento de tipo más adaptativo (Lieberman, 1970). La terapia conductual debe ser una experiencia de aprendizaje para todos los miembros que toman parte.

En cuanto a esto Gaspar (2006), sostiene que los problemas de pareja tendrían su origen en un déficit de habilidades de los miembros para intercambiar comportamientos positivos así como para solucionar problemas de forma conjunta y comunicarse de forma efectiva. Por lo cual en este tipo de terapia se utilizan estrategias que promuevan el intercambio conductual y el entrenamiento en resolución de problemas y comunicación.

Por su parte Prochaska y Norcross (2000), sostienen que los componentes incluidos en intervenciones cognitivo conductuales en terapia de pareja tienen que ver con entrenamientos en habilidades de comunicación, entrenamientos en resolución de problemas y modificación de expectativas y atribuciones relacionales disfuncionales. Sosteniendo que generalmente los logros obtenidos se mantienen en el tiempo.

Liberman (1970) en cuanto a Terapia Cognitiva de Pareja sostiene:

Las parejas o familias que se someten al tratamiento han enfrentado el comportamiento no adaptativo o desviado de uno de sus miembros respondiéndole durante muchos años con rabia, regaños, mimos, conciliación, irritación o simpatía. Estas respuestas, aunque parezcan superficialmente de castigo, han

tenido el efecto de reforzar el comportamiento desviado; o sea que han aumentado la frecuencia o la intensidad del comportamiento desviado y su ocurrencia futura. El refuerzo ocurre porque la atención que se ofrece la considera y la siente el paciente como una preocupación e interés positivos. En muchas familias o parejas en las cuales existe un miembro "desviado" hay poca interacción social y los individuos tienden a llevar vidas relativamente aisladas unos de otros. Debido a esta falta general de interacción, cuando hay relación es en respuesta a la conducta "anormal" de uno de los miembros, y por eso tal conducta se refuerza poderosamente (Patterson, McNeal, Hawlins y Phelps, 1967). Los medios verbales y no verbales de dar atención y reconocimiento pueden denominarse *refuerzo social* (en contraste con el alimento o el sexo que se denominan *refuerzo primario*). El refuerzo social representa la fuente de motivación más importante para el comportamiento humano (Ferster, 1963; Skinner, 1953) (p 163).

Continúa su trabajo sosteniendo que el *principio de aprendizaje básico* que subyace la fuerza de la terapia familiar y de parejas es el cambio en las contingencias por las cuales el paciente logra reconocimiento e interés de otros miembros de la familia. El refuerzo social se vuelve contingente sobre la conducta adaptativa que se desea y no sobre la conducta no adaptativa y sintomática. La tarea del terapeuta, en colaboración con la familia o la pareja, reside en: (1) Especificar la conducta no adaptativa. (2) Elegir metas razonables que sean comportamiento alternos, de carácter adaptativo. (3) Dirigir y guiar la familia para que cambie las contingencias de sus patrones de refuerzo social, de la conducta no adaptativa a la conducta adaptativa.

Otro principio de aprendizaje que Liberman (1970) destaca en los pacientes es el de *imitación*. El aprendizaje por imitación capacita al individuo para ahorrarse un proceso largo y tedioso de aprendizaje por ensayo y error (o premio) mientras que incorpora cadenas complejas de comportamiento en su repertorio. Muchos de los comportamientos que reflejan la parte de nuestra cultura que perdura se transmiten por

observación repetida del comportamiento que presentan los modelos sociales, especialmente los modelos familiares y de pareja. Si se ejecuta con suficiente frecuencia y se refuerza por medio de la aprobación de los demás, el comportamiento imitado se incorporará en el repertorio conductual del paciente.

Este autor finaliza su artículo sosteniendo que el terapeuta que usa el modelo conductual no actúa como una máquina de enseñar, sin expresiones emocionales. Lo mismo que los terapeutas que usan otros enfoques, tiene más éxito en su rol de educador cuando se manifiesta con afecto y con un estilo cómodo y humano que ha desarrollado durante su entrenamiento clínico y durante todo el curso de su vida. Y que es preciso seguir investigando para demostrar que los procesos familiares son "en esencia consecuencias conductuales que pueden clasificarse, especificarse y medirse con un grado aceptable de exactitud y precisión" (Ballentine, 1968; citado en Liberman, 1970). Es de esperarse que más progresos en la esfera clínica y experimental hagan que los terapeutas conductuales forcen a los terapeutas de familias, cualquiera que sea su orientación teórica, a especificar más claramente sus intervenciones, sus metas y sus resultados empíricos. Si esto se toma en serio, el campo de la terapia familiar y de pareja mejorará y ganará importancia como un área sólidamente fundamentada en la ciencia (Liberman, 1970).

En síntesis puede verse que las diferentes líneas de psicoterapia plantean diversas formas entender la terapia de pareja, sin embargo algunas de sus prácticas son similares, coincidiendo entre otras cosas que lo que se busca es que la pareja pueda tener una visión más realista del otro y que mejorare la comunicación entre ambos partenaire.

En la presente investigación se buscará indagar por medio de las entrevistas realizadas a terapeutas de pareja pertenecientes a diferentes líneas teóricas o enfoques, cómo es que perciben la efectividad de sus trabajos y en que se basan los mismos para sostener esto, teniendo en cuenta sus experiencias profesionales. Permitiendo posteriormente relacionar lo recolectado en dichas entrevistas y lo rastreado y expuesto a lo largo de los capítulos desarrollados.

SEGUNDA PARTE

ESTUDIO DE CAMPO

Capítulo IV:

Metodología

4. Metodología

4.1. Objetivos:

4.1.1 Objetivo General:

- Identificar cuál es la percepción de efectividad que los terapeutas de pareja tienen en cuanto a su quehacer profesional.

4.1.2. Objetivos Específicos:

- Describir los criterios que los terapeutas utilizan para considerar efectiva una terapia de pareja.
- Indagar los elementos del proceso terapéutico que los profesionales perciben como influyentes en la efectividad de la terapia.
- Explorar si la percepción de efectividad de los terapeutas varía en cuanto a sus líneas teóricas.

4.2. Método:

En este apartado se presentan los aspectos metodológicos de la investigación. El tipo de estudio, la descripción de la muestra, los instrumentos y materiales usados en la investigación y los procedimientos realizados.

4.2.1. Tipo de estudio

Se desarrolló una investigación de tipo cualitativa; la cual utiliza la recolección de datos sin medición numérica para poder afinar las preguntas de investigación; empleando métodos de recolección de datos no estandarizados (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio 2006). Estos mismos autores sostienen que la investigación cualitativa se enfoca en comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes.

Dado que el acceso a la comprensión del fenómeno se pretendía hacer a través del análisis de la experiencia de los participantes, se optó por un diseño fenomenológico. Este tipo de diseño, según Mertens (2005, citado en Hernández Sampieri et al., 2010) se enfoca en las experiencias individuales subjetivas de los participantes, intentando reconocer las percepciones de las personas y el significado de un fenómeno, en el que las experiencias de los participantes son el centro de la indagación.

El nivel de estudio será descriptivo, siguiendo lo que sostiene Hernández Sampieri (2006) este tipo de estudio busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos o cualquier fenómeno sometido a análisis, es decir, cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno. Desde lo cual se especificará la percepción de efectividad en terapeutas de pareja.

4.2.2. Descripción de la muestra

La muestra en el proceso cualitativo, es un grupo de personas, eventos, sucesos, comunidades, etc., sobre el cual se recolectarán datos sin que necesariamente sea representativo del universo o población que se estudia. Hernández Sampieri y Cols (2006) sostienen que el tamaño de la muestra no resulta importante desde una perspectiva de probabilidad, ya que el objetivo de dicha investigación, no es generalizar los resultados del estudio a una población más amplia. Por lo cual se requiere y pretende calidad en la muestra, más que cantidad.

Los criterios de inclusión en la muestra consistieron que se tratara de licenciados en psicología que realizaran terapia de parejas y que tuvieran un mínimo de 5 años de recibido. No era necesario que hubiera obtenido especialización en este tipo de terapia pero sí que se dedicara a realizarla hace por lo menos 3 años.

Con dichos criterios la muestra de la presente investigación se conformó por 4 (cuatro) terapeutas de pareja de distintas líneas teóricas (sistémica y psicoanalítica), los

cuáles fueron seleccionados a partir de la técnica “bola de nieve”. De este modo se incluyó terapeutas de género masculino y femenino entre 45 y 70 años hasta llegar a una saturación de información.

4.2.3 Instrumentos, materiales de investigación y evaluación

Se aplicó a cada terapeuta una entrevista semidirigida (Ver Anexo 2), donde se recogió información socio demográfica de los mismos en cuanto a experiencia, género, años de recibido, si tiene o no especialización en pareja, edad, línea teórica, estado civil, tiempo que lleva dedicándose a este tipo de terapias; así como también información pertinente al objetivo de dicha investigación, teniendo la libertad de ir introduciendo en las entrevistas preguntas que permitan obtener mayor información sobre los temas deseados (Hernández Sampieri et al., 2010). Las entrevistas fueron realizadas por la tesista. Sus ejes temáticos fueron:

- 1- Información socio-demográfica: edad, sexo, estado civil, tiempo de casado o convivencia.
- 2- Características propias del terapeuta: tiempo de recibido, tiempo de dedicarse a realizar terapia de pareja, línea teórica de trabajo, formación.
- 3- Percepción de efectividad en terapia: descripción acerca de qué entienden por efectividad en terapia de pareja, percepción de efectividad en su quehacer profesional.
- 4- Valoración de variables que intervienen en la efectividad de la terapia: se indagó acerca de los factores que consideran influyentes; tales como herramientas, motivos de consulta, intervenciones, encuadre, estado civil, edad, género del terapeuta. Y otras que pudieran considerar cada terapeuta desde su experiencia.
- 5- Terapia de pareja: aquí se indagó más específicamente desde la experiencia de cada terapeuta, tratando de describir cuándo consideran el fin de la terapia, si una separación saludable se considera exitosa en terapia, circunstancias para

iniciar o no terapia, si las expectativas de la pareja influyen o no en el éxito, reincidencia de parejas en terapia, entre otras.

Se utilizaron cuatro entrevistas ya que se decidió que con esa cantidad de entrevistas se había obtenido suficiente información o saturación teórica. El material de investigación seleccionado es el discurso individual de cada terapeuta, desgrabado, codificado y convertido en texto, resguardando la identidad de las participantes; todo esto especificado en los respectivos consentimientos informados (Ver anexo 1).

La metodología de análisis de la información obtenida en la investigación fue el de Análisis de contenido categorial.

4.2.4 Procedimiento

El presente trabajo forma parte del Proyecto de Investigación denominado “Roles de género y conflictos de pareja: estereotipos de género en las consultas psicológicas de pareja en el contexto mendocino” dirigido por la Lic. Grzona Sofia; quien además es quien dirige dicho trabajo de tesina. Teniendo como colaboradora a la Lic. Zúñiga M. Julia quien también integra el proyecto de investigación.

Se decidió conjuntamente con directora y colaboradora de tesina que el tema a investigar sería “Percepción de efectividad en terapeutas de pareja”, debido a que el tema de investigación debía estar relacionado al tema del proyecto del que forma parte. Luego se comenzó con el rastreo bibliográfico de investigaciones recientes vinculadas con el tema a investigar y de esta manera pudieron ajustarse los tópicos a indagar posteriormente en las entrevistas.

En cuanto al acceso al campo a estudiar y la selección de participantes, debido a que la muestra iba a estar conformada por terapeutas de pareja de distintas líneas teóricas; los mismos fueron seleccionados a partir de la técnica “bola de nieve”.

Como estrategia de recogida de información y registro de datos, la investigadora tomó una entrevista semidirigida a cada terapeuta, grabada, codificada y desgrabada por la misma. La misma estuvo acompañada de un consentimiento informado donde se explicitó detalles del trabajo y de la participación en el mismo debido a que se resguardó la identidad de los participantes. Todo lo cual está detallado en el punto anterior. Cada entrevista duró aproximadamente 45 minutos, y se entrevistó a cuatro terapeutas debido a que se llegó a lo que se considera saturación teórica.

El trabajo de campo duró aproximadamente 3 meses, debido a que cada entrevista debió ser desgrabada y analizada individualmente en un primer momento, para luego realizar una integración de lo analizado volcado posteriormente en el presente trabajo.

En cuanto al análisis de los datos obtenidos, se tomó información relevante de las entrevistas organizándolo en meta-categorías, categorías y sub-categorías detalladas en el siguiente capítulo. Lo cual se abordó a partir de Gibbs (2007).

Se llevó a cabo el cierre mediante la elaboración de los resultados, la discusión y conclusiones de los mismos, contrastando este análisis con la información recolectada y utilizada en la elaboración y redacción del Marco Teórico.

Se elaboró el trabajo ajustado a las normas académicas de presentación establecidas y en un estilo gradual que posibilite al lector avanzar en la lectura por el camino que recorrió la investigadora.

Capítulo V:

Análisis de resultados

5. Análisis de Resultados

En este apartado se expondrán los resultados que corresponden al análisis categorial (Gibbs, 2007) realizado a las entrevistas analizadas en esta investigación. La información está organizada de acuerdo a los objetivos específicos: Criterios de Efectividad (CEf), Percepción de elementos o factores influyentes en efectividad (FEf) y Similitudes y Diferencias entre Enfoques (SYDE), teniendo cata una de estas meta-categoría sus categorías y sub-categorías, cuyos códigos y definiciones operacionales se elaboraron en el siguiente manual de códigos.

Tabla 1. Meta-categorías, categorías y sub-categorías del análisis categorial. Códigos y definiciones operacionales.

METACATEGORÍAS Código-Definición	CATEGORÍAS Código-Definición	SUBCATEGORIAS Código-Definición
CRITERIOS DE EFECTIVIDAD (CEf) Consideraciones e indicadores que los terapeutas de pareja tienen en cuenta a la hora de evaluar si observan resultados exitosos o no en su quehacer profesional.	RESULTADOS PERCIBIDOS (RP) Mejorías que los terapeutas registran en la pareja que consulta tras un proceso psicoterapéutico considerado efectivo.	COMUNICACIÓN EN LA PAREJA (ComPa) Posibilidad de favorecer una comunicación saludable entre los miembros de la pareja logrando escucharse uno al otro posibilitando el entendimiento mutuo.
		ACEPTACIÓN DEL OTRO (AcepOt) Cada miembro de la pareja es capaz de aprobar y tolerar las características del otro sin pretender modificarlo.
		DESARROLLO INTRAPERSONAL (DIIntra) Cuando los pacientes logran un crecimiento referido a aspectos propios.

		DESARROLLO INTERPERSONAL (DInter) La pareja logra en el proceso terapéutico un crecimiento referido a aspectos propios en relación con el otro.
		DESARROLLO CONJUNTO DE LA PAREJA (DlloConj) La pareja logra un crecimiento como sistema en sí mismo, comienza a tener proyectos conjuntos y a idear pensando en el futuro positivo de la pareja
	FINALIZACION EXITOSA (FEx) Factores que se consideran para definir como exitoso un fin de terapia.	TOMA DE DECISIÓN SOBRE LA CONTINUIDAD DE LA PAREJA (TDcPar) La continuidad o separación es decisión de la pareja. Se tiene en cuenta según el criterio del terapeuta si una separación saludable se considera como efectiva en terapia de pareja.
		NUEVAS CONSULTAS (NC) Nuevas consultas en terapia, de parejas que ya habían consultado.
	PERCEPCION DE ESCASOS RESULTADOS TERAPÉUTICOS (PERT) Características que los terapeutas enumeran a la hora de hacer referencia a casos no exitosos de terapia.	NIVEL DE AGRESIVIDAD ELEVADO/VIOLENCIA (NAE/V) Agresividad elevada o violencia como un factor negativo influyente en la no efectividad de la terapia
		FALLA EN COMUNICACIÓN (FaCom) Cuando alguno de los partenaire de la pareja se encuentra muy cerrado en sus ideales siendo inflexible a la terapia imposibilita la comunicación. Y hace ineficaz la terapia.
	MIRADAS INTERVINIENTES EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE EFECTIVIDAD (CPerEf) Factores que los terapeutas consideran para evaluar el éxito o no de la terapia.	PERCEPCIÓN DE LOGRO DE PACIENTES (PLP) Valoración del paciente en cuanto a los resultados de la terapia.

		<p>PERCEPCIÓN DE COLEGAS (OpCol)</p> <p>Opinión que otros experimentados aportan sobre los casos que el terapeuta comparte.</p>
		<p>PERCEPCIÓN DE EFECTIVIDAD DEL TERAPEUTA (PEfT)</p> <p>Tiene que ver con el registro que tiene el propio terapeuta sobre si la terapia genera o no los resultados esperados.</p>
<p>FACTORES QUE INFLUYEN EN LA EFECTIVIDAD (FEf)</p> <p>En este apartado se tiene en cuenta lo que los terapeutas definen o perciben como <u>elementos que influyen en la efectividad</u> de la terapia.</p>	<p>ELEMENTOS TÉCNICOS (EITec)</p> <p>Corresponde a los componentes que los terapeutas describen como parte de sus procesos terapéuticos. Teniendo en cuenta el timing, la experiencia y entrenamiento del terapeuta</p>	<p>HERRAMIENTAS (H)</p> <p>Se enumeran y describen los instrumentos que el terapeuta considera como efectivos en sus terapias.</p>
		<p>MOTIVO DE CONSULTA (MC)</p> <p>Se considera de acuerdo a lo que terapeutas sostiene sobre si existe relación entre el motivo de consulta y la efectividad de la terapia.</p>
		<p>INTERVENCIONES (Int)</p> <p>Se describen y enumeran las actuaciones u operaciones que los terapeutas de pareja definen como más efectivas en la terapia.</p>
		<p>ENCUADRE TERAPEUTICO (ET)</p> <p>Opinión de terapeuta de pareja en cuanto al tipo de pautas de trabajo que organizan el marco terapéutico que consideran efectivo.</p>
		<p>OBJETIVOS ESTABLECIDOS (ObjE)</p> <p>Se tiene en cuenta si las metas establecidas en terapia influyen en efectividad de la terapia o no.</p>
	<p>VARIABLES DEL TERAPEUTA (VT)</p> <p>Se tienen en cuenta las características del terapeuta que pueden ser posibles factores que intervienen en efectividad.</p>	<p>ESTADO CIVIL DEL TERAPEUTA (ECiT)</p> <p>Se considera si el estado civil del terapeuta puede influir o no en la efectividad de la terapia.</p>

		<p>GÉNERO DEL TERAPEUTA (GT) Se tiene en cuenta si el sexo del terapeuta influye de alguna forma o no en la efectividad de la terapia.</p>
		<p>TRABAJO PERSONAL DEL TERAPEUTA (TPrT) Se relaciona su propio espacio de análisis a la efectividad de la terapia según la opinión del terapeuta.</p>
		<p>EDAD (Ed) Rango etario del terapeuta considerando si influye en la efectividad de la terapia.</p>
		<p>ACTUALIZACIÓN Y FORMACIÓN DEL TERAPEUTA (AyFT) Adquisición de constantes nuevos conocimientos como variable influyente en efectividad teniendo en cuenta la percepción en cuanto a esto del terapeuta de pareja.</p>
	<p>VARIABLES DE LOS PACIENTES (VP) Factores personales e individuales de los pacientes como influyente en el éxito de la terapia.</p>	<p>ETAPA DE CAMBIO (EtC) Es el poder tener conocimiento de lo que está pasando, porqué llegan a consultar y cómo poder solucionarlo. Algunas líneas mencionan esto como conciencia de enfermedad.</p>
		<p>EXPECTATIVA DE LA PAREJA (ExPa) Lo que los pacientes esperan y/o perciben del terapeuta y como resultados del proceso terapéutico.</p>
	<p>RELACIÓN TERAPÉUTICA (RxTe) Vínculo establecido entre terapeuta y pareja como variable que influye en la efectividad de la terapia.</p>	
<p>SIMILITUDES Y DIFERENCIAS ENTRE ENFOQUES (SYDE) Desigualdades y semejanzas que los terapeutas de pareja describen de acuerdo a lo que ellos consideran entre los enfoques o líneas psicológicas.</p>	<p>ENFOQUE (Enf) Línea teórica que el terapeuta considere como más efectiva a la hora de hablar de terapia de pareja.</p>	

A continuación se expondrán los resultados respetando los objetivos de investigación propuestos en el presente trabajo. Para esto se utilizarán recortes de las entrevistas semidirigidas realizadas a terapeutas los cuales serán transcritos en letra cursiva, para darle fundamento y ampliar la comprensión del concepto mediante la ejemplificación. Las expresiones de los participantes han conservado el estilo coloquial, no obstante, se han suprimido o modificado circunstancias para proteger el secreto profesional, resguardando la identidad del participante.

Se comienza a nivel de objetivos específicos como meta-categoría, conteniendo descripción de las categorías y sub-categorías emergentes y prefijadas consideradas importantes para los terapeutas.

- **5.1 Criterios de efectividad (CEf):**

Este apartado respondería al primer objetivo específico planteado en el presente trabajo.

En el discurso analizado de las diferentes entrevistas realizadas a terapeutas de pareja pertenecientes a las líneas teóricas sistémica y psicoanalítica, puede observarse que los profesionales perciben distintos aspectos que hacen a la efectividad.

Resultados Percibidos (RP):

Algunos de los temas mencionados como importantes por estos profesionales en cuanto a los resultados percibidos que consideran como indicadores de efectividad en la terapia, tendrían que ver con conseguir restaurar la comunicación en la pareja (ComPa) posibilitando el entendimiento mutuo y la aceptación del otro (AcepOt), logrando el desarrollo de la pareja como sistema en sí mismo (DlloConj) y la resolución de otras cuestiones de la pareja:

T3: “Para mí la efectividad es el logro de restaurar una buena comunicación lo que generalmente se rompe primero. Restaurar la comunicación significa varias cosas, percibir al otro como otro...me parece que ese es el instrumento...respeto por la identidad y la subjetividad del otro, que si se logra la pareja puede resolver una serie de situaciones, entonces para mí es efectivo en la medida que eso que generalmente es lo que viene en disfunción una ruptura de restaurarlo.”

T1: “La efectividad de la terapia de pareja la veo a partir de que desde mi percepción veo que avanzan, se desarrollan, pueden aumentar sus canales de comunicación, pueden aceptar más al otro... pueden desarrollar tareas en conjunto, empiezan a proyectarse en conjunto.”

Por otro lado se tiene una visión que estaría asociada no sólo a lo interpersonal (DInter) sino también al terreno de lo intrapersonal (DIntra) en cuanto a quienes consultan, logrando solucionar sus problemas. Considerando que cuando la pareja consulta es porque algo no están pudiendo tramitar o resolver por sí mismos buscando un analista que tendría el papel de clarificar la situación:

T1: “La terapia de pareja efectiva para mi es cuando la pareja puede resolver sus problemas por los cuales consulta, y se puede desarrollar como persona en forma individual y en relación con otra persona.”

T4: “Son efectivas. Porque te diría que las terapias de pareja cuando una pareja llega es porque el sufrimiento vincular ya no lo pueden tramitar solos ni en sus terapias individuales...el tercero que sería la búsqueda de un analista de pareja o de un terapeuta de pareja que tiene el papel de clarificar la conflictiva inconsciente y que cada uno se vaya haciendo responsable de lo que le toca en esa constitución y en esa disolución de la pareja.”

Se puede ver que si bien cada terapeuta manifiesta percibir distintos aspectos en cuanto a lo que hace a la efectividad en terapia se podría decir que todos de alguna forma consideran que sí existe efectividad en su quehacer profesional. Resultando importante y compartiendo ciertos criterios (CEf): que la pareja pueda comprometerse con el proceso, haciéndose cargo de lo propio de cada uno, logrando resolver las problemáticas con las que llegan a consulta, priorizando así mejorar la comunicación en la pareja, que puedan proyectarse y realizar tareas en conjunto teniendo un progreso y crecimiento como sistema en sí mismo.

Finalización exitosa (FEx):

En cuanto a lo que se observa importante haciendo referencia a una finalización de terapia efectiva, los terapeutas de la muestra parecieran coincidir en que existen elementos que hacen referencia a un final exitoso de terapia tales como: que la pareja consiga entenderse mutuamente resolviendo por sí mismos lo que los llevo a consultar,

se logran aceptar uno al otro llegando a ciertos acuerdos en pareja y han podido adquirir herramientas para seguir trabajando juntos.

T1: “Cuando la pareja ya empieza a andar y a funcionar y de alguna manera ya se ha dado cuenta que la vida no pasa dentro del consultorio sino que más bien pasa afuera... adquirieron ciertas herramientas ya se dan cuenta que pueden manejar las situaciones y entonces empiezan ellos mismos a distanciar las sesiones.”

T2: “Es como un acuerdo entre los pacientes y uno... ellos empiezan a sentir que esto se resolvió y el terapeuta también siente que se ha resuelto... esto tiene que ser un triangulo con un objetivo en común y saber que nos vamos a juntar y que nos vamos a separar porque hemos trabajado y hemos conseguido.”

T3: “Cuando se entienden, cuando pueden hablar y resolver lo que fuere. Cuando se respetan, como otro no como prolongación de uno mismo, es ahí. Porque entonces yo entiendo que tienen herramientas para resolver las cosas, el camino.”

T4: “...termina cuando lograron algunos acuerdos y cuando se pudo apaciguar algo del narcisismo agresivo o herido de cada uno de los partenaire. Básicamente eso.”

Por otro lado haciendo referencia a una terapia que culmina con una separación, los terapeutas consideran que la decisión de continuidad o disolución debe ser de la pareja (DesCPar), sosteniendo que una separación saludable hace considerar exitoso el proceso terapéutico debido a que no se trabaja como terapeuta para que la pareja siga junta, sino para que ellos mismos decidan qué creen que es lo mejor, apuntando a la búsqueda de vínculos sanos:

T1: “...la separación está dentro de las opciones digamos en una relación de pareja... puede ser que también la terapia haga que ellos descubran que no pueden seguir mas juntos que están mejor separados que juntos...”

T2: “Para mí la efectividad tiene que ver con que la pareja pueda decidir si sigue junta o si se separa...y si sigue junta seguir junta para seguir juntos y bien, y si no pueden seguir juntos y bien, no seguir el camino juntos.”

T2: “La terapia de pareja exitosa es también la que se separa. Porque el éxito no tiene que ver con que la pareja perdure... No tiene que trabajar el terapeuta ni para la unión ni para la separación. Tiene que trabajar. Pero no buscando un objetivo. El objetivo es que ellos decidan, no lo que yo quiero que ellos hagan.”

T3: “La verdad que cuando llegan yo no sé si van a seguir juntos o no, no me fijo en eso, no es un objetivo para mí juntarlos ni separarlos. Entonces si podría terminar con una separación buena saludable considero exitoso igual...”

T4: “La efectividad es, este...Apunta a la salud mental del vinculo de los miembros que integran la pareja, y si se puede ehh rescatar en el caso de que hayan hijos rescatar y salvar el vinculo se salva y sino que se disuelva de la manera más sana posible”.

En cuanto a nuevas consultas (NC) de parejas que ya han asistido a terapia, los terapeutas parecieran coincidir en que el hecho de que realicen nuevas consultas no estaría indicando que las anteriores hayan sido ineficaces. Sino que por el contrario la pareja en algún momento considera haber tenido resultados positivos, habiendo establecido un vínculo de confianza en terapia y dependiendo el ciclo vital que como pareja transitan es posible y signo de salud que vuelvan a consultar buscando ayuda profesional si sienten no poder solucionar diferentes situaciones:

T1: “...desde la perspectiva que trabajo que es trabajar con un motivo de consulta se trabaja ese motivo se cierra y después la pareja puede venir a consultar por otra cosa. O sea ha sido efectiva, digamos y si vuelve al consultorio es porque de alguna manera han confiado en mí y se sienten cómodos trabajando y por eso quieren trabajar distintas cosas... que vengan nuevamente no significa algo negativo por lo menos no desde esta perspectiva de la sistémica no lo ves como algo negativo, la persona va teniendo distintos problemas a lo largo de la vida en función de las cosas que le van pasando en la vida...es bueno que la pareja sienta que si tiene un problema y no lo puede resolver pueda buscar ayuda, eso es un elemento de salud.”

T2: “Una persona a los 16 puede tener tal problema, a los 40 tiene este otro. A la pareja le pasa lo mismo también tiene un ciclo vital un desarrollo etc. Por eso puede tener diferentes problemas por los cuales consultan.”

T3: “No me dice nada sobre la efectividad de la primera vez que vinieron...para mí no significa que lo primero no haya sido efectivo...Y si vienen por otro motivo de consulta tampoco me dice que lo primero no sirvió. Al contrario. Tuvieron una buena experiencia y les pasaron un montón de cosas después, porque en la vida pasan un montón de cosas y que uno vuelva a un proceso terapéutico no significa que lo anterior no sirvió, para nada al contrario te diría.”

T4: “...yo creo que esto no tiene que ver con la inefectividad, el que vuelvan. Yo creo que son distintos momentos, siempre la pareja es otra, aunque sea la misma pareja y aunque se repitan algunos de los motivos de consulta...considero que una buena terapia de pareja tiene que llevar a ese punto de responsabilidad subjetiva y tiene que terminar en terapias individuales.”

Percepción de escasos resultados terapéuticos (PERT):

En cuanto a los casos que los terapeutas consideran o perciben con escasos resultados terapéuticos (PERT), se refieren a situaciones con características donde los niveles de violencia o agresividad estaban elevados (NAE/V) y/o existía una imposibilidad de comunicación (FaCom). Sosteniendo también que no es conveniente comenzar una terapia en pareja cuando el problema radica mas en algo a nivel personal de alguno de los partenaire y eso repercute en la pareja, pero no es algo de la pareja en sí:

T1: "...parejas donde hay mucho o altos niveles de agresión a veces que estén juntos en la misma sesión es tremendo...eso dificulta muchísimo el tema de del tratamiento, porque por el tipo de violencia por el tipo de relación dificulta bastante el tema del éxito del tratamiento."

T2: "...una de las cosas que creo que invalida una terapia de pareja tiene que ver con la violencia. La violencia castigo...no la violencia agresión que es una violencia simétrica. La violencia castigo para mí es un indicador de que no es conveniente una terapia de pareja. Porque la distancia de poder es tan grande que haría muy dificultosa la posibilidad de conversar en igualdad de condiciones..."

T2: "...un caso que yo considero que no fue efectiva la terapia no hubo tolerancia para seguir hablando de algunas cosas... cuando se acaba la posibilidad de diálogo se acabo la efectividad de la terapia... Los secretos, las cuestiones que no quieren ser destapadas, la violencia que hace que se acabe la posibilidad de hablar...evitar escuchar las quejas del otro puede ser un factor que vuelve ineficiente la terapia."

T3: "...cuando el problema no está en la relación. Si no es uno de ellos. Ahí me parece que no sería una buena indicación una terapia de pareja..."

T4: "Cuando hay una patología grave en uno de los dos individuos no es conveniente terapia de pareja... se le indica tratamiento psiquiátrico y psicológico individual y después en todo caso que vuelvan en unos meses a ver cómo han evolucionado."

Miradas intervinientes en la construcción de la percepción de la efectividad (CPerEf):

Parecería resultar importante para uno de los terapeutas para evaluar la efectividad de sus terapias, contar con la percepción de logro de los pacientes (PLP) y la opinión de sus colegas (OpCol), esto último a nivel de compartir con otros especializados los casos tratados pudiendo evaluar efectividad considerando los puntos de vista de los mismos:

T3: “Me baso en la apreciación de los pacientes lo que ellos dicen que sienten como bueno o como inútil...en las reuniones digamos donde comparto con colegas las experiencias de tratamientos vinculares...entonces lo que dicen los pacientes, los colegas y lo que yo evaluo...me permitirían a mi decir bueno ehh según estas cosas tengo que medir la efectividad.”

En cuanto al registro o percepción que tienen los propios terapeutas sobre si la terapia genera o no los resultados esperados (PEfT) se puede decir que todos los profesionales coinciden en que logran llevar a cabo con éxito el proceso terapéutico. Posibilitando que la pareja tome decisiones en cuanto a su futuro, consiguiendo mejorías en el proceso, clarificando desde el lugar de terapeuta permitiendo que se vayan haciendo responsables en y con la pareja. Considerándose en uno de los casos la satisfacción del terapeuta como indicador de efectividad de su quehacer como profesional, en relación al logro del cumplimiento de las propuestas de trabajo y la posibilidad de las parejas de repensarse:

T1: “Lo que yo percibo en los pacientes es el tema de que siguen viniendo, y van trabajando las cosas que se van conversando que se van proponiendo trabajar...se van repensando ellos en la relación...desde ese punto de vista yo me siento satisfecho con mi trabajo.”

T2: “Para mí la efectividad tiene que ver con que la pareja pueda decidir si sigue junta o si se separa. Este... y si sigue junta seguir junta para seguir juntos y bien, y si no pueden seguir juntos y bien no seguir el camino juntos. Eso es efectividad.”

T3: “Hay una efectividad aceptable. Hay casos, lo que pasa es que no me he puesto a pensar en la cantidad, pero yo creo que se tiende a lograr en alguna medida mejoría que cuando la pareja ingresa.”

T4: “Que son efectivas. Porque te diría que las terapias de pareja cuando una pareja llega es porque el sufrimiento vincular ya no lo pueden tramitar solos ni en sus terapias individuales... el tercero que sería la búsqueda de un analista de pareja o de un terapeuta de pareja el lugar de un analista de pareja, es de clarificar la conflictiva inconsciente y que cada uno se vaya haciendo responsable de lo que le toca en esa constitución y en esa disolución de la pareja. Entonces desde esa perspectiva yo creo que son efectivas las terapias de pareja.”

- **5.2 Percepción de factores que influyen en efectividad (PFE):**

En relación al segundo objetivo específico que se ha planteado, se desarrollan a continuación los elementos o factores que los terapeutas consideran como importantes a la hora de hablar de efectividad.

Elementos Técnicos (ElTec):

En relación a los elementos técnicos (ElTec) que los terapeutas describen como parte de sus procesos terapéuticos, se pudo observar que en cuanto a técnicas o herramientas (H) que utilizan en términos generales, si bien cada uno tiene diferentes formas de llevar a cabo el proceso, todos los terapeutas de la muestra coincidirían en que lo que buscan es que la pareja pueda llegar a comprenderse mutuamente logrando una comunicación o entendimiento funcional:

T1: “Las técnicas que impliquen la honestidad consigo mismas y con la otra persona...que se hagan cargo también de sus propias cosas... cualquier técnica que haga que los lleve a tener una conciencia, un darse cuenta de que se trata esto, que les está pasando es importante digamos.”

T2: “Yo soy muy partidaria de la terapia en conjunto no individual...que ellos se puedan escuchar con alguien al frente cambia totalmente la escucha entre ellos...me parecen importante, técnicas que a la pareja le vuelva claro qué es lo que el otro está esperando...técnicas que remiten a la pareja al origen de la pareja, y a los deseos que hubo en ese origen de la unión, diferentes a los que vienen ahora a consulta que son una mezcla de unión y desunión...”

T3: “...utilizo el modo de intervenir que tengo no es directivo no doy recetas ni consejos, ni indicaciones, sino lo que en psicoanálisis se llama esclarecimiento de lo que no se alcanzan a dar cuenta que les pasa.... Digamos la pareja cuando restaura un buen nivel de entendimiento y comunicación deciden los dos en conjunto que hacer que no hacer.”

T4: “...básicamente las interpretaciones que apuntan al vínculo y las interpretaciones que apuntan a la subjetividad de cada uno, para lograr entenderse esa es la técnica más efectiva.”

También puede sostenerse que todos estos profesionales no consideran las herramientas utilizadas como las causantes directas del éxito en la terapia, sino que más allá de las técnicas utilizadas es el profesional el que debe saber cuándo y qué aplicar.

Es decir que la herramienta principal sería el terapeuta, quien a partir de su timing experiencia y entrenamiento es quien hace que la técnica, modalidad o método que utilice sea o no sea efectiva:

T1: “Creo que la herramienta más importante es el terapeuta... hay que saber o tener conocimiento para saber aplicar las técnicas en el momento justo...”

T2: “Las técnicas son como herramientas instrumentos, pero para mí no son las específicas causas del cambio o del éxito, no. Las técnicas son como si tenés pinceles y colores pero el cuadro, es mucho más que el pincel y el color que usaste...”

T3: “...relaciono que la efectividad que yo veo la ligo al modo que yo uso, las herramientas y qué tipo de herramientas uso.”

T4: “Si a las herramientas pero básicamente, la efectividad tiene que ver con la modalidad...porque cada analista de pareja tiene su modalidad particular.”

También pudo observarse en cuanto a esta variable, que los terapeutas de la muestra utilizan técnicas de otras líneas o enfoques psicológicos. Sosteniendo que todas las líneas más allá de las herramientas, apuntan a la reflexión al diálogo:

T1: “sí, tomo técnicas de otras líneas...de lo que vaya surgiendo y eso también va a estar dado en función del sistema de creencias que también tengan las personas, porque hay personas que son mas reflexivas y les hace sentido el tema de un acto fallido, y hay otras que haciendo cosas les es más efectivo que pensar, entonces el hacer les ayuda a pensar...”

T2: “Yo creo que hay algunas cosas que se van conjuntando. Todo lo que tiene que ver con la narración el dialogo, el foco en el diálogo y la narrativa yo creo que nos une a otras líneas.”

T3: “...la teoría psicoanalítica de pareja ha ido incluyendo cosas de otras líneas, hay técnicas que no se basan tanto en las historias de los sujetos sino mas en el presente...la consideración de lo sistémico está muy cerca también.”

Por otra parte, de acuerdo a lo registrado en las entrevistas en cuanto a motivo de consulta (MC) se podría sostener que en términos generales para estos profesionales este factor estaría relacionado de alguna forma a la efectividad de la terapia. Ya sea porque es lo que impulsa a la pareja a consultar o porque es lo que guía el proceso terapéutico.

Es decir que se ve al motivo de consulta como objetivo terapéutico a trabajar, un elemento fundamental que guía el proceso y que si es olvidado podría llevar al fracaso. Se destaca el respeto del terapeuta por el motivo de consulta que traen los pacientes

T1: “Para mí el único norte dentro de la terapia, es el motivo de consulta. Cuando veo que la cosa es como que se dilata mucho o algo así vuelvo sobre eso y para poder establecer nuevamente el norte, eso orienta nuevamente hacia la cuestión si eso ya fue resuelto y se está trabajando otra cosa entonces se aclara se restablece un motivo de consulta.”

T2: “...básicamente si vos no ayudas a que el motivo de consulta se resuelva... tenés un magnífico proceso, te quieren muchísimo etc. pero tienen el mismo problema no sirve.”

T3: “...el motivo de consulta si mueve a consultar esta bueno y se relaciona con la efectividad, porque también los mueve pensar que pueden encontrar solución.”

Relacionado a lo anterior, a nivel de los objetivos establecidos (ObjE) en terapia, se podría decir que los terapeutas coinciden en que independientemente de qué objetivos establezcan en el marco de trabajo, éstos están relacionados a la efectividad de la terapia. Debido a que *guían* de alguna forma el proceso terapéutico. Considerándose en algunos casos que el motivo de consulta guía el establecimiento de los objetivos:

T1: “... permanentemente cuando veo que la cosa se dispersa mucho reviso de vuelta con ellos el motivo de consulta para ver qué es por lo cual se vino porque si no se empieza a abrir mucho y va a ser una cuestión interminable...si hay muchas cosas se pone jerarquía y se va trabajando en función de la jerarquía que ellos proponen...sería la guía objetivo o meta que guía el tratamiento.”

T2: “...sí existe relación con los objetivos, guían el trabajo...”

T3: “El establecer objetivos, como por ejemplo que se puedan hablar que se puedan entender en algo es bueno porque se sabe que hacia ahí vamos. Puede ayudar a la efectividad relacionándolo así con un objetivo más general...”

T4: “Los objetivos siempre apuntan a la responsabilidad subjetiva de cada partenaire...si uno logra que cada sujeto se haga responsable de porqué está en la situación que está y porqué llegó hasta ahí y qué puede hacer para salir de ahí, ya se considera efectivo, entonces un poco si tiene que ver.”

Respecto a las intervenciones (Int) que los terapeutas de la muestra consideran importantes, se podría sostener que si bien utilizan diferentes modalidades a la hora de llevar a cabo el proceso, el tipo de intervención lo verían relacionado a la particularidad de la pareja, ya que afirman que no con todas se puede trabajar de la misma forma. Y se apunta a la reflexión a nivel personal y en la pareja. En cuanto a la percepción de la

propia efectividad en los mismos, se podría decir que en los terapeutas entrevistados ésta se encontraría relacionada de alguna forma a las intervenciones utilizadas, ya que la evaluación que hacen de su propio quehacer profesional en cuanto a si tiene el efecto deseado o no, es lo que les va permitiendo llevar a cabo el proceso exitosamente:

T1: “Voy en función de lo que los pacientes van planteando y lo que van trabajando, que creo que eso es una influencia mas de tipo psicoanalítica en mi caso...a veces no lo hago tan así como los pasos en sistémica te dan una serie de pasos o estructuras, porque los pacientes van trabajando y van pensando, reflexionando y van asumiendo las cosas que los hace participar en ese problema.”

T2: “Seguramente algunas intervenciones que yo digo tienen un efecto bueno inmediato, otras que yo digo van quedando como en espera, otras que digo caen en saco roto y yo me pregunto en ese caso que a lo mejor no debí decirlas. Pero forma parte de la evaluación que voy haciendo de la efectividad, me va orientando el hecho de que si digo algo y es como si no hubiera dicho nada porque no me escuchan me sirve mucho a mi para ver lo próximo que voy a decir.”

T4: “son más efectivas cuando se apunta a la subjetividad. Y luego a la vincularidad, porque si uno apunta al vínculo los masifica y no los discrimina y están, justamente vienen para favorecer el mecanismo de discriminación, de reflexión.”

Al hablar del encuadre de trabajo (ET) como otro factor tenido en consideración en cuanto a efectividad, se pudo observar de acuerdo a las opiniones de los terapeutas, que éstos coinciden en que el establecimiento de un encuadre es necesario para trabajar. Algunos lo proponen fundamental desde el inicio y otros durante el proceso.

T2: “...siempre hay que decir cómo vamos a trabajar, cuánto tiempo vamos a trabajar, que va a pasar si faltan...el encuadre siempre tiene que estar más o menos claro, más o menos explicito. Sí me parece que es necesario...Yo creo que es efectivo.”

T4: “Es fundamental establecer el encuadre, el encuadre es lo que determina el lugar y la función del analista y de ellos como pacientes...me ha sido muy efectivo modificar la variable de día y horario porque ayuda a que no se ritualice la terapia y a que haya flexibilidad.”

T3: “...el encuadre, es una herramienta de trabajo pero se va instalando de a poco.”

T1: “...depende como viene la pareja porque a veces vienen como muy angustiados o con muchas cosas entonces no alcanzo a establecer el encuadre en la primera sesión (honorarios, si no vienen avisen, día...) se va haciendo después en el proceso...Para mí el único norte es el motivo de consulta, que también explicito cuando no se está atendiendo eso y forma parte del encuadre.”

Variables del terapeuta (VT):

Al hacer referencia a las características del terapeuta se pudo observar que en el caso del estado civil (ECiT) del mismo, no se estaría considerando para estos profesionales una variable que pueda influir en la efectividad de la terapia. Sin embargo sí se puede decir que todos estarían coincidiendo en que el trabajo o análisis personal de los terapeutas (TPrT) sí es importante para llevar a cabo su quehacer profesional.

T1: “El estado civil no influye. Pero sí, el hecho de haber trabajado lo personal internamente hablando el tema pareja digamos. Si el terapeuta tiene bien trabajado internamente sus cuestiones de pareja interna independientemente del estado civil, puede trabajar lo más bien.”

T2: “Los terapeutas tenemos nuestra propia vida y lo único que podría influir es que en cada momento vital del terapeuta, el terapeuta puede entender mas algunas cosas, entender mas algunas cosas, este que a otras. Pero no el estado civil”.

T3: “...no influye estado civil del terapeuta, si la concepción que el terapeuta tenga de lo que es una pareja. Y eso se trabaja en el propio análisis.”

T4: “No el estado civil no influye. De todas maneras considero que haber pasado por una terapia de pareja, para poder ser analista de pareja, además del análisis individual es importante, verse del otro lado no como analista sino como paciente, ver lo que sienten como pacientes me parece válido.”

En cuanto al género del terapeuta (GT) se podría decir que es un factor que para los profesionales entrevistados influye en efectividad, en un aspecto que tiene que ver con la pareja, y con lo que para esa pareja signifique que el terapeuta sea de determinado género. Para lo cual se sostiene que el profesional tiene que tener un trabajo profundo sobre cuestiones que tengan que ver con el género para no perjudicar a los pacientes y la relación de pareja:

T1: “Si influye, muchos hombres plantean cuestiones de género así “vos viste como son las mujeres” por ejemplo...hay que tener claro esa cuestión de los estereotipos de género de una y haberlos trabajado también en uno mismo para que eso no se filtre y no se escape, o pueda hacer intervenciones que pueda perjudicar a la relación de pareja...mientras el terapeuta lo tenga claro puede hacer manejo y uso de eso en la terapia.”

T2: “...si influye el sexo del terapeuta... me parece importante que el terapeuta de pareja conozca sepa y domine todo lo que tiene que ver con género, para no incurrir en supuestos que distorsionen su trabajo en base a diferencias de género.”

T3: “...no es que el terapeuta sea mujer u hombre lo que va a hacer más efectiva la terapia, creo que el enganche inicial va a ir con lo que para la pareja signifique que uno sea hombre o mujer.”

T4: "Si el sexo influye...lamentablemente estamos en una cultura patriarcal y machista...la gente prefiere los hombres".

En cuanto a la edad del terapeuta (Ed) se podría decir que los especialistas coinciden en que esta variable influye en la efectividad de la terapia de acuerdo a dos circunstancias. Por un lado se sostiene que la experiencia de vida y profesional que un terapeuta de mayor edad obtiene con los años, le posibilita manejar y comprender mejor ciertas situaciones. Y por otro, se relaciona también a la edad de los pacientes, debido a que sostienen que éstos de acuerdo a su propia edad, buscan un profesional mayor justamente por la experiencia que se piensa que éste tiene:

T1: "La edad del terapeuta y la edad de los pacientes. Influye. Es la relación de ambos...una persona joven de 25 años y cae una pareja que tiene más de 50 normalmente vas a verle la cara a los pacientes que no están conformes porque o sea "este pendejo no me va a venir a decir a mi"... o algo que se representa de alguna manera la cuestión de la experiencia de vida o que tenga claro el tema de pareja."

T2: "Yo no creo que sea influyente de la efectividad, pero sí que la gente puede sentirse más cómoda con un terapeuta de tal edad...los terapeutas y los pacientes se eligen."

T3: "En un sentido podría ser, en el sentido de que si la edad ha ido acompañada de una experiencia de vida en la relación de pareja, es decir que la concepción interna de pareja se haya ido complejizando a lo largo de ciertos años, ehh en ese sentido podría ser...y las parejas tienden me parece a consultar al terapeuta de un poco mas de edad. Como que espontáneamente lo buscan, como que en el imaginario esta ésta idea de qué bueno que si alguien tiene un poco más de experiencia nos va a poder entender mejor que alguien que tenga 25 años."

T4: "...hay cosas que tienen que ver con la vida, con el paso del tiempo, con los duelos, con los logros, con los fracasos y eso puedes tener una biblioteca posgrados pero si no tenés experiencia de vida y trabajo personal no va...y si influye también porque la pareja joven también va a depositar mas la confianza en una persona que tiene cierta edad a alguien que es más joven."

Parece resultar importante para los terapeutas a la hora de hablar de efectividad en terapia la actualización y formación del terapeuta (AyFT) y el trabajo personal del mismo (TPrT). Este último ha sido nombrado con anterioridad:

T1: "el trabajo personal en relación a la temática de pareja, influye y el respeto por la diversidad de las personas"

T4: "Yo creo que es fundamental la formación del terapeuta o del analista de pareja. Alguien que se cree que porque hizo un curso y no se actualizó ya esta posicionado en ese lugar, alguien que no se

analiza o no hace un tipo de terapia individual no puede ser ni terapeuta ni analista ni nada, puede recetar recetas, dar consejos pero eso no es ser terapeuta de pareja.”

T3: “...la efectividad se corresponde al terapeuta, porque yo te decía que depende de muchas cosas, pero yo creo que hace mucho al tratamiento...la revisión interna que tenga el terapeuta ante sus vínculos de pareja...porque si uno no lo revisa eso, es muy fácil actuar con preconceptos y transmitir a los pacientes moldes que son propios Entonces me parece que eso si estaría bueno para que sea un espacio saludable.”

Variables de los pacientes (VP):

De acuerdo a lo que los terapeutas entrevistados observan, se puede decir que sostienen que existen factores de los pacientes que podrían influir en la efectividad de la terapia, tales como la expectativa (ExPa) y la etapa de cambio o conciencia de enfermedad (EC):

La expectativa influye debido a que los pacientes confían en el espacio y en el terapeuta depositando en él sus intimidades, considerando que la confianza y esperanza en el proceso sería crucial para estos profesionales a la hora de hablar de efectividad así como la motivación:

T1: “El hecho que tenga esperanza de que las cosas pueden ser diferentes eso influye...cuando no existe motivación en alguno de los integrantes o ambos cuesta que funcione.”

T2: “La esperanza siempre hace falta...cuando se acaba la esperanza hay que estimularla porque la gente y todos nosotros, nosotros también nos movemos con una visión de que puede servir para algo, podemos tener un triunfo podemos ser exitosos, sino no haríamos nada.”

T3: “Si no hay confianza...y la confianza tiene que ver con esperanza...si no hay confianza en el terapeuta o en el espacio no se puede hacer mucho. Tener confianza en que el espacio va a estar bueno que va a funcionar.”

T4: “Es fundamental la motivación y que le den lo que nosotros llamamos la transferencia, del Sujeto Supuesto al Saber, que ambos crean que hay un sujeto que sabe sobre esto, y que le depositen en él, nada más ni nada menos que la desnudez de su intimidad, de su sufrimiento, de su historia. Y que crean que ese otro puede hacer algo para ayudarlos.”

La conciencia de enfermedad influiría en el éxito de la terapia en cuanto a que moviliza para consultar, posibilita el trabajo terapéutico y el cambio:

T2: “... básicamente para decidir si siguen juntos y bien ellos hacen un proceso de cambio en el camino.”

T3: “La conciencia de enfermedad si está relacionado a la efectividad porque mueve a consultar, y porque los mueve a pensar que pueden encontrar solución.”

T4: “Cuando ellos como pareja no tienen conciencia de enfermedad del vínculo patológico que han establecido es difícil trabajar...entonces es mucho más efectivo cuando vienen por cuenta propia teniendo cierta conciencia de lo que les pasa, para trabajar básicamente...”

T4: “...Generalmente los casos exitosos han tenido características como cierta conciencia de enfermedad, cierta conciencia del sufrimiento que están viviendo, y cierto grado de humildad...”

Relación terapéutica (RxTe):

Para los terapeutas de la muestra pareciera resultar de gran importancia la relación terapéutica (RxTe) que se establece entre pacientes y terapeuta. Sosteniendo que ésta influye en la efectividad de la terapia, donde es la relación entre ambas partes y la calidad del vínculo que se establece lo que permite que la terapia sea exitosa:

T1: “Hay una relación terapéutica entre terapeuta y pacientes, entonces no es ni por los pacientes ni por el terapeuta que se da el éxito o no éxito, sino es por la relación que se establece entre los pacientes y el terapeuta... yo también estoy involucrado en eso y si la cosa no funciona también tiene que ver conmigo, en función de los acuerdos que se han ido haciendo y la relación terapéutica.”

T2: “Yo creo que viene el combo completo. Nosotros armamos, si sigo la teoría sistémica, armamos un sistema diferente, los pacientes y yo. Esa interacción, es una interacción que forma un sistema complejo, donde no podemos decir que tal factor es solo.”

T3: “...me parece que algo de la efectividad depende de la calidad del vínculo que se arme ahí, y eso no depende solo del terapeuta, depende del encuentro entre los tres. Y eso me parece que sí influye en la efectividad.”

- **5.3 Similitudes y diferencias entre enfoques (SYDE):**

En este apartado se respondería al tercer objetivo específico planteado en la presente investigación.

Enfoque (Enf):

Se identificarán a continuación las diferencias y similitudes que los terapeutas de pareja describen de acuerdo a lo que ellos consideran entre los enfoques o líneas psicológicas (SYDE). Pareciera en este aspecto, que todos los terapeutas de la muestra coinciden en que los criterios de efectividad que cada uno considera en sus terapias, pueden compartirse con las demás orientaciones. Es decir que la efectividad de la terapia no dependería para estos terapeutas, de la línea teórica de trabajo:

T2: “toda terapia hace un proceso. Y controla el proceso, no es otra cosa. Tener el control del proceso es lo que hace a la terapia “nos vamos a juntar, vamos a charlar, no se pueden agredir acá no acepto golpes...” es dirigir un proceso. Si todos los terapeutas lo que hacen es dirigir el proceso, me parece que sí...”

T1: “...hablando con otros terapeutas de pareja, que son de otras líneas cuando hablamos así de llanos independientemente de la cuestión teórica es como que son las mismas cosas los objetivos son los mismos, osea que las personas puedan aceptar al otro tal cual es, puedan establecer la relación vincular que es lo que, que como algo que trasciende a las dos personas que están involucradas, que puedan armar proyectos que puedan mantenerse en conjunto, que estén en la misma jerarquía , que haya reciprocidad y todo eso que son conceptos que desde la sistémica están como mucho más enunciados digamos, como que yo los percibo como más explícitos, los otros tienen otras terminologías para eso. Por lo que yo he escuchado.”

T3: “Si. Pienso que sí. Que cualquier línea teórica que logre que dos seres humanos se puedan comunicar verdaderamente... lo que yo digo puede ser aplicado a otras líneas, claro que a lo mejor lo que yo leo desde el narcisismo como lo concibe el psicoanálisis a lo mejor el existencialista lo concibe con otro concepto teórico... Pero si utilizamos por ejemplo la idea de comunicación yo creo que todos podemos acordar lo que es una buena y una mala comunicación.”

T4: “... pienso que si otras líneas apuntan a la salud mental subjetiva y del vinculo también puede hacerse extensivo a otras líneas.”

Se destaca aquí el enfoque que el terapeuta considera como más efectivo (Enf) a la hora de hablar de terapia de pareja.

De acuerdo a lo dicho por los profesionales no se estaría considerando un enfoque más efectivo que otro, sino que se hace hincapié en el terapeuta más que en la línea de trabajo. Aun así los terapeutas sistémicos, son quienes sostienen que dicho enfoque pareciera tener criterios de intervención más prácticos o específicos en algunos temas, aunque no estaría indicando que esto signifique que sea más efectivo que otro, sino que se prioriza mas la persona del terapeuta que su línea teórica:

T1: “Para mí el enfoque que podría ser más efectivo es el sistémico, porque es más puntual es más concreto...y tiene más sentido común digamos...otros por ahí son mas rebuscados...igual eso depende...o sea yo creo que eso pasa más por el terapeuta que por la línea teórica.”

T2: “Mira yo creo que, yo soy partícipe de esta línea... No porque no articule en pareja con otras líneas. En realidad la terapia de pareja está permanentemente articulando con otros conocimientos. Por ej.: sexualidad... porque es un sistema complejo... yo considero que la línea sistémica es bastante efectiva en el sentido de buscar el cambio...los sistémicos cuando nos juntamos con otras líneas parecemos ser un poco más prácticos en algunas cosas.”

T3: “En realidad trabajo desde el psicoanálisis, mido la efectividad desde ahí pero, no pienso que pueda ser más efectivo que otra, especialmente en parejas.”

T4: “Voy a hablar de la que conozco y creo en la efectividad de esa, y creo que todas las líneas en cualquier orden son válidas pero también tienen sus límites, la psicoanalítica y todas las demás. El problema es cuando uno se posiciona en un lugar omnipotente y cree tener la respuesta para todos. Ahí caemos en un narcisismo necio, en una ceguera.”

Capítulo VI:

Discusión de resultados

6. Discusión de resultados

En este capítulo se presentarán las relaciones entre la teoría y los resultados de la investigación y se explicitan las limitaciones de la investigación, para dar lugar a las conclusiones.

6.1 Relación teoría e investigación

A través del instrumento de análisis categorial, se ha podido interpretar el discurso de los terapeutas a través de *tres perspectivas u objetivos específicos: criterios de efectividad, percepción de elementos influyentes en efectividad y similitudes y diferencias entre enfoques.*

- **Percepción de criterios de efectividad:**

De acuerdo a la perspectiva constructivista utilizada en el presente trabajo, la realidad aparece como el resultado de nuestras percepciones, consensuadas con los demás, rechazando así la existencia de una verdad única, la percepción implica matices de subjetividad, tal como lo menciona Árcega (2005). Es lo que denominamos como nuestro *punto de vista personal*, nuestra particular manera de vernos a nosotros mismos y al mundo a nuestro alrededor.

Escobar (2010) en cuanto a esto mismo sostiene que “*el observador participa en la construcción de lo observado*”, y es en esto en lo que consiste el constructivismo. Es decir que por ejemplo escuchar lo que un terapeuta asevera percibir en el proceso terapéutico, nos dice más acerca del terapeuta (el observador) que de lo observado.

La percepción es un aspecto central de la presente investigación, por eso la descripción y análisis de los relatos de los terapeutas se realiza desde esta perspectiva, donde no se busca el descubrimiento de la realidad, sino observar la construcción de la misma. Se apunta a la percepción de efectividad que terapeutas de pareja tienen en sus terapias, relacionándolo a lo que los mismos consideran importante a la hora de hablar de su quehacer profesional.

Resultados Percibidos

De acuerdo a lo que en esta investigación los terapeutas aseveran percibir, se pudo observar que si bien cada uno manifiesta una postura distinta en cuanto a cómo conciben el éxito o no del proceso terapéutico, todos de alguna forma consideran que sí existe efectividad en sus terapias. Resultando importante y compartiendo ciertos criterios de efectividad. Los terapeutas 1, 2 y 3 manifiestan como importante y como indicadores de éxito que la pareja pueda comprometerse con el proceso al punto de ser ellos mismos quienes decidan si seguir juntos o no, que logren hacerse cargo de lo propio cada uno (T4), resuelvan las problemáticas con las que llegan a consulta (T4, T2, T3), priorizando así mejorar la comunicación en la pareja, que logren proyectarse, realizar tareas en conjunto, creciendo y desarrollándose como sistema en sí mismo (T3, T1) y desarrollo a nivel intrapersonal de cada partenaire.

Esto estaría coincidiendo con lo que propone Gaspar (2006) desde una perspectiva conductual, donde sostiene que los problemas de pareja generalmente tienen que ver con un déficit en temáticas como las que los terapeutas nombran. Considerando la mejoría de las mismas como **criterios de efectividad**, es decir que los profesionales de la muestra coinciden en que sus terapias serían efectivas en la medida en que esto se va modificando positivamente.

Por su parte Prochaska & Norcross (2000) expresan que terapeutas cognitivo-conductuales aplican intervenciones dirigidas a solucionar problemas en forma conjunta, comunicarse de manera efectiva y a modificar expectativas y atribuciones relacionales disfuncionales. Teniendo en cuenta lo que dichos autores manifiestan y lo que los profesionales de la muestra afirman (terapeutas sistémicos y psicoanalíticos), podría decirse que a pesar de pertenecer a distintas líneas en este aspecto coinciden respecto de lo planteado por los mismos en los criterios de efectividad que cada uno considera en sus terapias.

Finalización exitosa

Los terapeutas afirman que una finalización saludable estaría principalmente vinculada con la posibilidad de establecer entre los miembros de la pareja **vínculos sanos**. Este punto relacionado a la continuidad o separación de la pareja coincidieron los profesionales (T1, T2, T3, T4) en que una terapia que culmina con una **separación saludable** se consideraría exitosa, debido a que como terapeuta no trabajan para que la pareja siga junta, sino para que ellos mismos decidan qué creen que es lo mejor. Coincidiendo esto con diversas investigaciones que sostienen de alguna forma que la labor del terapeuta no es unirlos o separarlos, sino trabajar con lo que la pareja manifiesta buscando que ellos puedan decidir qué camino seguir, siendo necesario mejorar la comunicación entre ellos. Szmulewicz (2015) desde el psicoanálisis afirma que en terapia de pareja, el analista se vuelve una forma de terceridad literal, se erige como aquello que media entre ambos miembros de la pareja, traduciendo cada uno de los relatos para que el otro pueda comprenderlos y resignificarlos. Por otra parte también se manifiesta que la terapia psicoanalítica de pareja apunta a un proceso de *insight* centrado en lo intersubjetivo que se juega en el vínculo en cuestión y no a salvar matrimonios o armonizarlos de acuerdo a normas sociales (Spivacow, 2008), resaltando el hecho de que una disolución del vínculo de pareja también se considera efectivo en terapia.

De La Espriella (2008) desde un lineamiento sistémico, nos dice al respecto que de no ser posible mantener la unión, se debe procurar una separación con el menor grado de traumatismo. Platone (2007) también sistémico, sostiene que el terapeuta mantiene una actitud neutral y positiva, siendo activo en el proceso, contribuyendo a construir junto con los miembros de la familia o pareja, la resolución del síntoma. Por otro lado desde una perspectiva conductual Gaspar (2006), sostiene que los problemas de pareja tendrían su origen en un déficit de habilidades de los miembros para intercambiar comportamientos positivos así como para solucionar problemas de forma conjunta y comunicarse de forma efectiva. Por lo cual en este tipo de terapia se utilizan estrategias que promuevan el intercambio conductual y el entrenamiento en resolución de problemas y comunicación.

Otro tema de importancia tiene que ver con las **nuevas consultas** de parejas que ya han asistido a terapia. En este aspecto todos los terapeutas entrevistados (T1, T2, T3, T4) parecieran coincidir en que el hecho de que realicen nuevas consultas no estaría indicando que consultas anteriores hayan sido ineficaces. Sino que por el contrario la pareja en algún momento considera haber tenido resultados positivos en terapia y dependiendo el ciclo vital que como pareja transitan es posible que vuelvan a necesitar consultar. Y esto tendría que ver con la confianza establecida con el terapeuta también. Respecto a lo cual Kirszman & Salgueiro (2010) sostienen que lo realmente importante para encarar cualquier tipo de terapia psicológica, es conseguir que quienes consultan se sientan escuchados, comprendidos y que puedan hallar en el primer encuentro, el estímulo suficiente para que volver una siguiente vez les provea de sentido.

Los terapeutas de la muestra parecieran coincidir en que los **elementos que hacen referencia a un final exitoso de terapia** podrían entenderse como: que la pareja consiga entenderse mutuamente, resolviendo por sí mismos lo que los llevo a consultar, se aceptan uno al otro de forma realista llegando a ciertos acuerdos en pareja, siendo capaces de reflexionar y cuando adquieren herramientas para seguir trabajando juntos. Testor et.al. (2009) desde una orientación psicoanalítica sostiene que en cuanto a pareja el mecanismo de cambio que se intentará será *potenciar la capacidad de insight y a partir de ahí contener las proyecciones percibiendo al otro de manera más precisa y realista*. En la psicoterapia de pareja, el trabajo se centrará en la contribución de cada miembro, y especialmente en la dinámica de la relación entre ambos, perfilando una y otra vez la distinción entre la realidad externa y la visión inconsciente que cada miembro de la pareja tiene de esa realidad. En general, se considera que la estimulación del funcionamiento reflexivo de la pareja es otro de los objetivos fundamentales del tratamiento. Junto con la posibilidad de resolver los problemas planteados (Echeburúa et.al., 2010).

Percepción de escasos resultados terapéuticos

En cuanto a los casos que los terapeutas consideran o perciben como con **escasos resultados terapéuticos** se refieren a situaciones en donde los **niveles de violencia o agresividad estaban elevados** y/o existía una **imposibilidad de comunicación o diálogo**. Sosteniendo también que no es conveniente comenzar una terapia en pareja cuando el problema radica más en algo a nivel personal de alguno de los partners y eso repercute en la pareja, pero no es algo de la pareja en sí.

Relacionado a esto último Spivacow (2008) desde una perspectiva psicoanalista expresa que el hecho de que los consultantes soliciten tratamiento de pareja no significa que el analista acepte esta indicación y en muchos casos puede indicar una terapia de otro tipo. Pero si lo *intersubjetivo* tiene peso en la dinámica del sufrimiento, es altamente probable que un tratamiento vincular realice un aporte terapéutico diferente y valioso. El peso de lo intersubjetivo (bidireccionalidad y alianzas inconscientes) es la principal variable a considerar en el momento de evaluar la conveniencia o la inconveniencia de un tratamiento de pareja. En efecto, si se considera que conviene un tratamiento de pareja es porque se estima que en los sufrimientos que motivan la consulta tienen especial importancia los sucesos psíquicos que dependen privilegiadamente del funcionamiento vincular y de la dimensión intersubjetiva del psiquismo.

De acuerdo a la agresividad y la imposibilidad de llevar a cabo un proceso terapéutico frente a estas situaciones, no se ha encontrado información sobre la temática.

Miradas intervinientes en la construcción de la percepción de la efectividad

En cuanto al **registro que tienen los propios terapeutas sobre si la terapia genera o no los resultados esperados** se puede decir que todos los profesionales coinciden en que logran y se sienten capaces de llevar a cabo con éxito el proceso terapéutico. Posibilitando que la pareja tome decisiones en cuanto a su futuro, consiguiendo mejorías con el tratamiento, clarificando desde el lugar que le corresponde como terapeuta, permitiendo que se vayan haciendo responsables en y con la pareja. Considerándose en uno de los casos (T1) la satisfacción del terapeuta como indicador de

efectividad de su quehacer como profesional, en relación al logro del cumplimiento de las propuestas de trabajo y la posibilidad de las parejas de repensarse.

Relacionado a lo anterior Bandura (1987, citado en Sciardis, 2010) habla de auto eficacia, diciendo que para que una persona pueda percibirse auto eficaz en cierto punto, primero debe realizar una selección de campo perceptual de acuerdo a las expectativas que tiene y cómo se percibe en cuanto a habilidades personales para tratar las situaciones que se le presentan. Es decir que pone en juego su percepción para determinar qué situaciones puede afrontar, cuáles no y las razones de esto. En este punto Krause (2011) expone que la autoimagen, el sentimiento de confianza en sí mismo y la sensación de auto eficacia pueden ser influenciados directamente. Llevado esto a términos de terapia psicológica, podría sostenerse que el hecho de que terapeuta y paciente *se sientan capaces de llevar a cabo el proceso con éxito*, puede ser un factor sumamente influyente en los resultados positivos del mismo.

Parecería resultar importante para uno de los terapeutas (T3) para evaluar la efectividad de sus terapias, contar con la **percepción de logro de los pacientes y la opinión de sus colegas**, esto último a nivel de compartir con otros especializados los casos tratados pudiendo evaluar efectividad considerando los puntos de vista de los mismos. Teniendo en cuenta que la percepción es una construcción, el hecho de que los terapeutas busquen confirmación de sus propias percepciones de efectividad en la terapia consultando con los mismos pacientes sobre cómo perciben ellos el proceso y con otros profesionales, habla de que al intentar desarrollar su percepción de efectividad suman otras miradas a la propia, es decir realizan una construcción de la propia percepción en relación al consenso con otras percepciones.

Lo que hace referencia a lo que sostiene Maturana (1990) donde dice que afirmar que una explicación es científica, no es más que el acuerdo, *consenso*, en el ámbito de los observadores y esto tiene que ver con la experiencia humana. Definiendo así al observador como un sistema con componentes y propiedades que le permiten realizar aquellas operaciones que son necesarias para observar. Sosteniendo que el dominio de las observaciones posibles, quedaría determinado por las propiedades del sistema que

observa (observador). Watzlawick y otros (1986, 121 citado en López Perez, 1997) sostienen que “*Lo real es aquello que un número suficientemente amplio de personas ha acordado definir como real.*” Watzlawick (1992, 17 citado en López Pérez, 1997) “*Real es, al fin y al cabo, lo que es denominado real por un número suficientemente grande de hombres. En este sentido extremo, la realidad es una convención interpersonal.*”

- **Factores o elementos que influyen en efectividad:**

Elementos técnicos

En cuanto a **técnicas o herramientas utilizadas** por el terapeuta, se puede sostener en términos generales, que todos los terapeutas de la muestra coincidirían en que independientemente de la técnica utilizada lo que buscan es que la pareja pueda llegar a comprenderse mutuamente logrando una comunicación funcional (T1, T2, T3 y T4). También puede sostenerse que no se consideran aquí que las herramientas utilizadas sean las causantes directas del éxito en la terapia, sino que es el profesional el que debe saber cuándo y qué aplicar. Es decir que considerando lo que estos profesionales manifiestan, *la herramienta principal sería el terapeuta*, quien a partir de su timing experiencia y entrenamiento es quien hace que la técnica, modalidad o método que utilice sea o no sea efectiva.

Esto estaría relacionado a lo que Moriana & Martínez (2011) entre otros autores afirman; que cualquier orientación en psicoterapia, mantiene una “conversación para el cambio” y que lo único que varía son los elementos terapéuticos que se incluyen en esa conversación. Apoyando la idea de que *ningún modelo es mejor que otro*, puesto que ninguno acota más porción de “realidad” que los demás. Solo utilizan herramientas de análisis diferentes y por ello construyen realidades diferentes.

Realizar terapia psicológica no es sólo una mera aplicación de técnicas, sino que requiere previamente de habilidades para obtener información, ordenarla, devolverla al paciente, de modo que le permita una comprensión de las causas y el mantenimiento de

sus problemas. Sólo posteriormente se puede pasar a la aplicación de técnicas que conduzcan a la modificación de pautas de comportamiento, cognitivas y emocionales. Por lo tanto, lo terapéutico no es sólo la técnica, sino también la relación, el modo de evaluar, el modo de explicar los problemas como así también el modo de realizar nuevos aprendizajes, es decir la clave aquí es el terapeuta (Echeburúa et.al., 2010).

También pudo observarse en cuanto a esta variable, que *los terapeutas de la muestra utilizan técnicas de otras líneas o enfoques psicológicos*. Sosteniendo que todas las líneas más allá de las herramientas, apuntan a la reflexión al diálogo (T1, T2, T3 y T4). De acuerdo a esto, existe un creciente consenso en que un clínico bien formado debe conocer las intervenciones básicas de varios modelos teóricos y debería usarlos en función del paciente particular a tratar. (Havens 1994, citado por Winkler et.al., 1998).

Puede decirse también que todos los terapeutas entrevistados, indicaron como técnica que la *terapia conjunta* es importante a la hora de hablar de efectividad, debido a que se posibilita así la escucha y la comunicación recíproca entre los partenaire; al menos que existiera algún indicador de que la terapia deba ser individual. Gurman y Kniskern (1978, citado en Prochaska y Norcross, 2000) sostienen que las parejas se benefician más del tratamiento cuando ambos miembros están involucrados en la terapia, especialmente cuando son vistos conjuntamente. Spivacow (2008) en cuanto a esto expresa que los tratamientos de pareja no son una panacea, como no lo es ninguna cura psicoanalítica. Sino que ofrecen una posibilidad de aliviar sufrimientos por la vía de conocer mejor algunas cuestiones de uno mismo, del otro y del vínculo en determinadas ocasiones, una mejor posibilidad de trabajar las cuestiones intersubjetivas de la vida de pareja. Esto no siempre es así y hay conflictos de pareja que conviene abordarlos en encuadres individuales.

De acuerdo a la consideración por parte de los terapeutas en cuanto al **motivo de consulta** se podría sostener que en términos generales los terapeutas (T1, T2, T3, T4) coinciden en que la valoración del mismo estaría relacionado de alguna forma a la efectividad de la terapia. En el punto de que entienden que es el motivo de consulta lo que impulsa a la pareja a consultar o bien, porque es lo que consideran que dirige el

proceso terapéutico. Es decir que se ve al motivo de consulta como una guía para establecer el o los objetivos terapéuticos a trabajar, un elemento fundamental que conduce el proceso y que si es olvidado podría llevar al fracaso. Se destaca el respeto del terapeuta por el motivo de consulta que traen los pacientes. Es decir lo que favorece la efectividad sería la escucha, la consideración, la construcción del motivo de consulta por parte del terapeuta en conjunto con la pareja.

Debido a que esto emergió del análisis de las entrevistas llevó a realizar un nuevo rastreo, con lo cual se pudo observar que en cuanto a lo que sostienen Muñoz-Martínez & Novoa-Gómez (2012) desde una perspectiva conductual, se estimaría que si bien los motivos de consulta son una guía importante para los terapeutas al momento de analizar los casos, no son un factor que ayude a garantizar intervenciones exitosas, por lo que es vital trascender este aspecto y hacer énfasis en la realización de investigaciones que identifiquen otras variables que tengan un mayor alcance, con el fin de mejorar la atención psicológica y esclarecer el lugar del seguimiento del motivo de consulta dentro de la práctica clínica. En este aspecto se puede decir entonces que los datos de la muestra coinciden en la relevancia del motivo de consulta como elemento guía del proceso terapéutico, pero no se considera que éste influya directamente en la efectividad de la terapia.

Es decir que la percepción de efectividad de los terapeutas en relación al motivo de consulta no estaría en total consonancia con los resultados de las investigaciones sobre el tema. Tal vez podría radicar en que desde la perspectiva constructivista un buen motivo de consulta es aquel que *se co-construye con quienes consultan*, por lo que surge un acuerdo de algo así como definir lo que es importante trabajar. Así podría observarse mejor cómo una buena co-construcción puede tener cierta influencia en la efectividad.

Relacionando esto a los **objetivos establecidos** en terapia, se podría decir que todos los terapeutas coinciden en que independientemente de qué objetivos establezcan en el marco de trabajo, éstos están relacionados a la efectividad de la terapia. Debido a que sirven de guía para llevar a cabo exitosamente el proceso terapéutico sin perder de vista lo instaurado de alguna forma como importante; ya sea resolver motivos de

consulta, ir resolviendo lo que va surgiendo a medida que se va desarrollando el tratamiento o bien, mejorar la comunicación de la pareja favoreciendo la responsabilidad subjetiva de cada partenaire. Coincidiendo con diversos autores, por su lado De La Espriella (2008) desde un enfoque sistémico, nos dice al respecto que si bien existen muchas escuelas de terapia de pareja, con diversos enfoques, presupuestos, técnicas y definiciones, todas hacen hincapié en la importancia de la comunicación y la necesidad de desarrollar estrategias de resolución de conflictos. Establece que los objetivos generales de la terapia de pareja tienen que ver con manejar motivo de consulta, promover y favorecer una meta-comunicación respetando valores y creencias de sus integrantes. Spivacow (2008) afirma que el objetivo de un tratamiento psicoanalítico de pareja es alcanzar conocimiento y/o construir representaciones sobre el modo en que los funcionamientos psíquicos de uno influyen y condicionan los del otro, sobre el clima vincular, sobre la bidireccionalidad reinante en el vínculo. García (2006, citado en Cuello, 2011) también hace referencia a esto mismo, sosteniendo que una de las variables que parecen influir en la efectividad de un tratamiento es llegar a los objetivos planteados desde un principio.

Para los terapeutas de la muestra (T1, T2, T4) resultaría importante destacar que si bien los terapeutas utilizan diferentes modalidades a la hora de llevar a cabo el proceso, el **tipo de intervención** lo encuentran relacionado a la particularidad de la pareja, ya que sostienen que no con todas se puede trabajar de la misma forma y van trabajando en función de lo que los pacientes plantean, evaluando su efectividad en función de las intervenciones que van considerando exitosas o no, para poder decidir lo próximo a decir y qué camino seguir. Por lo tanto podría decirse que influye en la percepción de efectividad que los mismos tienen, en cuanto a la elección que realizan de diferentes tipos de intervenciones, apuntando específicamente a la reflexión a nivel personal y de la pareja.

Lo que también estaría correspondiendo con lo que manifiesta Havens (1994, citado por Winkler et.al., 1998) exponiendo que un terapeuta bien formado debería conocer las intervenciones básicas de varios modelos teóricos y debería usarlos en función del paciente particular a tratar. Por su parte Spivacow (2005) desde una

perspectiva psicoanalítica, sostiene que en el curso de un tratamiento de pareja, el analista tiene intervenciones de distinto tipo, según la singularidad de la situación clínica.

Al hablar del **encuadre de trabajo** en cuanto a efectividad, se pudo observar de acuerdo a las opiniones de los terapeutas (T1, T2, T3, T4), éstos coinciden en que el establecimiento de un encuadre es necesario para trabajar. Ya sea porque permite esclarecer el modo de trabajo que se llevará a cabo, porque es lo que marca el lugar y función de cada participante del proceso o bien lo que permite guiar el mismo. Algunos lo proponen fundamental desde el inicio y otros durante el proceso.

Haciendo referencia a esto Moriana & Martínez (2011) hablan de un procedimiento que algunos terapeutas sistémicos realizan. *En la primera entrevista* se explica la forma de trabajo y una explicación del tipo de tratamiento que realiza. Estableciendo pautas como cantidad de sesiones y seguimiento posterior. Se reitera aquí que es una modalidad de encuadre que *algunos* terapeutas de esta línea adhieren. Por otra parte Hautman desde lo psicoanalítico (1984, citado en Nicoló, 1990) expone que la presencia de un encuadre coherente constante permite analizar los cambios en los pacientes sin que existan en ellos interferencias debidas a otras variables; también posibilita la constitución de un punto claro y seguro del lugar de referencia tanto para los terapeutas como para los pacientes. Beutler y Castonguay (2006) desde una perspectiva ecléctica por su parte sostienen que en el proceso terapéutico existe interacción mutua entre terapeuta y pacientes, lo cual no implica necesariamente simetría, hay una asimetría en los roles del paciente y el terapeuta que se debe mantener.

Variables del terapeuta

Al hacer referencia a las características del terapeuta se pudo observar que en el caso del **estado civil** del mismo, no se estaría considerando para estos profesionales (T1, T2, T3, T4) una variable que pueda influir en la efectividad de la terapia.

En cuanto al **género del terapeuta** se podría decir que para todos los profesionales de la muestra es un factor que influye en efectividad pero en un aspecto que tiene que ver con la pareja y con lo que para esa pareja signifique que el terapeuta

sea de determinado género. Es decir que no es el género del terapeuta en sí lo que influiría, sino que éste sería el disparador para que la pareja elija desde su punto de vista un terapeuta hombre o mujer dependiendo de la propia percepción que tienen en cuanto a quien podría ayudarlos en determinadas circunstancias. También sostienen que el profesional tiene que tener un trabajo profundo de diversos aspectos o variables asociadas al género para no perjudicar a los pacientes y la relación de pareja.

Esta temática llevó a realizar un nuevo rastreo, frente a lo cual se observó que los resultados encontrados en la muestra, coinciden con ciertas investigaciones donde se sostiene que pacientes en terapia de pareja y en co-terapia con un terapeuta masculino y femenino, suelen estar más abiertos a escuchar al terapeuta del mismo sexo así como sentirse más apoyados por éste (Sells; Smith; Coe; Yoshioka & Robbins, 1994 citados en Iraola & Oropeza, 2008). En esta misma investigación se observó que los clientes refirieron que tanto los terapeutas masculinos y femeninos son igualmente efectivos si emplean técnicas similares, influyendo también la personalidad y el estilo terapéutico; ante esto, los terapeutas deberían adoptar un estilo versátil. Se considera que un terapeuta que es capaz de responder a las necesidades de expresividad y empatía del usuario además de proveer un apoyo instrumental, tendrá mayores posibilidades de éxito, esto lleva a pensar que un *rol andrógino del terapeuta*, respondería más a las necesidades del cliente.

No obstante, uno de los terapeutas (T4) sostuvo el aquí el hecho de que actualmente estamos en una “sociedad machista” donde la gente de ambos sexos generalmente tiende a elegir terapeutas hombres. Respecto a lo cual Iraola & Oropeza (2008) expresan que en la actualidad las diferencias de género inician a ser cuestionadas dando paso a un proceso de lucha por la equidad y el respeto, cuando las mujeres se vuelven más autónomas y versátiles en la vida que escogen modificando su rol tradicional adquiriendo características, ejecutando actividades e invadiendo espacios que estaban reservados para los varones, provocando así un movimiento en ellos hacia la exploración de su afectividad y del conocimiento de su intimidad emocional.

Otra de las características importantes es la **edad del terapeuta**, en cuanto a esta se podría decir que todos los profesionales de la muestra coinciden en que esta variable

influye en la efectividad de la terapia de acuerdo a dos circunstancias. Por un lado se sostiene que la experiencia de vida y profesional que un terapeuta de mayor edad obtiene con los años, le posibilita manejar y comprender mejor ciertas situaciones. Por otro, piensan que se relaciona también la edad de los pacientes, debido a que de acuerdo a la edad de éstos, buscarían un profesional de mayor edad justamente por la experiencia que se piensa que éste tiene.

De acuerdo a lo cual ciertos autores manifiestan que en cuanto al nivel de *experiencia*, la evidencia observa que la práctica eleva el éxito, a través del entrenamiento. En las investigaciones se ha encontrado una relación directa entre edad y experiencia del terapeuta con su estilo comportamental. A mayor edad y experiencia, los terapeutas tenderían a actuar con más empatía y exploración; conductas que se han encontrado altamente relacionadas con cambios positivos en los consultantes (Santibáñez et al., 2008; Winkler et.al., 1998).

Por otro lado parece resultar importante para los terapeutas de la muestra (T1, T3, T4) a la hora de hablar de efectividad en terapia la **actualización y formación del terapeuta y el trabajo personal del mismo**, este último ya mencionado con anterioridad.

Correspondiendo al primer aspecto nombrado Echeburúa et.al. (2010) considera importante que el psicólogo posea la capacidad de trabajar en equipo, sea interdisciplinariamente si trabaja en un centro de salud, o con colegas para derivar, o entablar relaciones con familiares del paciente en consultas privadas. Por lo tanto la efectividad terapéutica incluye conocimientos profesionales, actualización de los mismos, flexibilidad para adaptarse a incipientes cambios, aceptación de diferentes puntos de vista, creatividad, modificación de técnicas en función de variables mencionadas y motivación en su quehacer.

Variables de los pacientes

Se podría sostener en este aspecto que todos los terapeutas entrevistados coinciden en que existirían ciertos factores en los pacientes que podrían influir en la efectividad de la terapia, tales como la **expectativa y etapa de cambio o conciencia de enfermedad**.

Expresan que la **expectativa** influye debido a que los pacientes confían en el espacio y en el terapeuta depositando en él sus intimidades, dándole la connotación de *tener esperanza de que las cosas pueden ser diferentes*, lo cual implica que exista confianza en el terapeuta siendo crucial a la hora de hablar de efectividad, así como la motivación y compromiso con el proceso terapéutico.

Esto estaría coincidiendo con diversas investigaciones tales como las de Díaz Oropeza (2012) donde desde un enfoque sistémico explica que la expectativa y la esperanza tienen un papel central. Teniendo un efecto placebo que se produce como consecuencia del conocimiento compartido por clientes y terapeutas de que el tratamiento es restaurativo, sanador y tiene un poder curativo. Por su parte Beutler & Castonguay (2006) en cuanto a esto sostienen que las expectativas del cliente probablemente jueguen un rol en el resultado del tratamiento, manifestando que es probable que el resultado de la terapia mejore si el cliente está dispuesto y puede comprometerse en el proceso de tratamiento.

Respecto a la **etapa de cambio** o lo que otros profesionales llaman **conciencia de enfermedad**, ésta influiría en el éxito de la terapia según los terapeutas 3 y 4, en cuanto a que moviliza para consultar y posibilita el trabajo terapéutico ya que la pareja se compromete con el mismo, sabiendo que hay que trabajar porque reconocen que necesitan ayuda para resolver esa problemática en particular. Coincidiendo con Testor et.al. (2009) quien manifiesta que cualquiera que sea el ámbito y la modalidad, el objetivo central de un tratamiento psicoanalítico es conseguir insight y modificar conflictos inconscientes y dinámicas relacionales que generan sufrimiento., posibilitando promover nuevas experiencias con el otro, de manera que pueda reorganizarse la relación. Por tanto, este autor considera que un criterio de indicación

importante para el tratamiento psicoanalítico es que la pareja disponga de capacidad y de disponibilidad para observarse a sí misma, para adentrarse en la comprensión de sus experiencias emocionales y para esto es importante que exista cierta conciencia de enfermedad, que ellos sepan como pareja que algo pasa y que están ahí para poder solucionarlo.

Relación terapéutica

Por otro lado parece ser de gran relevancia para los profesionales, la **relación terapéutica** que se establece entre pacientes y terapeuta. Sosteniendo que ésta influye en la efectividad de la terapia, siendo la relación entre ambas partes y la calidad del vínculo que se establece ahí lo que permite que la terapia sea exitosa o no.

Este punto parece ser de gran importancia para diversos autores, considerándolo la mayoría de los mismos el nodo central causante del éxito terapéutico. Horvath & Luborsky (1993, citado en Prochaska & Norcross, 2000) sostienen que la psicoterapia es, en el fondo, una relación interpersonal. Es el desarrollo de una fuerte alianza terapéutica. La cual ha emergido consistentemente como uno de los determinantes principales del éxito terapéutico. Al menos el 10 % del resultado psicoterapéutico acerca de por qué los pacientes mejoran en psicoterapia, es debido a la relación terapéutica. Santibáñez et. al. (2008) por su parte manifiesta en su investigación que es de al menos el 30% la influencia de la relación terapéutica en la mejoría de los pacientes. Sumado a esto Díaz Oropeza (2012) desde un lineamiento sistémico, expresa que las dimensiones de la relación terapéutica constituyen lo que los terapeutas identifican como el principal factor común o como el elemento curativo más importante de la terapia. Prochaska & Norcross (2000) agregan que la mayor variación en los resultados terapéuticos tiene que ver con factores preexistentes del cliente, tales como las expectativas de cambio y la severidad del desorden. La relación terapéutica está relacionada con la segunda mayor porción de cambio, y las variables técnicas vienen en un distante tercer lugar.

Un aporte muy importante de este aspecto y pertinente a dicho trabajo debido a la diversidad de terapeutas en cuanto a líneas teóricas, lo da Andrade (2005) sosteniendo que en la actualidad todas las corrientes psicoterapéuticas confieren a la alianza terapéutica una importancia especial en la determinación de los cambios que se producen con la psicoterapia, independientemente de la postura teórica de los terapeutas.

- **Similitudes y Diferencias entre Enfoques:**

Se identifican las **diferencias y similitudes** que los terapeutas de pareja describen de acuerdo a lo que ellos consideran **entre los enfoques o líneas psicológicas**. Pareciera en este aspecto, que todos los terapeutas de la muestra coinciden en que los criterios de efectividad que cada uno considera en sus terapias, pueden compartirse con las demás orientaciones, teniendo en común que todas buscarían dirigir un proceso para que la pareja pueda comunicarse y modificar lo que trae como disfuncional, lo que estaría afectando la relación entre ambos. Es decir que la efectividad de la terapia no dependería para estos terapeutas, de la línea teórica de trabajo. De acuerdo a lo dicho por los profesionales no se estaría considerando un enfoque más efectivo que otro, sino que se hace hincapié en el trabajo del terapeuta más que en la línea de trabajo del mismo.

Coincidiendo con diversas investigaciones encontradas en cuanto a efectividad de los distintos enfoques, por una parte Matt y Navarro (1997, citado en López et.al., 2002) manifiestan que no se han detectado diferencias consistentes en cuanto a la efectividad de los distintos tipos de terapias psicológica debido a que entre los distintos enfoques existen *factores comunes compartidos*, y que son estos los responsables de los cambios terapéuticos positivos. También se detectó que los terapeutas de distintas orientaciones no presentan diferencias importantes a la hora de trabajar; aunque es cierto que una cosa es lo que se dice que se hace y otra distinta lo que realmente se hace, parece que sigue habiendo diferencias notables en la práctica tanto entre orientaciones como dentro de la

misma orientación (sub modelos). No obstante, estas diferencias pueden ser menos importantes que las variables en común.

Por otro lado, y reafirmando lo concluido a partir de las entrevistas analizadas, Moriana & Martínez (2011) afirman que *cualquier orientación en psicoterapia, mantiene una “conversación para el cambio”* y que lo único que varía son los elementos terapéuticos que se incluyen en esa conversación. Apoyando la idea de que *ningún modelo es mejor que otro*, puesto que ninguno acota más porción de “realidad” que los demás. Solo utilizan herramientas de análisis diferentes y por ello construyen realidades diferentes. En este aspecto, el estudio de las variables inespecíficas de la psicoterapia permite establecer *aspectos comunes a cualquier procedimiento psicoterapéutico*, independientemente de las técnicas utilizadas y de las teorías que las sustentan (Winkler et.al., 1998).

Por su parte Biscotti (2006) desde una perspectiva sistémica, sostiene que en terapia de pareja se podrían plantear ciertos objetivos generales del proceso terapéutico independientemente del enfoque psicológico que lo lleva a cabo. Mencionando los siguientes: *Reducir o disolver el problema o síntoma que trae a la pareja a la consulta *Generar una interacción más funcional, permitiendo el desarrollo de sus miembros y no el de uno sobre el sacrificio del otro *Lograr responsabilidad mutua en el conflicto *Favorecer cambios graduales para mejorar la relación *Contribuir en la definición de continuar o no con la relación *Rescatar los mejores recursos de cada miembro de la pareja *Construir con la pareja una comprensión actual-histórica del problema, más funcional que la que traen *Generar formas para salir del problema de manera concreta y realizable *Ampliar las actitudes de cada miembro, ligadas a su género y a sus mandatos *Lograr un cambio que se define en cada pareja y que permite evaluar la eficacia del tratamiento.

Finalizando y reafirmando lo anterior, Díaz Oropeza (2012) perteneciendo también a un enfoque sistémico, expresa que las distintas modalidades de psicoterapia producen sus efectos a través de un grupo común de elementos del terapeuta y de los clientes. Sosteniendo que existen pocas diferencias entre las distintas modalidades de psicoterapia sustentando así la idea de que los factores comunes podrían ser los

responsables del cambio terapéutico, tales como: características del cliente, cualidades del terapeuta, procesos de cambio, estructura del tratamiento y relación terapéutica.

De acuerdo a lo observado, todos los terapeutas de la muestra coinciden en que los criterios de efectividad que cada uno considera en sus terapias, pueden compartirse con las demás orientaciones. En cuanto a si piensan que algún enfoque resulta más efectivo que otro, no estarían refiriendo la superioridad de alguno de ellos, sino que se hace hincapié en el **trabajo del terapeuta** más que en orientación (T1, T4). Aun así los terapeutas sistémicos (T1, T2), son quienes sostienen que dicho enfoque pareciera tener criterios de intervención más prácticos o específicos en algunas cosas, aunque en este caso no estaría indicando que signifique que sea más efectivo que otro.

Esto estaría relacionado a lo que Moriana & Martínez (2011) entre otros autores afirman; que cualquier orientación en psicoterapia, mantiene una “conversación para el cambio” y que lo único que varía son los elementos terapéuticos que se incluyen en esa conversación. Apoyando la idea de que *ningún modelo es mejor que otro*, puesto que ninguno acota más porción de “realidad” que los demás. Solo utilizan herramientas de análisis diferentes y por ello construyen realidades diferentes.

6.2. Limitaciones y desafíos futuros

Se podría decir que la presente investigación tiene límites respecto a que sólo se estaría estudiando la percepción de efectividad de terapeutas de pareja, sin tener en cuenta otras variables como por ejemplo la percepción que los pacientes podrían manifestar. Lo cual podría pensarse como tema a investigar a futuro, teniendo la posibilidad de comparar ambas visiones.

Otro límite considerado aquí, tiene que ver con las características etarias de la muestra de terapeutas estudiada (entre 45 y 70 años) sin poder considerar la opinión de terapeutas de pareja de menor edad. Lo cual podría resultar significativo a la hora de evaluar si terapeutas de pareja más jóvenes ven el factor edad como influyente en

determinados aspectos asociados al éxito terapéutico, como se vio en la muestra estudiada.

Un tercer límite encontrado, se relaciona con que sólo se entrevistó a 4 terapeutas psicoanalíticos y sistémicos, no pudiendo comparar o extender los resultados a todas las líneas teóricas en cuanto a terapia de pareja. . Por lo que podría decirse que si se ampliara la muestra en relación a cantidad de terapeutas y otras líneas teóricas podrían profundizarse los resultados.

Por último, cabe definir como otra limitación que dentro de la metodología utilizada, si bien se contrastó el análisis consultando a quienes se considerarían jueces expertos como la directora y con la colaboradora, no se estableció una triangulación de investigadores propiamente dicha con lo cual podría aumentar la confiabilidad y validez del presente estudio.

Capítulo VII:

Conclusiones

7 Conclusiones

La investigación surgió con el objetivo general de identificar cuál es la percepción de efectividad que los terapeutas de pareja tienen en cuanto a su quehacer profesional.

De acuerdo a esto se establecieron objetivos específicos que pudieran responder a los interrogantes planteados frente a esta temática. Se llevó a cabo el cumplimiento de estos objetivos a nivel cualitativo, a través del análisis de contenido de las entrevistas realizadas a cuatro terapeutas de pareja.

El primer objetivo específico, referido a **describir cuáles son los criterios desde los cuales los terapeutas utilizan para considerar efectiva la terapia de pareja**, ha sido desarrollado en el quinto capítulo de este trabajo, llegando a la conclusión de que todos los terapeutas de la muestra estuvieron de acuerdo en la existencia de efectividad en sus terapias, de acuerdo a los criterios descritos por los mismos. Compartiendo entre sí lo que tienen en cuenta a la hora de evaluar su quehacer profesional. Tomando como indicadores de éxito que los miembros de la pareja puedan decidir en cuanto a su futuro, que logren hacerse cargo de lo propio de cada uno, resuelvan las problemáticas con las que llegan a consulta, priorizando la mejora de la comunicación y su desarrollo en conjunto como sistema en sí mismo. Es decir que los profesionales de la muestra coinciden en que sus terapias serían efectivas en la medida en que esto que llega a la consulta como disfuncional se modifique positivamente.

Respecto a una finalización exitosa de terapia, los terapeutas coinciden en que una terapia que culmine con una separación saludable se considera igualmente efectiva. Otro tema de importancia tiene que ver con nuevas consultas de parejas que ya han asistido a terapia. En este aspecto todos los terapeutas entrevistados parecieran coincidir en que el hecho de que realicen nuevas consultas no estaría indicando que consultas anteriores hayan sido ineficaces, sino por el contrario manifestaría cierto vínculo de confianza con el terapeuta y el proceso terapéutico, lo cual se considera esencial para llevarlo a cabo con éxito.

Haciendo referencia a la percepción de escasos resultados terapéuticos de los profesionales de la muestra, se puede decir que consideraron que los casos donde refieren no haber tenido éxito se relacionaron con situaciones donde existía excesiva violencia o agresividad o cierta inflexibilidad por parte de alguno de los partenaires para llevar a cabo una comunicación funcional.

Por otra parte parecería resultar importante para uno de los terapeutas para evaluar la efectividad de sus terapias, contar con la percepción de logro de los pacientes y la opinión de sus colegas. Teniendo en cuenta que la percepción es una construcción, un recorte de la realidad, que los terapeutas busquen confirmación de sus propias percepciones de efectividad en la terapia consultando con los pacientes sobre cómo perciben ellos el proceso y con otros profesionales, habla de que al intentar desarrollar su percepción de efectividad suman otras miradas a la propia, haciendo referencia al consenso.

En cuanto al segundo objetivo de este estudio, el cual buscaba **indagar los elementos del proceso terapéutico que los profesionales perciben como influyentes en la efectividad de la terapia**; se pudo observar lo siguiente:

*De acuerdo a las herramientas que estos profesionales describieron como importantes en el éxito de la terapia, se pudo observar que los terapeutas de la muestra utilizan técnicas de otras líneas o enfoques psicológicos, sosteniendo que todas las líneas más allá de las herramientas, apuntan a la reflexión y al diálogo. Considerando que la herramienta principal para estos profesionales sería *el terapeuta*, quien a partir de su timing experiencia y entrenamiento es quien hace que la técnica, modalidad o método que utilice sea o no sea efectiva.

*Por otro lado se vio que en cuanto a los objetivos establecidos en terapia, todos los terapeutas coinciden en que independientemente de qué objetivos establezcan en el marco de trabajo, éstos están asociados a la efectividad de la terapia cuando están relacionados al motivo de consulta que se ve como objetivo terapéutico a trabajar, destacando el respeto del terapeuta por lo que plantean los pacientes como tal.

*Al hablar del encuadre de trabajo coincidieron en que el establecimiento de un encuadre es necesario para trabajar. Proponiéndolo algunos profesionales como fundamental desde el inicio y otros durante el proceso.

*De acuerdo a las variables del terapeuta descritas en este estudio, se consideró importante el trabajo personal y actualización del terapeuta. No se vio como influyente el estado civil del mismo. Por otro lado el género y la edad se consideraron en el aspecto de que la pareja elija determinado terapeuta de acuerdo a estas dos características, pero no en el sentido de que por sí solas estas influirían en efectividad, sino como disparadores iniciales para la elección del profesional.

*Por otra parte, teniendo en cuenta las variables de los pacientes se le dio relevancia a la expectativa y conciencia de enfermedad de los mismos, influyendo en efectividad en la medida en que moviliza a consultar y establece cierto nivel de confianza en el terapeuta y el proceso, facilitando el éxito del mismo.

*Otra variable considerada importante para los terapeutas de la muestra tuvo que ver con la relación terapéutica, sosteniendo que ésta influye en la efectividad de la terapia, siendo la relación entre ambas partes y la calidad del vínculo que se establece lo que permite que la terapia sea exitosa o no.

Haciendo referencia al tercer objetivo específico, que buscaba **explorar si la percepción de efectividad de los terapeutas varía en cuanto a sus líneas teóricas**, se pudo concluir que los terapeutas de pareja consideran que los criterios de efectividad que cada uno toma en sus terapias, pueden compartirse con las demás orientaciones, teniendo en común que todas buscarían dirigir un proceso para que la pareja pueda comunicarse y modificar lo que trae como disfuncional.

Como conclusión final podría sostenerse que de acuerdo a lo encontrado en el estudio aquí realizado, los resultados arrojan coincidencias generales con lo que postulan las investigaciones llevadas a cabo en el área.

Se podría concluir también de acuerdo a lo evaluado y analizado en este estudio, que en líneas generales los terapeutas evaluarían también su efectividad en terapia de pareja, en función de su apreciación del éxito o no de sus intervenciones para poder considerar qué camino seguir. Lo cual podría decirse que influiría en la percepción que los mismos tienen en cuanto a la elección de diferentes tipos de intervenciones, apuntando específicamente a la reflexión a nivel personal y en la pareja; en relación al cumplimiento de las propuestas de trabajo y la posibilidad de las parejas de repensarse.

Los resultados encontrados en el presente trabajo podrían llegar a ser más generalizables en cuanto a enfoques teóricos, pudiendo ampliar la muestra de terapeutas entrevistados, como así las características etarias de la misma, resultando relevante la comparación de acuerdo a distintas variables consideradas aquí. Teniendo la posibilidad de incluir la percepción de los pacientes respecto a esto mismo.

Resulta importante destacar que todos los terapeutas entrevistados no le adjudican a la línea teórica de trabajo la responsabilidad de la efectividad, si no que coincidiendo con las investigaciones, los profesionales resaltan que todas apuntan de alguna manera a la resolución de conflictivas que trae como disfuncionales la pareja, y la forma en que cada uno lleve a cabo este trabajo independientemente del enfoque, es lo que realmente influye, dándole un lugar importante al terapeuta como principal herramienta de trabajo.

También se observó que los terapeutas de la muestra consideran la utilización de técnicas o herramientas de distintas líneas teóricas, lo cual resulta muy importante a la hora de poder hablar de apertura o flexibilidad en el rol profesional, adaptándose al paciente de acuerdo a lo que con que cada uno puede funcionar, dándole importancia a la posibilidad de tener conocimientos amplios de las distintas orientaciones para poder tener mayores alcances en su trabajo como terapeuta.

Esto se encuentra relacionado a la perspectiva con la que se llevó a cabo el presente trabajo, donde se buscó la integración de distintas líneas teóricas en cuanto a la temática abordada. Por lo que, tener resultados que muestran que no se le da importancia directa a la orientación en particular sino al trabajo que como profesional cada uno puede desarrollar y llevar a cabo en su quehacer, es muy importante.

Pudiendo ver que no se trata de rivalizar con quienes son colegas, sino muy por el contrario de poder aprender unos de otros, construyendo un desempeño más completo y sobre todo integrativo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade González, N., (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y Salud* 16 (1), 9-29.
Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180616109001.pdf>
- Árcega-Domínguez, A., Lara-Muñoz, C., & Ponce-de-León-Rosales, S. (2005). Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes. *Revista de investigación clínica*, 57(5), 676-684.
Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0034-83762005000500004&script=sci_arttext
- Beutler, L. E., & Castonguay, L. G. (2006). The task force on empirically based principles of therapeutic change. *Principles of therapeutic change that work*, 3-10. New York: Oxford.
- Biscotti, O. (2006). *Terapia de pareja: una mirada sistémica*. Buenos Aires: Lumen Ediciones.
- Casabianca, R. del Carmen (2007). La terapia de pareja heterosexual en la cultura posmoderna y argentina de hoy: un desafío a la creatividad y ética de los terapeutas. *Revista sistemas familiares* 23 (2), 19-28.
- Castañeiras, C., Rial, V., García, F., Farfallini, L. y Fernández Alvarez, H. (2006). Auto-percepción de los terapeutas sobre su estilo personal: un estudio longitudinal. *XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
Recuperado de: <http://www.aacademica.org/000-039/160>
- Cuello, G. (2011). “*La calidad de vida autopercibida como indicador para medir la efectividad en el tratamiento ambulatorio para el consumo de sustancias*”. (Tesina de Minoridad y Familia inédita). Facultad de psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.

De la Espriella Guerrero, R. (2008). Terapia de pareja: abordaje sistémico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37 (1), 175-186. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/806/80615420014/>

Del Valle Tosi, Natalia (2011) *Pareja: Constitución y posibilidades de realización*. (Tesina de Psicología Inédita). Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.

Díaz Oropeza, Ismael Fernando. (2012). La investigación en terapia familiar. *En-claves del pensamiento*, 6(11), 163-196. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-879X2012000100010&lng=es&tlng=es.

Echeburúa, E., & Corral, P. D. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología clínica y de la salud*, 1(1), 181-204.

Recuperado de: [http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33420429/TCC7.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1471964950&Signature=hEcXswIWodYKkfr6tiO%2BU1aSM%2Bg%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DEficacia de las terapias Psicologicas.pdf](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33420429/TCC7.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1471964950&Signature=hEcXswIWodYKkfr6tiO%2BU1aSM%2Bg%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DEficacia%20de%20las%20terapias%20psicologicas.pdf)

Echeburúa E., Paz de Corral y Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 15 (2), 85-99. Recuperado de:

<http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-2010-15-2-5010/Documento.pdf>

Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P., & Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas En la Evidencia. *Revista argentina de clínica psicológica*, 19(3), 247-256.

Recuperado de:

http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/40250347/Echeburua_Revista_Argentina.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1484700158&Signature=ALBRI3LWLS10JMdR67vmxWNmV2I%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DEcheburua_Revista_Argentina.pdf

Eiguer, A. (2012). La interpretación en las terapias de pareja y familia: el toque final. *Revista internacional de psicoanálisis de pareja y familia*, 11 (1), 49-60.

Recuperado de: <http://www.aipcf.net/web/doc/revue/2012/es/2012-es-05.pdf>

Escobar M. de Fernández Moya; Escobar S. (2010) Constructivismo. En Fernández Moya, J. *En busca de resultados: una introducción a la terapia sistémica 3ª ed.* (pp. 169-179). Mendoza Argentina: Editorial de la Universidad del Aconcagua.

Espada, A. Á., Gabalda, I. C., Orlinsky, D., Oliva, S. R., Iranzo, A. C., & Alvarez, M. A. (2002). Percepción del desarrollo profesional del psicoterapeuta en España. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2 (2), 199-218. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/profile/Isabel_Caro_Gabalda/publication/222714813_Percepcin_del_desarrollo_profesional_del_psicoterapeuta_en_Espaa/links/00b4952cbbd4a1c08f000000.pdf

Funes, María Victoria (2013) *El narcisismo en la constitución de la pareja. Una mirada desde el psicoanálisis.* (Tesina de Psicología inédita). Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.

Gagliesi, P., Lardani, A., & del Carmen Salgueiro, M. (2005). Selección Sistemática de Tratamiento, un modelo de psicoterapia basada en la evidencia. *ERTE*, 16(62), 251. Recuperado de:

<http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex62.pdf#page=12>

- García, F., y Musitu, G. (2014). Manual AF-5, Autoconcepto forma 5. [Versión Adobe Reader]. Recuperado de <http://www.aserh.com/wp-content/uploads/2014/07/AF-5.pdf>
- García, H. D., & Fantin, M. B. (2010). Percepción de eficacia de la psicoterapia en Argentina. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 21, 155-169. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1946-20262010000100007&script=sci_arttext&tlng=en
- García, H. D., Fantin, M. B., & Isgró, A. (2015). Estudio descriptivo de la percepción de la relación psicoterapéutica en pacientes de la ciudad de San Luis. *Liberabit*, 21(1), 141-151. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272015000100013&script=sci_arttext
- Gaspar, R. M. (2006). Terapia integral de pareja. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 5(2), 273-286. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2147837>
- Gibbs, G. R. (2007). *El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa*. Madrid: Morata ediciones
- González, T. T., & García, A. O. (2009). El Compromiso y la Estabilidad en la Pareja: Definición y Dimensiones dentro de la Población Mexicana. *Psicología Iberoamericana*, 17(1), 38-47. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133912613005>
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. Y Baptista Lucio P. (2006). *Metodología de la investigación*. (4º edición). México: Ed. Mc Graw Hill.
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill, Quinta Edición.

- Iessi, Carolina (2015). *Autopercepción de mejora de la calidad de vida en un grupo de personas que participan en terapia grupal, con orientación cognitivo conductual y su efectividad*. (Tesina de Psicología inédita). Facultad de psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Iraola, A. R., & Oropeza, I. F. D. (2008). Influencia del género en la relación terapéutica en un contexto de violencia familiar. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 11(2). Recuperado de: <http://campus.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol11num2/art3-vol11-No2.pdf>
- Kirszman, D., & del Carmen Salgueiro, M. (2010). Parejas y Familias en la Práctica Clínica. Introducción: Psicoterapia con Parejas y Familias. Algunos lineamientos para la formación y el entrenamiento específicos. *Revista argentina de clínica psicológica*, 19(1), 41-44. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4262770>
- Krause, M. (2011). Efectos Subjetivos de la Ayuda Psicológica Discusión Teórica y Presentación de un Estudio Empírico. *Psykhe*, 1(1). Recuperado de: <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/15>
- Labrador, F. J., Vallejo, M. A., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A., & Fernández-Montalvo, J. (2003). La eficacia de los tratamientos psicológicos. *Asamblea Anual de la Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud*. Siglo XXI. Recuperado de: <http://www.sepcys.es/index.php?page=documentos>
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Jama*, 300(13), 1551-1565. Recuperado de: <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1028649>
- Liberman, Robert; (1970). Terapia Conductual de Familias y de Parejas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 161-182. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80502206>

- López, A. B., & Grau, E. G. (2008) Eficacia y utilidad clínica de la intervención en psicología clínica y de la salud. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona*. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Eugeni_Garcia-grau/publication/37911317_Eficacia_y_utilidad_clinica_de_la_intervencion_en_psicologia_clinica/links/00b4951dd1637d3811000000.pdf
- López, A. B., Grau, E. G., & Escolano, A. F. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 477-502. Recuperado de: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-52.pdf
- López Pérez, R. (1997). Constructivismo radical de Protágoras a Watzlawick. *Excerpta*, 7.
- Marchevsky L. (2010). Paradigma de la complejidad, constructivismo y constructivismo social. En Fernández Moya, J. *En busca de resultados: una introducción a la terapia sistémica 3ª ed.* (pp. 183-211). Mendoza Argentina: Editorial de la Universidad del Aconcagua.
- Martínez Farrero, P. (2006). Del motivo de consulta a la demanda en psicología. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26(1), 53-69. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352006000100004
- Maturana, H. R. (1990). *Emociones y lenguaje en educación y política*. JC Sáez Editor. Recuperado de: <https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=iEnkrc0nFpwC&oi=fnd&pg=PA7&dq=EMOCIONES+Y+LENGUAJE+EN+EDUCACION+Y+POLITICA+Humberto+Maturana+Ed.&ots=bbj4ya2TXE&sig=4B0dBImGBigoNwniVkJ05rdsxNM#v=onepage&q=EMOCIONES%20Y%20LENGUAJE%20EN%20EDUCACION%20Y%20POLITICA%20Humberto%20Maturana%20Ed.&f=false>

- Melgarejo, L. M. V. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 4(8), 47-53.
Recuperado de: <http://biblioteca.ues.edu.sv/revistas/10800277-4.pdf>
- Morejón, A. R., & Beyemach, M. (1994). Terapia sistémica breve: Trabajando con los recursos de las personas. M. Garrido y J. García (Comps.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*, 241-290. Recuperado de: <http://calebwebsite.tripod.com/referencias/TSBtrabajandorecursos.pdf>
- Moreno, A. F. R. (2008). Factores atribucionales de la efectividad psicoterapéutica. *Anales de psicología*, 24(1), 88-99. Recuperado de: <http://revistas.um.es/analesps/article/viewFile/31831/30931>
- Moriana, J. A., & Martínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2), 81-100. Recuperado de: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/10353>
- Muñoz-Martínez, A. M., & Novoa-Gómez, M. M. (2012). Motivos de consulta e hipótesis clínicas explicativas. *Terapia psicológica*, 30(1), 25-36. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art03.pdf>
- Mustaca, A. (2004). Tratamientos psicológicos eficaces y ciencia básica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(1), 11-20. Recuperado de: <http://centroippc.com/pdfs/tratamientos-eficacez.pdf>
- Nicoló, A. (1990). Hacia una perspectiva psicoanalítica en el estudio de la familia y la pareja. *Revista de Psicoanálisis*, 47(5/6), 908-922. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.apa.org.ar/greenstone/collect/revapa/index/assoc/19904756p0908.dir/REVAPA19904756p0908Nicolo.pdf>
- Olán, R. J. A. (2007). Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más sesiones. *Salud Mental*, 30(5), 55. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2007/sam075i.pdf>

- Páramo, M. A. (2012) *Normas para la presentación de citas y referencias bibliográficas según el estilo de la American Psychological Association (APA): Tercera edición traducida de la sexta en inglés*. Documento de cátedra de Taller de Tesina. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua. Mendoza.
- Platone, M. L. (2007). El enfoque ecosistémico en terapia de familia y de pareja. *Psicología*, 26(1), 56-77. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/repsi/v26n1/v26n1a05.pdf>
- Prochaska, James O. y Norcross, John C. (2000). *Systems of psychotherapy*. New York: Brooks/Cole –Traducción al español: Equipo de Investigaciones **CPP Mendoza**—2001
- Quiñones, A., Melipillán, R., & Ugarte, C. (2012). Indicadores de procesos de éxito en psicoterapia cognitiva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica (enviado)*. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Alvaro_Quinones2/publication/260982910_Indicadores_de_procesos_de_exito_en_psicoterapia_cognitiva/links/00463532d933808505000000.pdf
- Santibáñez, P.M., Román, M.F., Lucero, C., Espinoza, A.E., Iribarra, D.E. y Müller, A. (2008). Variables inespecíficas en psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 26 (1), 89-98. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100008>
- Segal, L., & Watzlawick, P. (1994). *Soñar la realidad: el constructivismo de Heinz von Foerster*. Paidós. Recuperado de: <http://cuva.uta.cl/images/files/discussion/620/9620db8f1a0e8d069a90c0914b57dceb.pdf>
- Seligman, M. E. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American psychologist*, 50(12), 965. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.50.12.965>

- Sciardis, N. C., (2010). *Ansiedad Estado-Rasgo y Autopercepción del Autocontrol en docentes capacitadas en “Talleres basados en la experiencia de la no-violencia activa”*. (Tesina de psicología inédita). Facultad de psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Shedler, J. (2012). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. In *Psychodynamic Psychotherapy Research* (pp. 9-25). Humana Press. Recuperado de: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-60761-792-1_2
- Spivacow, M. (2002). La perspectiva intersubjetiva y sus destinos: la terapia psicoanalítica de pareja. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, 11 (6). Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000205&a=La-perspectiva-intersubjetiva-y-sus-destinos-la-terapia-psicoanalitica-de-pareja>
- Spivacow, M. (2005). La intervención vincular en el tratamiento psicoanalítico de pareja. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, (19), 5. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000324&a=La-intervencion-vincular-en-el-tratamiento-psicoanalitico-de-pareja>
- Spivacow, M. A. (2008). La psicoterapia psicoanalítica de pareja. *Psicoanálisis: Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, 30. Recuperado de: <https://scholar.google.com.ar/scholar?hl=es&q=Spivacow%2C+M.+A.+%282008%29.+La+psicoterapia+psicoanal%C3%ADtica+de+pareja.+Psicoan%C3%A1lisis%3A+Revista+de+la+Asociaci%C3%B3n+Psicoanal%C3%ADtica+de+Buenos+Aires%2C+30&btnG=&lr=>
- Szmulewicz, E. (2015). Terapia de pareja: un espacio intersubjetivo con arreglo Triangular. Recuperado de: http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38540902/Terapia_de_Pareja_Un_Espacio_Intersubjetivo_con_Arreglo_Triangular_.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1472090303&Signature=rIHVPscjvPJmXqCXCSnRG2okm98%3D&response-content-

[disposition=inline%3B%20filename%3Dterapia_de_pareja_un_espacio_intersubjet.pdf](#)

Tapia, L. (2001). Algunas consideraciones para una Terapia de Pareja basada en la evidencia. *Fam Ter*, 9, 7-30. Recuperado de: <http://www.terapiafamiliar.cl/web/UserFiles/File/TerapiaParejaEvidencia.pdf>

Testor, C. P., Garayoa, J. A. C., & Pujols, M. D. (2009). Psicoterapia psicoanalítica de pareja: teoría y práctica clínica. *Apuntes de Psicología*, 27 (2-3), 197-217. Recuperado de:

<http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/142>

Vera-Villarroel, P., & Mustaca, A. (2006). Investigaciones en psicología clínica basadas en la evidencia en Chile y Argentina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 551-565. Recuperado de:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-05342006000300008

Villanueva, L. T., Poulsen, G., Armijo, I., Pereira, X., & Sotomayor, P. (2009). Resolución de entrampes en parejas en conflicto. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 101-114. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/profile/Luis_Tapia-Villanueva/publication/215549212_Resolucion_de_entrampes_en_parejas_en_conflicto_Aproximaciones_desde_las_parejas_y_los_terapeutas/links/0a73d6562457b2f0a58a4d45.pdf

Vindel, A. C. (2013) Tratamientos eficaces. *Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés*. Recuperado de:

<http://www.ansiedadestres.org/tratamientos-eficaces>

Vivaldi, F., & Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29. Recuperado de:

<http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n2/art02.pdf>

- Watzlawick, P. (1998). *La realidad inventada*. Gedisa. Recuperado de:
http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/36564975/Paul_Watzlawick_y_otros_-_1981_-_La_realidad_inventada.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1478911894&Signature=Om0ueibyQ8J3G2vmihHXjKgY5ak%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DLa_realidad_inventada.pdf
- Winkler, M. I., Cáceres, P. C., Fernández, F. I., y Sanhueza, R. J., (1998). Factores inespecíficos de la terapia y Efectividad del proceso terapéutico: una sistematización. *Revista Terapia Psicológica*, 8 (11), 34-40. Recuperado de http://www.trustplacement.cl/publicaciones/tecnicos/1989_Winkleret_al_Factor_es_inespecif_de_la_psictpia.pdf

ANEXOS

Formulario de Consentimiento Informado

Tesina: “Percepción de efectividad en terapeutas de pareja”

Por medio del presente documento se pide su consentimiento para realizar una entrevista que formará parte de la Tesina de grado realizada por la alumna Ávila Marina Antonella de la Facultad de Psicología de la Universidad del Aconcagua. La misma es dirigida y supervisada por la Lic. Grzona, Sofía y tiene como colaboradora a la Lic. Zúñiga, María Julia.

La meta de este estudio es conocer la percepción de efectividad de los terapeutas de pareja en su quehacer profesional. Para ello, deberá responder a las preguntas desarrolladas por la entrevistadora.

Si usted accede a participar en este estudio se le solicitará únicamente responder a la entrevista que será realizada por la alumna encargada de la investigación. La misma llevará aproximadamente alrededor de 40 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se obtenga será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán anónimas. La misma será codificada a los fines de la investigación, siendo posteriormente grabada y desgrabada por la investigadora, para lograr un análisis profundo en cuanto a la temática a investigar.

Si tiene alguna duda sobre lo descripto, puede hacer preguntas en cualquier momento de la entrevista. Igualmente, puede retirarse de la misma en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Esta investigación no presenta ningún riesgo potencial para su salud.

Usted tiene la posibilidad de acceder a la devolución de los resultados de la investigación en caso de que lo desee solicitándolo a la entrevistadora. Cualquier duda que usted tenga puede comunicarse con la entrevistadora al número 02634-511746. Desde ya se agradece su participación.

He leído y acepto las condiciones de participación descritas previamente

Firma del Terapeuta

Código

Fecha

Entrevista dirigida a Terapeutas de Pareja. Tesina Lic. En Psicología

Tema: “Percepción de efectividad en terapeutas de pareja”

I-DATOS PERSONALES

Características socio demográficas:

Edad:.....

Sexo:.....

Estado Civil:.....

Tiempo de casado, o de convivencia:.....

Características propias del terapeuta:

Tiempo de recibido:.....

Tiempo de dedicarse a realizar Terapia de Pareja:.....

Línea Teórica de trabajo:.....

Formación:.....

II-ENTREVISTA

• *Percepción de efectividad en terapia*

1. En cuanto a terapia de pareja ¿Qué entiende por efectividad?
2. ¿Cuál es la percepción de efectividad que tiene respecto a su quehacer profesional?
 - a. ¿Cómo es que usted realiza esta evaluación? ¿En qué se basa?
 - b. ¿Cree usted que esto puede generalizarse a todas las líneas teóricas en terapia de pareja?
¿Por qué?
 - c. En cuanto a línea o enfoque psicológico ¿Considera desde su conocimiento y experiencia más efectivo alguno en particular? ¿Cuál? ¿Por qué?
 - d. ¿Según su criterio que herramientas considera importantes en dichas terapias?
(Métodos, técnicas etc.)

- **Valoración de variables que intervienen en la efectividad de la terapia**

3. ¿Usted podría considerar que la efectividad de sus tratamientos está relacionado a las herramientas que utiliza? ¿Por qué?
 - a. ¿Toma herramientas de otras líneas teóricas? ¿Podría describirlas?
 - b. ¿Considera que Influyen estas en la efectividad de la terapia?
4. ¿Según su experiencia, cree que la efectividad va a estar relacionado al Motivo de Consulta de la pareja? (Circunstancias de pedido de consulta, derivación por ejemplo)
5. Desde su punto de vista en cuanto a intervenciones ¿Considera que son más efectivas unas que otras?
6. ¿Qué tan influyente considera que es en la efectividad de la terapia establecer un encuadre en la primera sesión?
7. ¿Considera usted que el estado civil del Terapeuta sería influyente en la efectividad de la *terapia de pareja*? ¿Cómo? ¿Por qué?
 - 7.1 ¿Cree que la edad del terapeuta es un factor condicionante en la efectividad de la terapia?
 - 7.2 ¿Según su experiencia y conocimientos en esta área, cree que el sexo del terapeuta podría ser un factor influyente en el resultado de la terapia? ¿Cómo? ¿Por qué?
 - 7.3 ¿Agregaría algún otro factor que considere importante e influyente en la efectividad de terapia de pareja? ¿Cuál? ¿Por qué razón?

- **Terapia de pareja**

8. ¿Cuándo consideraría que la terapia de pareja ha llegado a su fin?
9. ¿Según su criterio considera exitosa una terapia de pareja que culmina con una separación saludable?
10. ¿Considera usted que hay una circunstancia o situación específica a partir de la cuál no sería beneficioso iniciar una terapia de pareja? ¿Por qué?
11. ¿Considera que existe una relación entre los objetivos establecidos y la efectividad?
12. ¿Recuerda algún caso difícil que considere no fue efectivo?
 - a. ¿Qué características cree usted que tienen los casos que considera que no fueron efectivos?
 - b. ¿Recuerda algún caso exitoso?

- c. ¿Qué tienen en común los casos que considera exitosos?
 - d. ¿Considera que son las características de un caso lo que lo hace difícil o la dificultad radica en los tratamientos en sí, independientemente de las características del caso?
13. ¿Según su experiencia considera usted que la efectividad de la terapia pueda depender en gran parte de que la pareja crea que obtendrá resultados positivos?
14. ¿Cuál es su opinión respecto a la reincidencia en terapia de pareja? (En cuanto a quienes consultan por el mismo motivo, que entonces no quedó resuelto. Y en quienes vuelven porque la terapia les resulto una herramienta útil.)
- 14.1. ¿Qué opina en cuanto a efectividad en estos dos casos de parejas reincidentes?
15. ¿Hay algo a modo personal o profesional que quisiera agregar para enriquecer o sumar a esta entrevista?