



DEPARTAMENTO DE POSTGRADOS

***“ANÁLISIS DE LA DEMANDA, MOTIVACIONES Y
EXPECTATIVAS MEDIANTE LA APLICACIÓN DE
LA GUIA 1 DEL MODELO INTEGRATIVO
FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD”.***

**Trabajo de graduación previo a la obtención del
título de Magíster en Psicoterapia Integrativa.**

**Autor: Psi. Clin. Juana Ochoa Balarezo
Director: Dr. Lucio Balarezo Chiriboga**

**Cuenca, Ecuador
2011**

Dedicatoria:
A Juan Carlos y Juan Agustín

Agradecimientos:

El desarrollo de esta investigación fue posible gracias a la colaboración del Dr. Lucio Balarezo, en calidad de director, a los catedráticos Lcdo. Gerardo Peña y Lcdo. Alberto Astudillo, a mi familia por su apoyo incondicional.

Gracias infinitas a todos.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos.....	iii
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO 1:	
LA DEMANDA PSICOLÓGICA	3
1.1. La Demanda Psicológica: Concepto	5
1. 2. La demanda psicológica: Importancia	8
1. 3. La demanda psicológica para el Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad	10
1.3.1 El origen de la demanda o motivo de consulta:	13
1.3. 2 La demanda explícita e implícita:.....	19
1.3.3 Tipos de demandas:	23
CAPITULO 2.	29
LAS MOTIVACIONES Y EXPECTATIVAS.....	29
2.1. La motivación y sus generalidades en el campo de la psicoterapia ..	30
2.2. Importancia de las motivaciones previas al inicio de un proceso:	35
2.3 Análisis de motivaciones y expectativas previas al inicio de proceso desde la perspectiva cualitativa.....	47
2.2.1. Desde el propio paciente:	49
2.2.2. Familiares, amigos e instituciones:	52
2.2.3. La persona del terapeuta:	55
2.4 Análisis de motivaciones y expectativas previas al inicio de proceso desde la perspectiva cuantitativa.	63
CAPITULO 3	69
INVESTIGACIÓN DE CAMPO	70
3.1 Descripción de la investigación de campo.....	70

3.1.1 Metodología:	70
3.1.2 Universo y muestra:	70
3.1.3. Instrumentos:	70
3.1.4 Pasos de la investigación:	71
3.1.5. Datos estadísticos:.....	72
3.2. Resultados obtenidos:	73
3.3. La guía 1 como aporte del modelo integrativo focalizado en la personalidad.....	85
3.4. Intervenciones de acuerdo a los datos obtenidos mediante la utilización de la guía 1	89
3.4.1. Demanda, expectativas y motivaciones desde el paciente:	90
3.4.2. Expectativas y motivaciones del terapeuta:	93
CONCLUSIONES	95
BIBLIOGRAFIA.....	98

RESUMEN

La presente investigación tiene por objeto el estudio de la demanda, expectativas y motivaciones previas al inicio de un proceso psicológico, tanto del paciente y como del terapeuta, mediante la aplicación de una de las herramientas de intervención propuestas por el Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad, este instrumento se lo denominó Guía 1. Esta investigación se encuentra sustentada en los aportes del constructivismo en el campo de la psicoterapia, así como también en los aportes del Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad, Modelo Integrativo Supraparadigmático y Modelo Integrativo Argentino.

Además de este soporte bibliográfico, esa investigación cuenta con un trabajo de campo, el mismo que consistió en la aplicación de la Guía 1 por algunos psicólogos de la ciudad de Cuenca; luego de un periodo de tres meses, estas guías fueron recogidas y consolidadas obteniendo interesantes resultados a partir de los cuales se ponen en consideración algunas intervenciones psicoterapéuticas.

ABSTRACT

The following research project has its goal focused on the demand, expectations, and motivation, towards the beginning of a psychological process of the patient as well as the therapist, by means of the application of one of the intervention tools proposed by the Personality Focalized Integrative Approach, this instrument was called Guide 1. This project is also based on the contributions that Constructivism has had on Psychotherapy, as well as on the contributions of the Personality Focalized Integrative Approach, Supraparadigmatic Integrated Approach, and the Argentinean Integrated Approach.

Apart from this bibliographic support, this research has its own practical investigation, which dealt with the application of Guide 1 by some local psychologists. After a three-month period, these guides were collected and analyzed, getting interesting results. Finally, these results have been the starting point for some psychotherapeutic interventions.

INTRODUCCION

La demanda psicológica, o motivo de consulta, es aquel padecimiento con el cual cada paciente acude a la consulta de psicología, funciona como una fuerza motivadora para buscar ayuda en una persona capacitada, como es el caso de los médicos, psicólogos, orientadores, etc. Dicha demanda constituye una de las fuentes de origen para el inicio de una relación terapéutica, ya que mediante la misma se construye todo un proceso que permitirá el tratamiento, la cura de algún problema o la solución de una situación en particular; es por eso que, desde la perspectiva de la psicología clínica, el primer momento en que un paciente acude a nuestra consulta, el principal foco de atención es la demanda o motivo de consulta, se la puede considerar como una estructura sobre la cual se edificará una construcción que pretende otorgar un alivio, un cambio en la vida de nuestros pacientes.

De esta manera, al situar a la demanda como la base de un tratamiento posterior, resulta imprescindible que este motivo de consulta sea acogido de una manera correcta, en algunas encuentros terapéuticos se ha visto que el paciente tiene varias demandas que muchas de las veces dificulta reconocer exactamente que es lo que le está aconteciendo, característica que merece ser solucionada por el terapeuta, es decir, que para que se pueda realizar una identificación y análisis de la demanda, el terapeuta debe contar una metodología o esquema propio.

Pensamos, que este análisis de la demanda se encuentra de la mano con las motivaciones y expectativas previas al inicio de un tratamiento, tanto del paciente así como del terapeuta, estas variables presentes en cada paciente pueden ser identificadas mediante el manejo y aplicación de la Guía 1 propuesta por el Modelo Integrativo focalizado en la personalidad, siendo este el principal objetivo de esta investigación.

Esta guía cuenta con un aporte que permite descomponer la demanda, motivaciones y expectativas del paciente de una manera organizada y jerarquizada sin que se pierda el contenido de los esquemas del propio paciente y su individualidad como ser

humano. Además, veremos cómo las motivaciones y expectativas se las puede considerar desde una perspectiva cualitativa que permite representar la realidad de la psicoterapia de acuerdo a la experiencia, así como también cuantitativa.

Para cumplir el gran objetivo, en una primera instancia, se sustentarán los fundamentos de la demanda psicológica, motivaciones y expectativas mediante los aportes proporcionados por distintas corrientes, de manera especial el Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad, el constructivismo, Modelos Integrativos Supraparadigmático y Argentino.

Una vez desarrollado el análisis de la demanda, motivaciones y expectativas desde una visión teórica y bajo el esquema de la guía 1, propuesto el Modelo Integrativo focalizado en la personalidad, nos ha parecido interesante, complementar esta investigación con la aplicación de la Guía 1. De esta manera, se ha pedido la colaboración de algunos colegas, lo cual nos ha permitido observar que, los aspectos presentes en esta guía pueden ser útiles para los colegas que se encuentran dentro del campo de la consulta psicológica.

Ahora bien, contamos con un análisis de la demanda, motivaciones y expectativas previas al inicio de un proceso psicoterapéutico en cada uno de nuestros pacientes, por lo que al final de esta investigación se ponen en consideración de los lectores algunas intervenciones que el terapeuta puede realizar de acuerdo a los datos que se obtengan luego de aplicar la Guía a cada paciente.

CAPITULO 1

LA DEMANDA PSICOLÓGICA

Este primer capítulo estará dedicado al análisis de la demanda psicológica, es decir, a aquella necesidad que nos manifiesta un paciente cuando acude por primera vez a nuestra consulta.

El constructivismo moderado es el modelo que ha servido de base para la creación del Modelo Integrativo focalizado en la personalidad, es así que hemos considerado importante realizar una breve descripción de esta moderna corriente para marcar el inicio de este primer capítulo.

También se puntualizarán algunas consideraciones de Bandler y Grinder, J. J. Ruiz Sánchez, Héctor Fernández Álvarez, y algunos otros, debido a que estos distinguidos autores efectuaron aportes significativos dentro de esta misma corriente.

Posteriormente se analizarán las generalidades de la demanda psicológica, como son conceptos, características e importancia. Considerar a la demanda psicológica desde el primer encuentro entre paciente y terapeuta proporciona beneficios muy significativos, los mismos que se encontraran detallados de manera seguida.

Continuando con el desarrollo de este capítulo, es el momento de que se señale las consideraciones y algunos aportes del Modelo Integrativo focalizado en la personalidad, en relación a la demanda psicológica o motivo de consulta.

Dentro de los aportes del Modelo Integrativo focalizado en la personalidad, revisaremos las distintas variantes con las que los terapeutas nos encontramos al momento de recibir y entrevistar por primera vez a un paciente o cliente, así como

también se puede ir delimitando las posibilidades de tratamiento desde esta primera entrevista.

El hecho de dilucidar a la demanda psicológica desde la primera entrevista, nos permitirá escoger también el tipo de tratamiento que requiere y se ajusta a las necesidades de cada paciente, por lo que para finalizar este primer capítulo se expondrá las opciones de tratamiento por las que se puede optar.

1.1 La Demanda Psicológica: Concepto

La psicología así como otras ciencias han ido evolucionando a través del tiempo, sin embargo, desde que se consideraba al psicoanálisis como una herramienta terapéutica, hemos podido llegar a conceptualizaciones importantes respecto de la demanda del paciente o cliente.

En términos generales, la demanda es considerada como una forma ordinaria que toma la expresión de una aspiración, en el caso en que se trata de obtener algo de alguien, a partir de la cual el deseo se distingue de la necesidad.¹

Existen diversas corrientes epistemológicas que dan cuenta de la demanda de los pacientes, pero en esta oportunidad y como Modelo Integrativo nos referiremos a la corriente epistemológica que actualmente ha realizado importantes aportes sobre este tema, es el caso del constructivismo, teoría que ha proporcionado grandes bases en el ámbito de la investigación y la aplicación de la psicoterapia.

Para empezar, vamos a describir cómo la corriente construccionista dentro de la psicoterapia considera a una demanda psicológica. *Bandler y Grinder* manifiestan que existe "la estructura de superficie", la misma que se refiere al relato que hace la persona sobre qué fue lo que vivió. En la primera consulta psicológica es importante tener en cuenta este largo e intrincado proceso, porque lo que nos cuenta el cliente, a pesar de él mismo, no responde exactamente a su experiencia real.

Este relato estará determinado por un conjunto de factores sociales, biológicos y psicológicos, existiendo una interrelación o articulación de factores que tienen igual grado de importancia en el ser humano. Esta conjugación de factores, será lo que determinen cada una de sus construcciones, es por esto que cada individuo siente y

¹ Chemama, Roland "Diccionario de Psicoanálisis", Amorrortu Editores, Primera edición, Buenos Aires, 2002.

percibe de una manera distinta y en concordancia con los factores antes mencionados.

De esta manera, la construcción de esta realidad se refiere a la forma de organización de la experiencia personal en la que cada individuo refleja su representación del mundo (incluyendo su autorrepresentación).

Esta consideración constructivista nos coloca a los psicoterapeutas en el desafío de que en cada primera entrevista psicológica nos encontraremos con construcciones del padecimiento de cada paciente, las mismas que son transformadas en un padecimiento o una preocupación que merece ser compartida con un profesional.

Continuando con las consideraciones del constructivismo en psicoterapia, sabemos que, para que se produzca un primer encuentro, al que dentro del campo de la psicología conocemos por entrevista psicológica, se requiere de un trabajo conjunto tanto del cliente como del terapeuta, ya que a partir de este primer encuentro se van a ir desplegando una serie de acontecimientos sociales que conforman las historias del cliente, y de esta manera llegar a una construcción sobre lo que le está sucediendo a nuestro cliente o paciente.

Para *J. J. Ruiz Sánchez* (1998) un proceso psicoterapéutico constructivista tiene su inicio en la primera consulta, cuando el cliente acude con un relato inicial de su malestar. En esta misma línea, el terapeuta necesita conocer sobre las circunstancias de su aparición de dicho malestar; además, la duración y cambios ocurridos en su vida desde la aparición de este sentido, las implicaciones de este malestar sobre su funcionamiento.

Además, en la primera consulta existen otros factores del paciente que son importantes observar como su aspecto general, su vestimenta y su conducta durante la consulta. Estos aspectos son recogidos por el terapeuta como primeros datos de evaluación inicial; ya que pueden ir variando o mantenerse constantes a lo largo del tratamiento.

Estas consideraciones ya nos permiten integrar a la demanda psicológica comunicaciones implícitas del paciente como su aspecto, que nos permitirá realizar construcciones más avanzadas y complejas desde el primer encuentro psicoterapéutico.

Ulloa, (1991) nos dice que desde la primera consulta psicológica, nos centramos en el motivo de consulta manifiesto, que es lo que la persona nos puede decir a cerca de lo que le está preocupando, angustiando. El psicoterapeuta por su parte tratará de develar el motivo de consulta latente, aquello de lo que la persona no es conciente pero que está incidiendo en su problema.

Trabajamos con la demanda del paciente, lo que este está de alguna manera “pidiendo”. Ocurre en la clínica psicológica que el paciente puede llegar con una demanda clara, saber exactamente lo que quiere y espera de la consulta psicológica o que la demanda tenga que sacarse a la luz con la ayuda del psicólogo.

En concordancia con este autor, el terapeuta tiene un papel que se asemeja de alguna manera al de un investigador, quien a través del engranaje de piezas que aparentemente no tienen mucha relevancia, podría llegar a conclusiones trascendentales.

Para *Fernández Álvarez*, (1992) esta relación entre paciente y terapeuta es una experiencia que se caracteriza por las construcciones de cada paciente en función de su padecimiento, nos expresa su experiencia de sufrimiento. Es decir que el paciente antes de acudir a la primera entrevista psicológica ya trabajó en una construcción previa respecto de todo lo que le causa malestar, padecimiento o sufrimiento.

De esta manera vemos como diversas personas que han realizado aportes importantes en este campo, coinciden con el hecho de que la demanda de los pacientes o clientes, nos da cuenta de que existe algo en determinada persona que requiere ser tratado, valorado o reconstruido con apoyo o ayuda de una persona capacitada para esto.

1. 2. La demanda psicológica: Importancia

Como hemos recalcado en líneas anteriores, la demanda de nuestro cliente está presente desde el primer encuentro, ya sea de una manera clara o quizás menos diferenciada. Es por eso que desde la primera entrevista el terapeuta o el psicólogo encarado de llevar esta primera sesión, debería considerar el motivo que le llevó al paciente a consultar sobre su padecimiento.

También se pueden presentar casos en los no se percibe la presencia de sufrimiento, esta expresión de nuestros pacientes de igual manera implica una demanda, ya que el paciente nos está transmitiendo una necesidad. Entonces se deberá analizar conjuntamente entre paciente y terapeuta si esta necesidad puede ser satisfecha mediante la psicoterapia o el asesoramiento.

De esta manera, es posible percibir las ambiciones y expectativas del paciente con respecto a una consulta de psicología, ya que posteriormente es muy probable que esta demanda pueda convertirse en objetivos concretos, así como también se podrían considerar como un campo de interés hacia el cual podemos orientar la atención del cliente.

Existen pacientes que nos refieren circunstancias muy anteriores o que se han originado en el pasado, lo cual no importa demasiado porque en estos espacios se pueden rehabilitar y adecuar a la edad y a la circunstancia actual real de la persona, para que ésta encuentre su razón de ser. Es decir, que no existe una fecha de caducidad respecto de los hechos o vivencias que las personas necesitan consultar

Al focalizarnos en la demanda del paciente desde la primera entrevista podremos diferenciar cada uno de los requerimientos de nuestro paciente, además nos permite:

- Dedicar toda nuestra atención en empatizar con el paciente y su sufrimiento, malestar o necesidad.

- Recolectar información estratégica y determinante que nos permita realizar una intervención adecuada.
- Asociar el padecimiento actual del paciente con su propia historia, evolución y rasgos de personalidad.

El terapeuta o psicólogo al considerar estos tres aspectos tiene la oportunidad de especificar exactamente la demanda de su paciente o cliente.

Leopold Bellak (1993) nos dice: *“Sin duda la primera entrevista es la más importante y la que implica el trabajo más pesado tanto para el terapeuta como para el paciente”*.²

Entonces, el hecho de tener una idea clara sobre lo que esa demanda requiere, proporciona un beneficio tanto para el paciente como para el terapeuta. Además, permite colocar los cimientos y la primera piedra de lo que posteriormente pueda significar un proceso psicoterapéutico.

También considerar la demanda es el inicio de la búsqueda de solución de los problemas y preocupaciones que nos transmite el paciente, u otras formas de intervención que nos depara el campo de la psicología.

En conclusión la focalización de la demanda psicológica desde la primera entrevista psicológica, nos proporciona tres importantes beneficios; por un lado conocer exactamente la necesidad del paciente, en segundo lugar, establecer objetivos de tratamiento y por último, la búsqueda de soluciones para el mejoramiento de nuestros pacientes.

² Bellak, Leopold (1993) Manual de Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. Segunda Edición. México: El Manual Moderno S.A, de C.V. pag 17.

1. 3. La demanda psicológica para el Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad

La primera entrevista es un momento crucial tanto para el paciente como para el terapeuta, debido a que se prestará principal atención en el análisis de la demanda, y sabiendo que durante este primer encuentro se va a realizar un trabajo conjunto entre paciente y terapeuta, me permitiré hacer una interesante comparación:

Muchos de nosotros, de alguna manera, conocemos el proceso de tallado de cualquier pieza de arte, entendiendo al proceso del tallado como una actividad que implica el labrado o trabajo para dar forma a un material.

En el caso de este encuentro entre paciente y terapeuta tiene ciertas similitudes con este proceso; un artista en primer lugar tiene en su imaginación la idea sobre la pieza que desea confeccionar, y en base a la misma se preocupará por escoger cada uno de los materiales que convertirán en realidad esta idea.

El artista una vez que ha logrado conseguir todos estos materiales procede a darlos forma, partiendo de su idea inicial hasta conseguir la pieza deseada o inicialmente imaginada.

En relación a la demanda de los pacientes, nos encontramos con que el paciente acude en busca del terapeuta con una dotación de varias ideas y consideraciones que se las podría comparar con el paso inicial del artista. Pero le corresponde tanto al paciente como al terapeuta a través de su relación, que a esta demanda se la vaya esclareciendo, o dando una forma que permita convertirse en una base o un punto de partida este sería el producto final.

Es decir que, la demanda es una pieza de arte tan importante porque permitirá que sobre esta se construya todo un importante trabajo psicoterapéutico.

Es frecuente encontrarnos con pacientes que en la primera entrevista atraviesen por una situación de confusión, dubitación o angustia a la hora de dar a conocer su mundo interno, es por ello que el psicólogo al conocer su rol como terapeuta, pueda intervenir mediante una actitud empática para fomentar y facilitar la comunicación auténtica de los sentimientos del paciente, favoreciendo un clima de confianza y aceptación, evitando enjuiciamientos, presión o coacción.

Ya en el ejercicio de la psicología y la psicoterapia se puede observar que las personas acuden a la consulta con diversas demandas, las mismas que contienen temáticas muy variables, como puede ser: el deseo de buscar una relación paternal, en la que demanda la dirección de su vida; o tal vez una demanda confirmatoria con el objetivo de asegurarse sus propias decisiones; o sintomática, con el fin de curar una enfermedad psicosomática evitando la exploración interna o por derivación de un médico; también se puede dar la demanda mágica en la que la persona reclama la recuperación espontánea.

De esta manera, la demanda del paciente viene a ser una construcción que esta conformada por factores biológicos, psicológicos y sociales que se adquieren a lo largo del desarrollo.

A partir de este bagaje cada persona desarrolla estructuras cognitivas que canalizan su experiencia del mundo y de si mismas, es decir sus estructuras de significado³ que se encuentran operando como un sistema, es por esto que cualquier trabajo terapéutico debe realizarse sobre estas estructuras.

Coincidimos con Lund (1988), en el hecho de que la demanda psicológica corresponde a un sistema de estructuras de significado que surgen a partir de un motivo, emplazando una atención en particular. Y cuenta o aparece bajo múltiples formas de expresión.

³ Lundh (1988) define a las estructura de significado de la siguiente manera: A- En cierto modo, como localizadas en el cerebro. B- Resultantes del desarrollo biogenético y del aprendizaje. C- Constituida por los significados de la experiencia organizada del mundo y de si mismo; por lo que son específicos e ideosincráticos (personales, propios de cada cual).

El Modelo Integrativo focalizado en la personalidad, reconoce la importancia, así como también la diversidad de cada una de las demandas o motivos de consulta de nuestros pacientes. De esta manera, surge la propuesta respecto de cuales deberían ser las consideraciones más importantes y esenciales al momento de tallar conjuntamente la demanda psicológica, a fin de que resulte lo mas clara posible.

Al asociar estas consideraciones con el ejemplo planteado anteriormente, nos encontraremos con que al ir finalizando el primer encuentro entre paciente y terapeuta, obtendremos una obra de arte como el resultado del tallado de una pieza de madera por ejemplo.

Así, el Modelo integrativo focalizado en la personalidad afirma que para que se produzca es proceso de tallado de la demanda se lo puede hacer primeramente con la de definición de la demanda es decir; aclarando su origen, su forma de expresión y el tipo de la misma.

1.3.1 El origen de la demanda o motivo de consulta:

Al hablar del origen de la demanda, cabe recalcar que su causalidad podría ser múltiple, así como también; se la puede relacionar como una construcción de algún conflicto. Empero, no podemos descartar que la demanda expuesta, al momento de la consulta, será de la persona de quien nace la idea de asistir y consultar a un profesional.

La demanda psicológica tiene su portador, ya que esta persona será quien previamente realizó todo un importante proceso cognitivo respecto de la situación o los aspectos, que se ha decidido a consultar; es decir, que esta persona ha construido una demanda muy personal y particular.

Sin embargo, durante el ejercicio de la psicoterapia, de manera muy frecuente, se presentan situaciones en las que un paciente acude para consultar algo que le sucede a una tercera persona, a un allegado o a un familiar, pero como se ha indicado anteriormente, se convierte en portador de la demanda, aquella persona que se encuentre en nuestra consulta.

El paciente es un agente activo que piensa y reflexiona desde que acude a nuestra consulta con su propio sentir, desde su sufrimiento, desde su demanda. De esta manera surge una importante interrogante: ¿De quién es la demanda?

Polkinghorne (2007), nos dice que el conocimiento humano no es un reflejo especular de la realidad, tampoco de un caos superficial, ni de la de (en caso de existir) estructuras universales. El conocimiento humano es una construcción erigida a partir de procesos cognitivos (que operan principalmente fuera de la conciencia) y de las interacciones corporalizadas con el mundo de los objetos materiales, de los otros y del self.

Es así que, los individuos a pesar de que podemos percibir realidades independientes de nosotros mismos y realizar hipótesis, construcciones e interpretaciones sobre su

funcionamiento, nuestra experiencia de ellas estará atravesada o intervenida por nuestra manera de percibir, de sentir y de recordar. Es decir que, existe una construcción que forma parte de nuestra subjetividad.

De esta manera, recalcamos que la persona que acude a realizar una consulta de psicología es la portadora de un malestar que no siempre es el propio, el Modelo Integrativo focalizado en la personalidad, al adoptar una postura de flexibilidad propone y considera algunas variables que hacen que durante la primera entrevista, sea una persona portadora del malestar de otro individuo.

A continuación presento estas tres variables, que el psicoterapeuta puede considerar como el origen de una demanda psicológica, y el punto de partida para el inicio de un proceso psicoterapéutico o asesoramiento:

1. Paciente: Si bien el término paciente tiene sus orígenes en la rama de la medicina, en esta ocasión consideraremos el concepto de "paciente como sujeto" ya que nos referiremos, a los componentes subjetivos del individuo que consulta. Al paciente puede entenderse como un "objeto" que sufre, sobre el que se va a aplicar un tratamiento para aliviarlo, pero también como un "sujeto", con un grado mayor o menor de responsabilidad en su sufrimiento y de implicación en la posibilidad de su curación⁴.

Además un paciente es un usuario de un servicio de psicología, que manifiesta su interés por trabajar con sus sensaciones, sus síntomas; (tanto las habituales como las esporádicas), con su sufrimiento, y con deseo de generar un cambio.

De este modo, se convierte en nuestro paciente a la persona quien acude voluntaria y activamente a una consulta de psicología, ya que es capaz de reconocer sus propios deseos e intereses, de buscar ayuda, posee un malestar propio, ha sido capaz de

⁴ 1. López Herrero, L.S., Pérez, A., "La cara oculta de la tristeza", Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2003, nº; 72, pág. 56.

autodetectar su problema por lo que pacta una cita, en la nos transmite su demanda en particular.

Luego de este primer acercamiento no solo al sufrimiento de esta persona, sino a cualquier tipo de expresión que pueda representar una demanda de ayuda, se continuará con el paso siguiente de acuerdo al estilo de cada terapeuta.

Fernández – Álvarez (2005) nos dice: Frecuente asistimos a personas que consultan manifestando estar padeciendo situaciones que otros les provocan, o bien estar padeciendo por el padecimiento de otros y declarar su interés por ayudarlos. Cada una de estas situaciones plantea problemas particulares. Cuando alguien manifiesta estar mal por lo que otros le provocan puede ocurrir dos cosas: o bien que considere que algo no funciona adecuadamente en él como para estar involucrado en esa situación, o que solo se queja de un hecho que le excede, del mismo modo que alguien podría quejarse de pasar una mala situación económica, a causa de la crisis de un país.

Coincidimos con Fernández Álvarez, en el hecho de que en el primer caso el sujeto puede iniciar un proceso de psicoterapia, asesoramiento o consejería por que una determinada situación genera en este paciente una preocupación, un malestar o un sufrimiento.

En el segundo; cuando con Fernández Álvarez, hace referencia al hecho de quejarse por atravesar una situación económica difícil por la crisis propia de un país, ya no estaría al alcance de la psicoterapia u otras formas de intervención psicoterapéutica. En esta situación, el paciente estaría a la espera de que cambien ciertos factores externos a él como por ejemplo un gobierno para que mejore su situación; es decir, la demanda del paciente no estaría en función de su malestar propio sino estaría a la expectativa de un cambio en su entorno.

2. Familiar, se refiere a la posibilidad de que un familiar es quien percibe la existencia de un problema en un allegado. Es el caso de los niños, podemos observar que tanto sus padres como cuidadores son quienes perciben o en algunos casos provocan alguna situación que merece ser atendida o consultada y tratada.

Tales son los casos en los que los niños o adolescentes por ejemplo; presentan ciertos temores o curiosidades ante etapas evolutivas, convirtiéndose en un factor que merece atención de una persona calificada.

Es por esta razón, que los psicoterapeutas ante una situación similar, debemos investigar detalladamente si el origen de esta demanda, depende únicamente del niño o se encuentran implicados sus allegados.

Durante el ejercicio de la psicoterapia nos encontramos con situaciones en las que son otras personas, que se encuentran generando malestar en otros, por ejemplo; situaciones de maltrato, alcoholismo, rupturas familiares y como consecuencia a esto, es el niño quien presenta cierta sintomatología reactiva a esta situación.

De esta manera; las intervenciones del terapeuta en primera instancia deben ser sobre ese factor disfuncional y posteriormente se recomienda intervenir en la sintomatología.

Durante una de las jornadas de actualización del Modelo Integrativo, se presentó un caso, en cual los padres de un joven acuden a consulta, debido a que su hijo les comunicó ser gay.

Para la pareja de padres, la demanda estaba construida en relación a que este joven pueda cambiar de opinión respecto de su preferencia sexual, pero para el joven la demanda giraba en torno a aceptar su decisión.

Entonces nos enfrentamos al hecho, de que en una misma familia pueden tener diferentes demandas.

Para el terapeuta ambas son importantes y por ende las debe acoger a las dos, pero se requiere en un primer momento hacer una separación, la pareja con su propia demanda y el joven con su demanda también.

Para Lucio Balarezo (2010) el fenómeno de motivación al inicio de proceso en el caso de los niños y de los adolescentes se deberá manejar e incrementar en las

sesiones siguientes debido a que estas personas acuden a la consulta inducidas por sus padres o familiares cercanos.

En lo que respecta a adultos, también hemos observado que se produce una situación similar, al momento de la consulta pero con menos frecuencia que en el caso de los niños.

c. Profesional: Se considera una demanda de origen profesional, cuando la misma en primera instancia se debe a la remisión de otro profesional. En el caso de médicos o quienes trabajan en el área de la salud y servicios de emergencia se encuentran con personas que acuden a su consulta y luego de su respectiva revisión dan cuenta que dicha persona más bien posee problemas de tipo somatomorfos, trastornos psicósomáticos, inclusive se puede presentar la necesidad de realizar un trabajo en equipo en donde el médico abordaría la parte fisiológica y el psicólogo o psicoterapeuta se encarga de trabajar desde la psiquis de ese paciente.

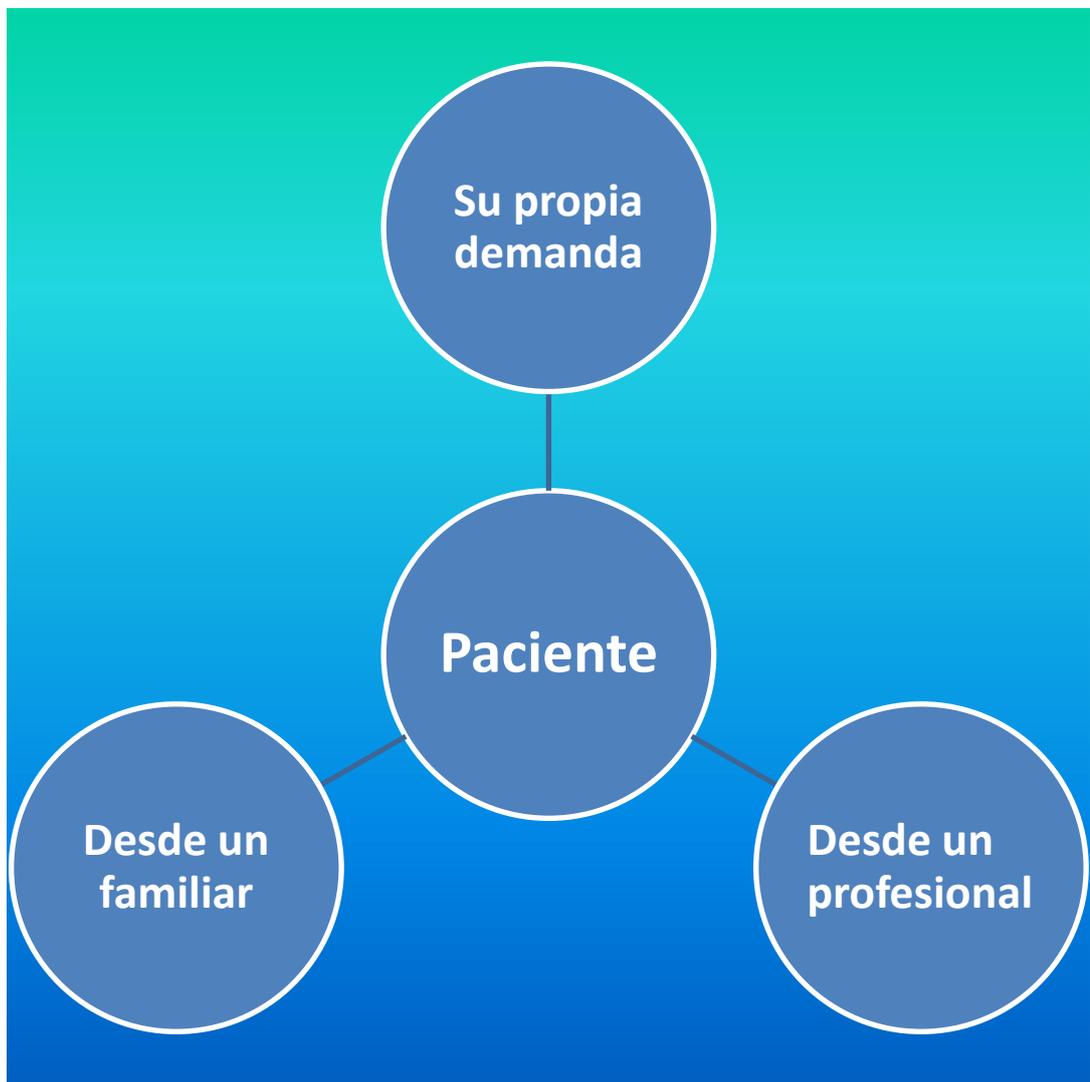
Dentro de una institución educativa, es el profesor quien al compartir con sus alumnos buena parte del día puede detectar, ciertas situaciones conductuales y cognitivas, por lo que solicitan evaluaciones psicológicas.

En todos los casos en los que la demanda presente un origen desde un familiar o profesional, el terapeuta deberá poner mucha atención en la motivación de quien se convertirá ya en el paciente, pero al respecto me referiré en el capítulo siguiente.

Entonces el Modelo Integrativo focalizado en la personalidad, reconoce que existen estas tres fuentes epistemológicas respecto de la demanda o motivo de consulta, de esta manera es posible recoger la demanda de cada paciente y clasificarla dentro de estas tres variantes.

Existen casos en los que pueden coexistir al mismo tiempo dos orígenes de las demandas sin que esto represente una dificultad, ni para el paciente ni para el terapeuta.

El siguiente grafico, nos indica que en un primer encuentro entre paciente y terapeuta, podemos encontrar su que su demanda proviene de distintos orígenes, sin embargo quien tiene la última palabra sobre la misma es la persona que se convertirá en nuestro paciente



1.3. 2 La demanda explícita e implícita:

El Modelo Integrativo focalizado en la personalidad reconoce la existencia de una demanda *explícita o manifiesta*, es decir el hecho de que el paciente transmite y declara en un primer encuentro todo aquello que tiene que ver con su demanda o motivo de consulta, correspondiendo a su necesidad de buscar ayuda psicológica para solucionar algún conflicto propio o de terceras personas, la necesidad de asesorarse. Generalmente esta necesidad es expresada de una manera verbal.

Para Ortuño Pedreño (1997)⁵, el motivo de consulta manifiesto obedece a la interpretación que el paciente hace de su malestar, que está mediatizada por la información médica o psicológica que dispone, su capacidad para entenderla adecuadamente, el haber sufrido experiencias previas iguales o semejantes, el imaginario socio-cultural en el que vive, etc.

Por ejemplo; un paciente a quien de manera ficticia, llamaremos Miguel, alega que ha acudido a consultar porque no puede controlar su irritabilidad, que a veces le llevan a sentirse muy agresivo con las personas de su entorno. Fue su esposa quien le recomendó consultar a raíz de una discusión conyugal, pero él también cree darse cuenta de la magnitud de su problema. Explica que ya en una ocasión estuvieron a punto de despedirle de un empleo a raíz de una pelea con un compañero.

Miguel entiende que sufre un problema de control de los impulsos y que necesita ayuda profesional, Miguel sigue explicando que durante muchos años sus allegados ya le han advertido de su carácter irritable pero que es sobre todo ahora, su mujer, la que más ha insistido sobre ello.

⁵ Ortuño Sanchez-Pedreño, F., "Conducta de enfermedad y actitud del paciente hacia sus síntomas", en Manual del Residente de Psiquiatría, Cervera Enguix, S., et al, (comp.), Madrid, Smithkline Beecham, 1997.

La demanda explícita no se la obtiene únicamente mediante el lenguaje verbal, también puede ser expresada o manifestada mediante representaciones corporales, gestuales, motoras. Por ejemplo un paciente que acude a nuestra consulta desalineado, con lentitud psicomotora y con tendencia al llanto, nos está expresando rasgos de un cuadro depresivo. Por lo que consideramos que cualquiera de estas representaciones dan cuenta de una demanda explícita.

Para el Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad, la demanda psicológica también merece ser *implícita o* latente, la misma que se produce cuando el terapeuta percibe que existe algún aspecto que está gatillando el padecimiento actual del paciente, pero es el mismo paciente que en ese momento no es capaz de reconocerlo, al desconocer el origen de su padecimiento el paciente no lo expresa ni verbalmente ni conductualmente.

Carl Rogers (1979), considera que nuestro sistema vincular y el modo en que establecemos las relaciones con los demás, lo estructuramos en la infancia en el seno de nuestro núcleo familiar. Consolidamos formas de relación en función de nuestra estrecha interpretación de la realidad. En la infancia introyectamos mensajes como por ejemplo: "el mundo es de los fuertes", "los hombres no lloran", si bien algunos pueden ser operativos y referirse a lo real de determinadas ocasiones, distorsionan la percepción de nosotros mismos y del mundo en la medida que actúan como filtro.

También de niños desarrollamos respuestas evitativas frente a la angustia que nos provocan las situaciones que no podemos asimilar. Estas situaciones quedarán pendientes de resolución. La automatización de tales respuestas evitativas hace que estos asuntos inconclusos queden en el fondo de la conciencia. Tanto las ideas deformadas de uno y de la realidad como las respuestas automáticas ante la misma y las estrategias manipuladoras aprendidas de niños que dificultarán la resolución de muchas otras situaciones, mantienen la posición de no ser dueño del propio deseo y de la propia experiencia.

No se puede descartar el hecho de que el conocimiento de la realidad depende únicamente a la actividad consciente. Los procesos inconscientes son de suma importancia ya que pueden encontrarse enmascarados y formando la base de construcciones conscientes.

El motivo de consulta latente difiere del manifiesto fundamentalmente porque en el primero existe una percepción subjetiva del motivo de consulta. El paciente del ejemplo anterior, Miguel, al seguir interrogándolo pudo reconocer que sus enfados tenían que ver con la dificultad a soportar la más mínima crítica, el más mínimo cuestionamiento que pudieran hacerle de determinados aspectos de su carácter. Sin duda que ha acudido porque sufre, pero no parece ser su conducta agresiva el principal motivo de ello, aunque reconozca la gravedad de sus consecuencias.

Al intentar aclarar el motivo de consulta, el psicólogo averigua que el sufrimiento de Miguel gira en torno a no poder soportar algunos aspectos de sí mismo. La conducta agresiva, sólo es su aspecto manifiesto. La dificultad para tolerar pensar que ha hecho o hace algo mal es lo que le desencadena su ira. Ése es el motivo de consulta latente.

Como se puede ver, tanto la demanda explícita como implícita se encuentran relacionadas, sin embargo, existen situaciones en las que es probable la existencia de una demanda latente distinta a la demanda manifiesta por lo que se pueden considerar ciertos factores en nuestros pacientes:

- a) El motivo de consulta manifiesto parece irracional o extraño en relación al contexto en que se produce.
- b) El paciente muestra poca convicción o preocupación por el problema que manifiesta estar sufriendo, lo plantea de forma contradictoria o muestra pocos detalles del mismo.
- c) El paciente dice consultar por un trastorno o problema que hace mucho tiempo que padece.

En el encuentro con pacientes en el terreno de la psicología y psicoterapia, como psicólogos nos vamos a encontrar con diversidad de casos en los que pueda existir una demanda explícita o una demanda implícita, o estén presentes las dos al mismo tiempo.

1.3.3 Tipos de demandas:

Continuando con el análisis de la demanda desde la perspectiva del Modelo Integrativo Ecuatoriano focalizado en la personalidad, proponemos una nueva clasificación, que tiene que ver con el tipo de demanda: al respecto sabemos que existen infinidad de demandas y motivos de consulta ya que cada paciente es considerado como un universo diferente, sin embargo, estas pueden ser clasificadas no desde la problemática misma de cada una de ellas, sino de acuerdo al tipo de intervención que el profesional puede ofrecer para cada uno de sus pacientes.

Para estos efectos consideramos que existen tres tipos de demandas: demanda de asesoramiento, demanda sintomática y demanda de personalidad, a continuación describiremos a cada una de ellas.

- a. *Demanda de Asesoramiento:*⁶ El asesoramiento es una modalidad de intervención psicoterapéutica que se produce cuando el paciente acude a un profesional de la psicología ya que necesita solicitar un consejo.

Estas situaciones se producen en momentos en los que una persona siente una preocupación sobre alguna decisión importante como puede ser dentro de los ámbitos: laboral, de pareja, en el sistema familiar, vocacional, económica, así como también presenta una cierta confusión que merece ser esclarecida, orientada o guiada. De esta manera, nuestro paciente busca una ayuda inmediata por parte del terapeuta.

Este tipo de demanda, se encontraría relacionada con una construcción funcional, ya que el hecho de sentirnos bien no implica que atravesemos por momentos de indecisión en lo que podamos buscar ayuda de un profesional capacitado.

⁶ Entendemos al Asesoramiento como un proceso que tiene lugar en una relación de persona a persona entre un individuo perturbado por problemas que no puede manejar solo y un profesional cuya formación y experiencia lo califican para ayudar a otros a alcanzar soluciones para diversos tipos de dificultades personales (Hahn y Maclean, 1955)

Las construcciones funcionales⁷ son aquellas que le permiten a una persona estar conforme con su vida y no generan un sufrimiento o preocupación excesiva, ya que las dificultades o inconvenientes son significados como una cuota para lograr un sentimiento de satisfacción.

Podemos especificar tres indicadores importantes que nos dan cuenta de que lo que nuestro paciente demanda es un asesoramiento por parte de un profesional capacitado:

⇒ **Sintonía:** Cuando existe concordancia con las estructuras que han organizado la experiencia pasada y permiten organizar la experiencia futura y permiten anticipar las experiencias futuras y se encarga de determinar el grado de equilibrio que rige la identidad personal.

⇒ **Armonía:** Se refiere a que el nivel de información que se procesa es el adecuado para la construcción de esquemas, cuando dicha información se vuelve complejo hay dificultades para procesar la experiencia.

⇒ **Coherencia:** Cuando las estructuras se encuentran organizadas demostrando adecuada sincronización en las operaciones respectivas.

Por ejemplo, a la consulta de una colega acudió una madre con su hija de 3 años, quien asiste a una guardería y tanto su madre como su maestra observaron que la niña presentaba algunas habilidades en el área cognitiva que son relativamente superiores a las de sus compañeros, por lo que la madre decidió consultar para que la asesoraran sobre el tipo de educación que esta niña necesita recibir.

b. Demanda sintomática: El Modelo Integrativo focalizado en la personalidad, propone que se puede hablar de demanda sintomática cuando el paciente de manera explícita, manifiesta su deseo de ser ayudado a suprimir cierta sintomatología o rasgo

⁷ Fernández Álvarez Héctor. “Fundamentos de un Modelo Integrativo en psicoterapia” Editorial Paidós, Buenos Aires- Argentina, 2005.

que compromete simultáneamente a los sistemas biológicos del organismo y al estilo psicológico con que cada individuo procesa sus experiencias.

Generalmente esta situación la percibimos en personas ya sean niños o adultos que asisten con problemas de ansiedad, estrés, estado de ánimo.

A este tipo de demanda lo relacionaremos con una construcción disfuncional del paciente. En las construcciones disfuncionales existe la presencia de una significación de sufrimiento y los signos que nos permiten considerarlo como tal, constituyen síntomas de algún trastorno originado por distintos factores.

Los indicadores de la demanda sintomática serían los siguientes:

- ⇒ Presencia de atribución de malestar tanto interno como externo se encuentra en relación directa con el locus de control.
- ⇒ Insatisfacción personal.
- ⇒ Interferencia de dicha sintomatología en el desempeño regular del paciente.

Una paciente, quien llamaremos Rosario, de 45 años acudió a mi consulta, refiriendo que desde aproximadamente un mes se empieza a sentir demasiado triste, llora sin ningún motivo aparente, ha pensado en atentar contra su propia vida, su apetito ha disminuido. Todas estas sensaciones han influido en las relaciones interpersonales tanto de su esposo como de sus hijos, inclusive de su bebe de 9 meses; de esta manera Rosario siente la necesidad de buscar ayuda para disminuir esas sensaciones que le resultan tan incómodas y le generan un sufrimiento.

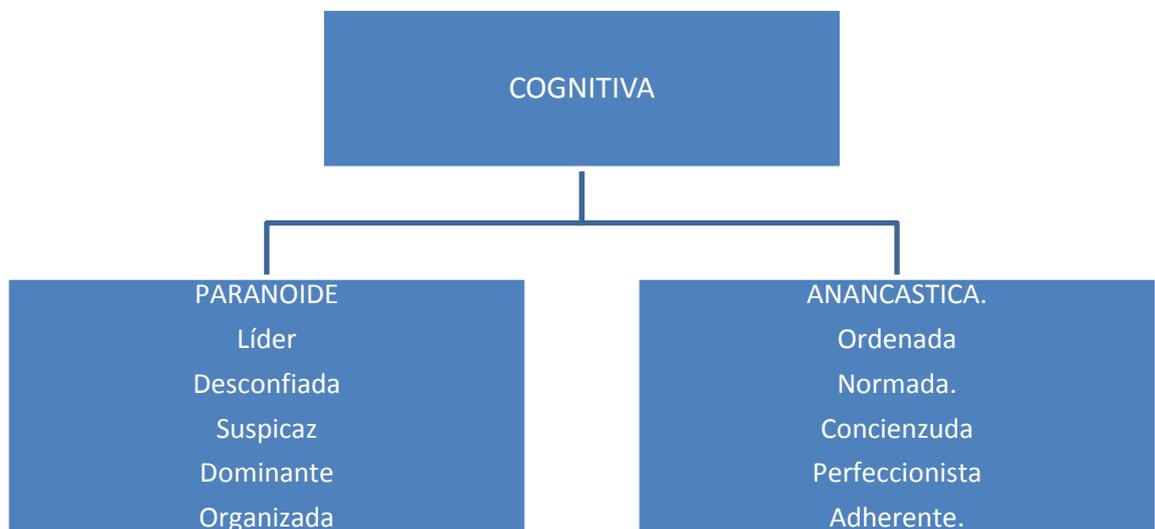
- c. Demanda de personalidad:* Esta consideración sobre un tipo de demanda de personalidad, también es uno de los aportes del Modelo Integrativo focalizado en la personalidad, ya que como su nombre lo indica, considera la personalidad como eje y como base teórica fundamental de este modelo.

Entonces a breves rasgos, se considera a la personalidad como una estructura dinámicamente integrada por factores biológicos, psicológicos y socioculturales que influyen en el modo de percibir, pensar, sentir y actuar otorgándole singularidad e individualidad al ser humano.

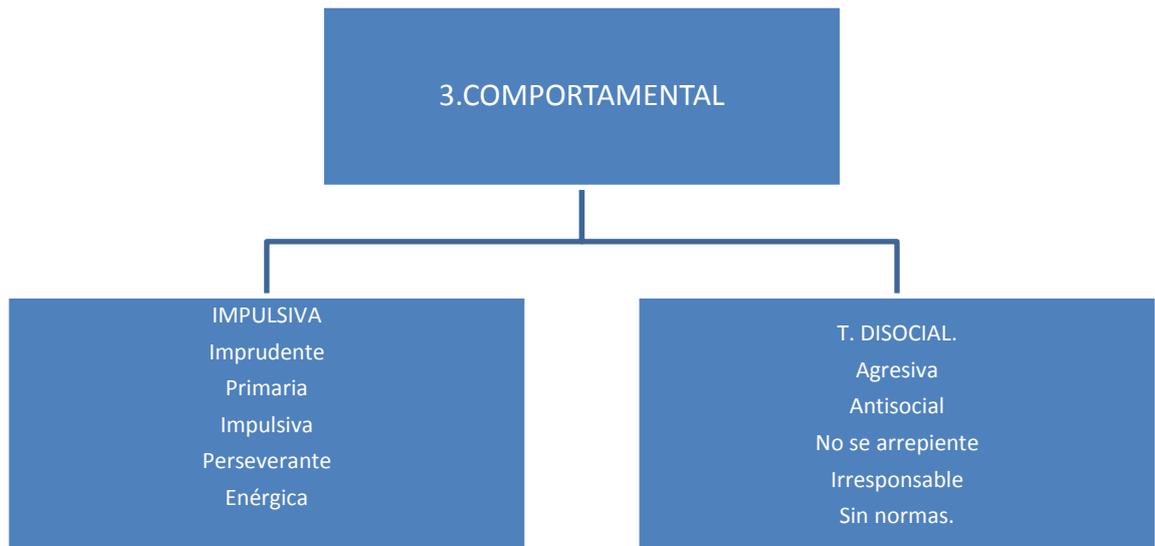
Al considerar como eje la personalidad de cada uno de los pacientes, se invita a los terapeutas o psicólogos a percibir los rasgos de personalidad con los que cada paciente cuenta, ya en su propia estructura personal, así como también estos rasgos de personalidad en relación e influencia en los problemas de los pacientes.

De esta manera, al escuchar y analizar la demanda o motivo de consulta del paciente, mediante la expresión de su padecimiento, se puede determinar si se encuentra en relación con sus rasgos de personalidad.

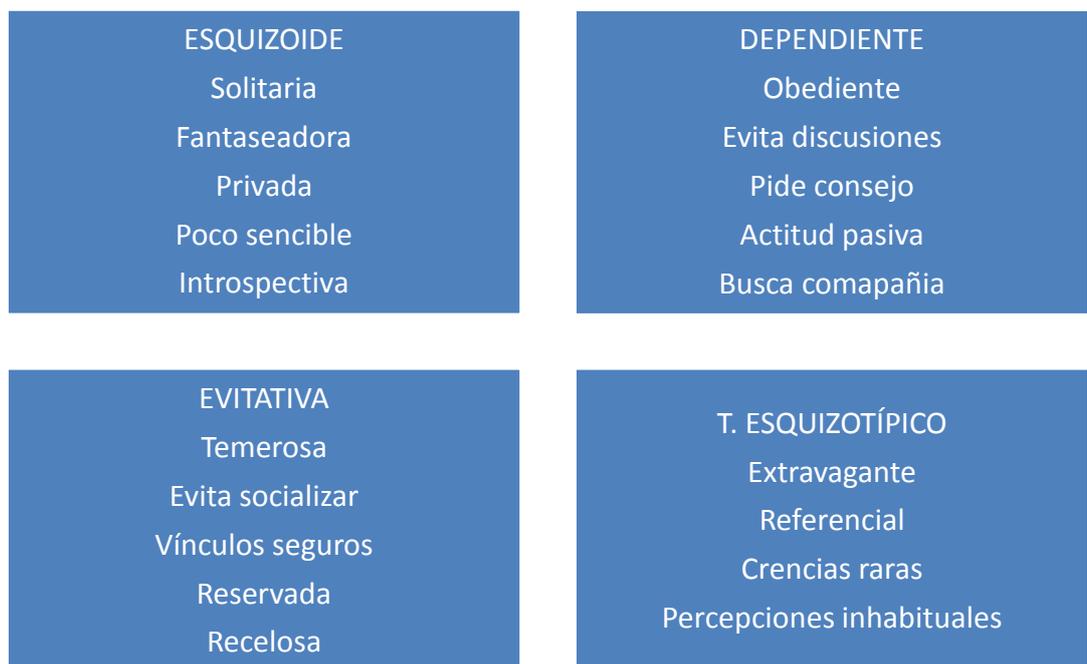
El Modelo Integrativo focalizado en la personalidad⁸ considera las siguientes topologías de personalidad cada una con sus rasgos, las mismas que son:



⁸ Balarezo Chiriboga Lucio, 2010. Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad. Quito: Unigraf



4. DEFICIT RELACIONAL



Con respecto a la demanda de personalidad, es decir cuando el psicólogo o terapeuta percibe la necesidad de su cliente de trabajar sobre su personalidad no implica únicamente la existencia de un trastorno de personalidad.

Una persona puede tener un trastorno de personalidad cuando sus características de personalidad son tan rígidas y desadaptativas que le impiden amoldarse a muchas vivencias y situaciones normales de la vida, entre las cuales la persona reacciona de una forma estereotipada que provoca siempre problemas específicos y previsibles.

Un trastorno de personalidad puede afectar cuatro áreas de la experiencia y conducta humana de distinto modo, el área afectiva (humor y estado de ánimo), la del control de los impulsos (agresivos, sexuales, etc.) la cognitiva (pensamientos) y la de las relaciones interpersonales.

Pero una demanda de personalidad también implica que el paciente manifiesta su necesidad de trabajar sobre determinados rasgos de personalidad que pudieran resultarle demasiado fuertes o demasiado débiles ocasionando sufrimiento o preocupación para el cliente sin que signifique un trastorno de personalidad.

En este primer encuentro se debe considerar el hecho de que puedan coexistir dos tipos de demandas en un solo paciente, por ejemplo que a una demanda de personalidad le acompañe la necesidad de disminuir cierta sintomatología; para el terapeuta a ambas se les otorga la misma importancia. Sin embargo, posteriormente es el paciente quién decide por cual de sus demandas desearía empezar un trabajo terapéutico.

Considerando todo lo que implica el integracionismo, cualquier intervención va a influir positivamente en otra esfera generando mejorías en el padecimiento del paciente, es decir, se produce un efecto de causalidad circular.

A lo largo de este primer capítulo se ha abordado todo lo que implica conocer, analizar y esclarecer la demanda de los pacientes desde una nueva perspectiva en psicoterapia y en la psicología que propone el Modelo Integrativo focalizado en la personalidad, pero el trabajo no termina en identificar a la demanda, su origen, tipo y tratamiento sino que es una puerta de entrada para conocer motivaciones y expectativas que acompañan a la demanda de nuestros pacientes y tomar decisiones importantes conjuntamente con el paciente sobre las posibilidades de tratamiento posterior.

CAPITULO 2.

LAS MOTIVACIONES Y EXPECTATIVAS

Como se señaló en el capítulo referente a la demanda, cada ser humano es un universo diferente, sin embargo, al ser parte de una sociedad comparte con ciertos principios de referencia comunes. En lo que respecta al campo de la psicología, los pacientes o clientes acuden con diversos tipos de demandas que son acogidos por el terapeuta, estas demandas se encuentran a su vez relacionadas con varias motivaciones y expectativas propias de cada paciente.

Es por eso que tanto la demanda y su respectiva motivación es muy particular en cada uno de nuestros clientes.

Para empezar con el desarrollo de este segundo capítulo, primeramente nos referiremos a las motivaciones con las que acude nuestro paciente desde el primer encuentro o consulta de psicología, pero antes adecuaremos un espacio para exponer algunas generalidades de las motivaciones en psicoterapia.

Posteriormente se analizarán las motivaciones desde una mirada cualitativa, es decir descomponiéndolas en las distintas modalidades que aparecen en la consulta desde el paciente y desde el terapeuta, para luego analizarlas cuantitativamente otorgándoles un valor en particular.

2.1. La motivación y sus generalidades en el campo de la psicoterapia

“Motivación” es una palabra que en la actualidad se ha vuelto muy común dentro de las distintas esferas del ser humano, pero en sus inicios se la empieza a investigar desde el ámbito laboral. Sin embargo, ya desde esos tiempos, proponen un concepto que lo revisaremos a continuación, el mismo que resulta muy amplio e interesante, y que nos permite adoptarlo al campo de la psicoterapia:

“La motivación es, en síntesis, lo que hace que un individuo actúe y se comporte de una determinada manera. Es una combinación de procesos intelectuales, fisiológicos y psicológicos que decide, en una situación dada, con qué vigor se actúa y en qué dirección se encauza la energía.”⁹

Con el desarrollo y evolución de la psicología, poco a poco este término “motivación” empieza a tomar importancia, se desarrollan ya varias teorías sobre la motivación de los seres humanos y más específicamente en el terreno de la psicología.

Dichas teorías establecen un nivel de motivación primario, que se refiere a la satisfacción de las necesidades elementales, como respirar, comer o beber, y un nivel secundario referido a las necesidades sociales, como lo que correspondería a la satisfacción de necesidades como el logro o el afecto. Se supone que el primer nivel debe estar satisfecho para proyectarse, seguir adelante y posteriormente a satisfacer las necesidades secundarias.

⁹ Solana, Ricardo F. (1993) Administración de Organizaciones”. Buenos Aires. Ediciones Interoceánicas S.A. Pág. 208

El psicólogo estadounidense Abraham Maslow diseñó una jerarquía motivacional en cinco niveles que, según él, explicaban la determinación del comportamiento humano; estos niveles se encuentran distribuidos en una pirámide la misma en la cual su base se encuentra conformada por necesidades primarias y conforme van ascendiendo se ubican las necesidades secundarias.



Grafico 1

Para David McClelland (1984) las necesidades y la motivación se encuentran en una relación directa, ya que la necesidad es una condición física que crea o da origen a un estado motivacional experimentado de una manera subjetiva. Es decir, el ser humano necesita percibir desde su interior una necesidad para que posteriormente sea motivado a satisfacerla.

En las teorías motivacionales respecto de la personalidad, sugieren que en el momento en que las necesidades y los motivos son intensos se produce un tipo de

conducta que se relaciona con la personalidad. Sin embargo, los efectos de la motivación podrían variar oscilando entre necesidades temporales y necesidades a largo plazo.

Si observamos al ser humano desde una perspectiva integral, es decir considerando como un sistema biológico, psicológico y social, las motivaciones tienden mucha relación con la cultura o con el medio en el que se desenvuelva una persona, ya que los principios culturales influirán en la aparición de necesidades especialmente de tipo secundarias.

Es así, como las motivaciones se encuentran presentes en la vida de todas las personas, desde las primeras etapas de desarrollo y de manera que promueven la satisfacción de diferentes necesidades mediante la búsqueda de metas. Sabiendo que cada una de estas metas será diferente de acuerdo a factores propios e individuales de cada ser humano y de acuerdo a su ciclo vital.

En lo que respecta a la psicoterapia y cuando los pacientes realizan su primera consulta al terapeuta; observamos que nuestros clientes ya vienen provistos de su propia motivación inicial, sobre lo que se desea conseguir al realizar esta consulta, Ahora si nos servimos de las investigaciones de Maslow y McClelland esta motivación vendría a ser parte de una necesidad mas bien secundaria.

Entendemos de una manera general, por motivación al ensayo mental preparatorio de una acción para animar o animarse a ejecutarla con interés y diligencia¹⁰

Este concepto de motivación podemos asociarlo con la disposición de nuestros pacientes ya que cuando ellos acuden por primera vez a la consulta realizaron todo un importante ensayo mental, una construcción personal, respecto de lo que desean compartir con el profesional, al mismo tiempo este ensayo mental provee a nuestro

¹⁰ Diccionario de la Lengua Española (2000.). Publicación de la Real Academia de la lengua. (21ª Ed.). España: Editorial Espasa Calpe, S.A.

paciente de ánimo para realizar la consulta y si el caso lo amerita, posteriormente iniciar un proceso psicoterapéutico.

El Modelo Integrativo focalizado en la personalidad, considera a la motivación como un estado interno del ser humano que activa, dirige y sostiene un determinado comportamiento, lo que permite la búsqueda y persecución de una o varias metas.

Es decir, la motivación al tener su origen en el interior de cada persona se lo exterioriza al mundo mediante el ejercicio de un determinado comportamiento, de esta manera el ser humano intenta satisfacer su objetivo en el mundo exterior para conseguir una satisfacción que nuevamente regresa al interior de cada persona y es elaborada, re construida y modificada, generando diversos tipos de sensaciones y emociones.

Además las motivaciones previas de los pacientes se encuentran de la mano con las expectativas de los mismos, estas expectativas se refieren al hecho de que los seres humanos contamos con un cierto grado de esperanza de conseguir algo, es decir un paciente que acude a nuestra consulta por primera vez ya nos trae su motivación como recalcamos anteriormente, pero a esta motivación le acompaña una expectativa propia o una esperanza de conseguir algo.

De este modo, al encontrarnos en la consulta de psicología, nos damos cuenta que existe un importante triángulo de herramientas que se conjugan durante el tiempo que dura dicha sesión, y además posteriormente servirán de pilares para la construcción de una relación, estas son: la demanda, las expectativas y las motivaciones del paciente ya que se encuentran en una correlación directa y estrecha al momento de una primera entrevista psicológica.

Además, estas tres son instrumentos esenciales, que cuentan con un mismo grado de importancia por lo que se deberán ser reconocidas por el terapeuta desde la primera entrevista con el paciente.

En ocasiones el hecho de que se encuentren tan estrechamente relacionadas y articuladas en un paciente, puede resultar dificultoso para que el terapeuta las pueda determinar, es por eso que posteriormente se analizará la propuesta del Modelo Integrativo focalizado en la personalidad, dentro de sus bases metodológicas para identificar dichas motivaciones.

2.2. Importancia de las motivaciones previas al inicio de un proceso:

Al hablar de las motivaciones y expectativas del paciente que acude a la consulta de psicología es importante recalcar el modo en que distintas corrientes abordan esta variable; es así que en lo que se refiere a la terapia psicoanalítica, a breves rasgos diríamos que un paciente acude para realizarse un análisis en donde la demanda consiste en hacer consciente lo inconsciente utilizando la técnica de la "asociación libre", la misma que incluye las interpretaciones del terapeuta que sólo son posibles tras el surgimiento de las asociaciones. Y al contrario las interpretaciones se validan y se guían por medio de las subsiguientes asociaciones.

No son muchos los estudios sistemáticos que han podido llevarse a cabo sobre los efectos de la Psicoterapia Psicoanalítica; los principales han sido conducidos en el contexto de las dos instituciones de origen anglosajón y norteamericano: La Fundación Menninger y la Clínica Tavistock. Estos estudios comparten la siguiente secuencia:

- a) Valoración inicial del paciente.
- b) Predicción de éxito o fracaso.
- c) Seguimiento durante el tratamiento.
- d) Valoraciones post-tratamiento.

La investigación sobre la Psicoterapia Breve llevada a cabo en la *Clínica Tavistock* fue iniciada por Michael Balint en 1955, con la colaboración de David Malan y otros. Los resultados del primer periodo (1955-1963), en el que se estudiaron 21 pacientes, fueron analizados en la obra de David H. Malan "A Study of Brief Psychotherapy" (1963). Los principales resultados obtenidos en esta primera etapa, de mayor riqueza y alcance que los del informe Menninger, fueron los siguientes:

- a) Observaciones clínicas:

1. La Psicoterapia Breve (de 10 a 40 sesiones) aparece seguida de cambios dinámicos importantes en los pacientes, aparentemente permanentes.
2. Esto se da también en pacientes con amplia psicopatología, con larga permanencia de los síntomas.
3. La técnica utilizada en la Psicoterapia Breve puede ser igualmente minuciosa y rigurosa implicando todos los tipos principales de interpretación que se dan en el análisis de larga duración, incluyendo la interpretación de los sueños y de las fantasías, análisis de la resistencia, interpretación de la transferencia, y el establecimiento del vínculo entre infancia y transferencia.

b) Evidencias con significación estadística:

1. La gravedad de la patología (dentro de límites bastante amplios) y la duración de las dolencias no muestran tener relación alguna con los resultados; esto implica que la presencia de psicopatología grave o su larga duración no son contraindicaciones en sí mismas para la psicoterapia.
2. El único criterio de selección para la admisión a la psicoterapia que mostró tener algún valor fue la motivación para el *insight*, especialmente si eran tenidas en cuenta sus fluctuaciones durante las etapas iniciales de la terapia. La motivación alta o creciente tiende a correlacionar con un resultado favorable, mientras que la baja motivación correlaciona positivamente con resultados desfavorables.

En el estudio realizado por la Fundación Menninger, los resultados que se obtuvieron tienen que ver que los factores que promovieron un resultado positivo del tratamiento en los pacientes estudiados fueron:

1. Elevada motivación en el paciente. Este factor obtuvo confirmación mediante métodos de validación cruzada.
2. Elevado entusiasmo en el terapeuta, factor que suscitó amplia controversia, y que posteriormente ha tendido a ser abandonado como explicativo del cambio.
3. Transferencia precoz.

En el caso de los terapeutas comportamentales asignan un paso posterior sólo si el paciente realizó el anterior, es decir; solo pueden reforzar lo que se ha hecho. Sin embargo, en esta relación que aparentemente es muy lineal, la conducta del paciente que se espera a ser realizada tiene que ver con el grado de motivación que el paciente tiene para ponerla en la práctica.

En la corriente cognitivo conductual, se deja claro que el psicólogo, además de poseer una sólida formación teórica y técnica, deberá contar con ciertas habilidades de comunicación orientadas al fortalecimiento de la relación terapéutica.

Se denominan “variables inespecíficas” a aspectos tales como la personalidad, el estilo de comunicación y las habilidades sociales del terapeuta ya que estas aumentan notablemente la probabilidad de éxito. Más aún, en lo que hace al abordaje de patologías tales como los desórdenes de personalidad, ellas se han revelado como un elemento de crucial importancia.

Como sabemos tanto el paciente como el terapeuta intervienen en esta relación, sin embargo, para la corriente cognitivo conductual la responsabilidad técnica y ética concierne tan sólo al psicólogo y no al paciente.

En el caso de las corrientes humanistas, específicamente Carl Rogers¹¹ nos indica que un terapeuta debe contar con las siguientes características personales:

1. Aceptación incondicional o “no enjuiciamiento” Cuando el profesional toma un caso deberá comprometerse a aceptar y a ayudar al paciente. Aceptarlo significa contemplarlo como un ser humano con sus defectos, muchos de los cuales pueden no hallarse en conexión con el motivo de consulta. En este sentido, una aceptación equilibrada permite señalar al paciente áreas a mejorar o aspectos de su estilo de vida potencialmente dañinos para su salud, sin ejercer manipulación o presión. La aceptación atañe particularmente a la comprensión de que la persona busca ayuda y no debería ser juzgada como “mala”, “tonta” o con cualquier otro calificativo

¹¹ Rogers Carl (1979) *El Proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Paidós

peyorativo. Incluso frente a escenarios tales como la delincuencia, el psicólogo no debería olvidar que el paciente pide ayuda y su misión es brindarla sin emitir juicios. Cuando por cualquier motivo, no logre tal aceptación, entonces debería derivarlo.

2. Motivación e involucración: El psicólogo debe sentirse genuinamente motivado para ayudar al paciente. Esto implica naturalmente la vocación por el trabajo clínico en general pero particularmente, el agrado e interés por la patología puntual que presenta la persona que se encuentra en frente suyo. La motivación del terapeuta dependerá en parte de sus horas de descanso o de la cantidad de entrevistas diarias que realiza. Resulta escasamente probable que mantenga un adecuado deseo de trabajar si duerme poco o atiende a diez personas por día. Puntualmente, no debería suceder que el móvil principal de un tratamiento se halle en variables económicas. En fin, sin importar demasiado la razón, una pobre motivación por parte del terapeuta derivará en menores niveles de efectividad y mayor cantidad de fracasos

3. Empatía: Se refiere a la capacidad de comprender al paciente a partir de su propio punto de vista. Se trata de una de las habilidades más deseadas para un terapeuta pues permite entender a la persona desde sus propios esquemas cognitivos y su historia particular, tomando distancia de juicios inmediatos condenatorios o etiquetadores. Dicho vulgarmente, “ponerse en los zapatos del paciente” aumenta la probabilidad de éxito terapéutico al tiempo que mantiene el respeto a la libertad y autodeterminación.

4. Autenticidad: El terapeuta cognitivo conductual expresa sus acuerdos o discrepancias con el paciente de manera sincera y directa. A diferencia de otros enfoques terapéuticos, no se mantiene abstinente ni neutral. Por el contrario, basado en un criterio de salud y enmarcado en una formación científica, contesta las dudas que el paciente le plantee con un lenguaje simple y claro. Más aún, no se muestra hermético ni oculta su vida personal, permitiéndose responder preguntas o hacer comentarios espontáneos acerca de sí mismo. Así, por ejemplo, podrá referirse a

aspectos tan cotidianos como la universidad de la cual egresó u otros más “privados”, como su orientación sexual, si el paciente desea saberlo y el psicólogo desea contarlo.

Naturalmente, no resulta muy habitual que el profesional hable frecuentemente de sí mismo, porque sencillamente, no es este el objetivo por el cual se reúne con el paciente. Tampoco a este último suele interesarle tanto la vida de su terapeuta. No obstante, una actitud sincera y auténtica mejora el vínculo terapéutico, aumentando la confianza de la persona que consulta.

5. Ecuanimidad: El feedback hacia el comportamiento del paciente constituye uno de los pilares que apuntalan la relación terapéutica. Por lo tanto, el psicólogo cognitivo conductual deberá manejarlo equilibradamente ya que tanto la crítica como la aprobación excesivas pueden ser contraproducentes. Si el terapeuta es demasiado negativo, quizá desvalorice comportamientos que, aunque pequeños para otras personas, representan un logro importante para algunos pacientes. Por el contrario, si se muestra excesivamente positivo, puede estar omitiendo conductas que requieren ser cuestionadas y eventualmente corregidas.

6. Respeto y manejo de las propias emociones negativas: El psicólogo habrá de manejar adecuadamente sus emociones y las expresará asertivamente; no debemos olvidar que representa un importante modelo para quienes acuden a su consulta. Independientemente de las diferencias que puedan existir entre paciente y terapeuta, este último debe utilizar un lenguaje de respeto y cordialidad. Especialmente, el enojo del paciente puede representar una muestra de conducta que requiere ser analizada más que juzgada y atacada.

7. Considerar aspectos de forma: La puntualidad, la realización de tareas, las sesiones en las que el paciente se ausenta o cancela, la involucración con el tratamiento son aspectos que influyen en la relación terapéutica. El psicólogo los analiza y debate con el paciente pues de lo contrario, pueden interferir con el curso del tratamiento.

8. Visión positiva: El terapeuta debe conducirse racionalmente, manejando sus propias emociones desadaptativas que podrían interferir en su pericia profesional. Pero más específicamente, el terapeuta cognitivo-conductual intentará abordar sus casos desde una perspectiva “optimista-realista”; una visión pesimista merma las posibilidades de éxito. Si a raíz de algún desorden emocional personal, el psicólogo viera oscurecida su visión optimista, entonces debería buscar ayuda psicológica para sí mismo.

9. Adaptación al caso por caso: El profesional adaptará la aplicación de las técnicas al estilo y la personalidad del paciente. Si bien el tratamiento cognitivo-conductual tiende a ser planificado y sistemático, ello no implica rigidez. La Terapia Cognitivo Conductual no consiste en la aplicación “mecánica” de procedimientos técnicos. Estos deben ser ajustados por el terapeuta al caso en cuestión. Así, el estilo de comunicación con un adolescente diferirá del utilizado con una persona de tercera edad.

10. Autocontrol del propio comportamiento del terapeuta: El terapeuta cognitivo conductual debe atender a algunas pautas formales de su propio comportamiento. Ello atañe a aspectos tales como el volumen de la voz o la postura física que adopta. Si el psicólogo ha atendido a muchos pacientes en un solo día entonces, podría mostrar señales de cansancio en la expresión de su rostro, en la pose que toma al sentarse o en la entonación de sus palabras.

Sin lugar a dudas, el psicólogo constituye un modelo de especial relevancia para sus pacientes, en este sentido, es que debe prestar especial atención a su propia conducta. Así, por ejemplo, si un paciente desea dejar de fumar, el terapeuta no debería fumar frente a él; si presenta dificultades de autoorganización, el terapeuta no debería atenderlo con demoras importantes o cancelarle las consultas con escasa anticipación. En fin, la conducta del psicólogo habrá de ser congruente con lo que pregona durante el curso del tratamiento.

En lo que respecta a la psicoterapia constructivista, *Greenberg* decía que los terapeutas ofrecen un "entorno constante" que se puede observar en la primera fase del procedimiento de las dos sillas, en este proceso sus clientes no se diferenciaban. En la segunda fase algunos clientes se volvieron los "resueltos", y otros no. *Greenberg* no sabía por qué y pensó que en la primera fase también había diferencias no definidas, diferencias que probablemente implicaban tanto al terapeuta como al cliente.

Otra técnica utilizada por el modelo constructivista, es la llamada "Escala Experiencial", la misma nos indica las interacciones que se producen en la relación paciente-terapeuta. Las largas unidades de tiempo obviamente incluyen ambos lados. Pero incluso las breves no separan al terapeuta del cliente

Una persona, en este caso cada paciente o cliente es un proceso activo diferente dependiendo en quién esté presente. Ambas personas que se encuentran en la consulta son índices de interacción. Volviendo atrás desde los "resueltos" de la segunda fase se podría ver quizás que también había diferencias en el procedimiento del terapeuta en la primera fase. Lo cual podría entonces apuntar hacia posibles diferencias en esa fase también para los clientes.

Tanto las motivaciones y expectativas previas al proceso de psicoterapia o consulta de psicología son consideradas por las distintas corrientes de la psicología y la psicoterapia, para el Modelo Integrativo focalizado en la personalidad corresponden a una variable, es decir a ciertas propiedades de la realidad que en el caso de la psicoterapia tienden a variar o modificar, dichas características no corresponden únicamente al paciente, sino que también estas variables están presentes en el terapeuta; anteriormente se consideraba como variable del terapeuta y del paciente como si fueran independientes. En la actualidad, estas dos variables se conjugan dentro del terreno de la psicología ya que se producen diferentes tipos de procesos de interacción.

En lo que respecta al terapeuta existe un procedimiento que influye directamente en la conducta del cliente. Por ejemplo, si el terapeuta mantiene una conducta empática, que implica únicamente entender al paciente así no predecirá el éxito o el fracaso.

Por otro lado, si la empatía es precisión ante el contenido complejo, y el paciente siente todo lo que implica una actitud empática por parte del terapeuta, variará con la profundidad de la comunicación del cliente y esto si tendrá que ver en el éxito de las intervenciones del terapeuta.

Prosiguiendo con las motivaciones y expectativas previas en la consulta de psicología y psicoterapia, sabemos que esta consideración es importante en primer lugar, por que proporciona un efecto positivo en relación del éxito de cualquier proceso de psicoterapia. Existe una relación directamente proporcional con el grado de motivación al inicio del proceso. Es decir a mayor grado de motivación la psicoterapia será más exitosa.

A continuación, presentaremos algunos resultados importantes respecto de la consideración anterior:

En una investigación realizada por Botella y Feixas en el año 1994, se reconoce que la mayor proporción de variancia del éxito terapéutico se debe a factores preexistentes del cliente. En efecto, no parece muy prudente dedicar la mayor parte de nuestros esfuerzos al desarrollo tecnológico cuando este factor explica, un 15% del éxito terapéutico en su estimación más favorable.

Resultan mucho más lógicos los esfuerzos de sistematización que permitan adaptar los recursos disponibles dentro del campo de las psicoterapias a las necesidades del cliente. En este sentido, hay que tener en cuenta, de forma preferente, cuestiones relativas al cliente tales como, estilo interpersonal, disposición al cambio, red social y afectiva, y otras variables relacionadas.

Lambert, (1991), refiere que: El hecho empíricamente demostrado de que es al cliente a quien corresponde la mayor contribución al total del resultado de la psicoterapia avala la noción constructivista de que la psicoterapia no es un

tratamiento que un técnico experto administra a un paciente pasivo, sino una forma de relación que se ofrece al cliente para que éste se cambie proactivamente a sí mismo.

De hecho, los enfoques terapéuticos inspirados en una epistemología constructivista parten de la premisa de que el cambio es una operación que realiza el cliente de acuerdo con su patrón de coherencia y, por lo tanto, dirigen sus esfuerzos a comprender dicho patrón y adaptarse a sus características. Lo que se pretende es que el espacio terapéutico sea altamente significativo para el cliente, y para ello hay que tener mucho más en cuenta sus creencias, esquemas, narrativas y constructos que los del terapeuta.

Sorprendentemente, la mayor eficacia no depende tanto ni de la escuela teórica, ni de la técnica aplicada, ni de las cualidades profesionales del terapeuta y, ni siquiera, de la condición patológica del paciente. Lo que más influye son ciertos factores comunes propios de cualquier proceso psicoterapéutico, dentro de los cuales los más significativos son la calidad de la relación que se establece entre el paciente-terapeuta y la implicación emocional del paciente.

Es así como se ha comprobado repetidamente que una adecuada alianza terapéutica evaluada desde la subjetividad del paciente, es la variable con mayor capacidad predictiva de éxito en todas las modalidades de tratamiento y poblaciones. Incluso la eficiencia de una técnica depende más de la interacción terapéutica, que de la técnica en sí o de las cualidades del terapeuta.

Consecuentemente, si bien son relevantes su experiencia y competencia, los terapeutas más eficaces serían aquellos que tienen mejores habilidades para relacionarse y mayores cualidades personales como ser humano, ya que ellos serían más capaces de generar una atmósfera propicia para desarrollar tanto una positiva relación terapéutica como para incentivar a que el paciente se involucre emocionalmente. Sin embargo, aunque el rol del terapeuta es significativo, es el propio paciente o cliente mismo quien más contribuye a su propio cambio.

Otro artículo titulado “La responsabilidad del terapeuta consigo mismo. Básicamente humano”, se refiere a que el éxito de la psicoterapia actualmente no radica fundamentalmente en el tipo de técnicas, estrategias o modalidades de tratamiento que se manejan, sino, como ya señaló Rogers en los años 50, en la calidad del funcionamiento del terapeuta como persona, que constituye la dimensión fundamental del entero proceso terapéutico.

Aunque Rogers dispuso debidamente esta cuestión, la mejor respuesta parece aportarla Carkhuff, discípulo de Rogers, quien en 1969, elaboró un modelo de relación de ayuda más completa, subrayando dos aspectos fundamentales:

- Primero: que el funcionamiento del terapeuta como persona se lo puede definir en términos de nueve variables que son la empatía, el respeto, la autenticidad, la especificidad, la confrontación, el impacto de la personalidad, la autorevelación, la relación al momento y la autorrealización y,
- Segundo, que sólo un alto nivel de funcionamiento como persona en tales variables (según una escala de cinco niveles de funcionamiento), podía estimular el crecimiento o el mejoramiento del cliente.

La siguiente tabla ejemplifica estas dos consideraciones:

Características del terapeuta	NIVELES				
	1	2	3	4	5
Empatía					X
Respeto					X
Autenticidad					X

Especificidad				X	
Personalidad				X	
Auto revelación					X
Tipo de relación					X
Confrontación				X	
Autorrealización					X

Grafico 2

De manera hipotética podemos observar como un terapeuta puede ir puntuando cada variable, de acuerdo al nivel en el que particularmente se encuentre, sabiendo que, el nivel 1 puede significar ausencia y el nivel cinco se relaciona con presencia fuerte de cada característica.

Ya en épocas mas actuales tenemos las consideraciones del psicoterapeuta argentino Héctor Fernández Álvarez, quien considera lo siguiente “La psicoterapia es un recurso que suele tener éxito cuando responde a una libre disposición del paciente y que fracasa cuando se la inicia en respuesta a alguna forma de coerción, generando una fuerte frustración. Los terapeutas deben estar atentos para detectar estas situaciones y rechazar una indicación de terapia”.

Para el psicoterapeuta de origen chileno, Roberto Opazo Castro sin la colaboración activa del paciente la psicoterapia difícilmente sería exitosa. De esta manera cree en la importancia de reconocer a las motivaciones dentro de la psicoterapia como variables del paciente que se convierten en un estímulo efectivo¹², para producir un

¹² Roberto Opazo en su libro “Psicoterapia Integrativa: Delimitación Clínica” pag 226 nos dice que un estímulo efectivo es una fuerza movilizadora de la dinámica psicológica y considera que los estímulos externos en el paciente constituyen una suerte de oportunidad perceptiva, una potencial “materia prima” a ser procesada, dicha “materia prima” adquiere vida, fuerza y sentido, en la medida que la persona la registra de algún modo, la interpreta y le otorga un determinado significado. En este proceso de significación, cada persona traduce idiosincráticamente su propia experiencia y va

cambio positivo en psicoterapia, pero de esta misma manera el paciente debe reconocerlas y valorarlas.

Para Lucio Balarezo (2010) *“la motivación al tratamiento o ayuda supone la existencia de un determinado grado de interés, necesidad, atención, actitud o expectativa con relación al proceso. No solamente el éxito en la ayuda depende de esta condición sino inclusive la permanencia del sujeto en aquella”*.¹³

De esta manera, el Modelo Integrativo focalizado en la personalidad, cimentado en estas anteriores investigaciones y consideraciones de profesionales vinculados al campo de la psicología y psicoterapia, se coloca en una postura de aceptación ya que reconoce que al enfatizar, conocer e inclusive valorar las variables del paciente, del terapeuta, y de la relación terapéutica serían una de las principales fuentes que marquen el inicio del cambio en psicoterapia.

Así como también, estos factores se encuentran relacionados con el éxito y la eficacia en el ejercicio de la psicoterapia, u otras formas de tratamiento como es el caso del asesoramiento.

construyendo así sus propias vivencias. En el proceso de psicoterapia Integrativa se asume que la fuerza de cambio de una experiencia es función del significado.

¹³ Balarezo, Lucio (2010). Psicoterapia Integrativa focalizada en la Personalidad. Primera Edición Quito: Unigraf, pag 189.

2.3 Análisis de motivaciones y expectativas previas al inicio de proceso desde la perspectiva cualitativa.

Este subtema empezaremos a desarrollarlo desde una perspectiva general, que corresponden a ciertas investigaciones en torno a la psicoterapia, luego nos centraremos, en una perspectiva particular como es el caso del Modelo Integrativo focalizado en la personalidad. Dichas investigaciones¹⁴ que se realizaron anteriormente en el campo de la psicoterapia, nos muestran las siguientes conclusiones:

- Se benefician más de una psicoterapia aquellas personas predispuestas a buscar apoyo y a resolver problemas; que toleran mejor la frustración y la confrontación; cuyas expectativas son racionales; las que poseen habilidades sociales y una “mentalidad psicológica”, es decir, son introspectivos, reflexivos, capaces de identificar los problemas, de percibir lo nuevo y de comprenderse a si mismo; los que atribuyen el cambio a sus propios recursos y no creen que sus dificultades se deban a factores externos (locus de control interno).
- El pronóstico será mejor si el paciente acepta la racionalidad del tratamiento y se adhiere al mismo, si su motivación es alta, si realiza acciones tendientes a superar el problema, si se implica emocional y conductualmente, aun durante las crisis terapéuticas; si confía en el terapeuta como persona y como profesional competente y con experiencia; si las expectativas de mejoría son altas, si se siente capaz de cambiar, si no es resistente y si existe apoyo social, si tienen con quien conversar sus problemas.

¹⁴ Bibliografía utilizada en este artículo:

- Rolf Degen: Lexicon der Psycho-Irrtümer (2000)
- Hans Jürgen Eysenck: The effects of psychotherapy (1952); Behavior theory and neuroses (1960)
- Michael Lambert: IV Congreso Mundial de Psicoterapia, Buenos Aires 2006

- El pronóstico será peor a mayor severidad de síntomas y conflictos, si hay comorbilidad (coexisten más de un trastorno), si el trastorno tiene más de 2 años de duración; si el paciente rechaza las demandas interpersonales del tratamiento, si presenta dificultades en sus relaciones sociales y/o familiares. Particularmente resistentes al cambio son los trastornos de personalidad, generalmente egosintónicos (“soy así”). En tanto que trastornos como los adictivos, alimenticios, depresivos crónicos y de personalidad, son los más susceptibles de recaídas.

Es así, que desde una perspectiva particular el Modelo Integrativo focalizado en la personalidad, considera y reconoce a las motivaciones y expectativas del paciente y el terapeuta como variables. Estas características propias de la realidad de la consulta de psicología, pueden ser determinadas por la simple observación y, lo más importante, que puedan mostrar diferentes valores de una unidad de observación a otra, en el caso de psicoterapia: de una persona a otra, o de un país a otro (edad, ingresos, número de habitantes, etc.).

Las motivaciones del paciente y el terapeuta en nuestro país se presentan bajo diversas modalidades, expresiones e incluso situaciones. La experiencia clínica desde los integrantes del Modelo Integrativo focalizado en la personalidad, nos ha permitido ir identificando algunas de estas modalidades que se repiten de una manera u otra en los pacientes, en los familiares de nuestros clientes y en el terapeuta.

A continuación especificaremos cada una de motivaciones y expectativas que prevalecen en la consulta:

2.2.1. Desde el propio paciente:

Se refiere que es la persona quien se encuentra y asiste a nuestra consulta para confiarnos todo aquello que le motiva a colocarse en un estado de paciente o usuario que demanda nuestros servicios psicológicos o psicoterapéuticos. Por lo tanto el Modelo integrativo focalizado en la personalidad propone que las motivaciones del paciente se las puede dividir de la siguiente manera:

1. **Búsqueda de ayuda y supresión de síntomas:** Tiene que ver con el deseo o motivación del paciente para aliviar todo aquello que siente y no es capaz de controlar por sí mismo, generalmente, son pacientes que les interesa calmar síntomas tanto fisiológicos como conductuales que dan cuenta de la existencia de una patología o un problema significativo para quien lo padece. Este tipo de situaciones se ven relacionados con problemas de ansiedad, trastornos en el estado de ánimo.
2. **Complacencia a familiares y allegados:** En nuestro medio, es muy común recibir pacientes que acuden a la consulta por sugerencias de otras personas que generalmente son importantes para el paciente, como es el caso de una persona que acude por que su pareja le pide que a si lo haga. También este fenómeno se produce en el caso de los niños debido a que son sus padres y o cuidadores quienes pueden percibir la necesidad de asistir a una consulta de psicología.
3. **Remisión de otros profesionales:** La psicoterapia al ir ampliando su campo de acción permite formar parte de un equipo de profesionales interdisciplinario, en donde se produce este fenómeno de remisión, es decir otro profesional como un médico, profesor percibe la existencia de algún problema que tiene que ver con el componente psicológico de una persona y lo remite para que sea tratado bajo los alcances de la psicoterapia. De esta situación puede surgir una modalidad de tratamiento mixto donde, el médico realiza su trabajo y el psicoterapeuta también se ocupa de lo suyo.

4. Exigencia de status: El status es un elemento básico en la estructura social, que hace referencia a la posición social que ocupa un individuo y que los demás reconocen, el lenguaje común, status es sinónimo de prestigio, decimos por ejemplo que el director de un banco tiene más estatus que el empleado que nos atiende en la ventanilla. En sociología también, el estatus es sinónimo de prestigio, hace referencia a la posición social, esto es, a las responsabilidades, privilegio y expectativas que acompañan a esa posición.

Con respecto a esta motivación el paciente se dirigirá a nuestra consulta, con el fin de ocupar un espacio o lugar en la sociedad o respecto de un grupo reducido de personas, quienes consideran que el hecho de participar de una psicoterapia le otorgará un lugar mejor o más alto dentro de este grupo al que pertenece, o al pertenecer a un grupo determinado puede ser una condición el participar o haber participado de una psicoterapia para poder estar a nivel de los integrantes de este grupo.

5. Curiosidad: Este es un sentimiento innato del ser humano que muchas de las veces motiva a realizar distintas actividades, es por eso que lo relacionamos con ese afán de las personas de conocer lo que es desconocido. También se ve muy presente en los niños ya que en determinadas edades la curiosidad es la fuente de sus conocimientos.
6. Otras: Dentro de esta podemos clasificar cualquier otra modalidad de motivación que no se encuentra contenida en las anteriores, debido a cualquier variabilidad en un paciente o incluso en el mismo terapeuta.

En resumen las motivaciones del paciente pueden ser cinco:

- Búsqueda de ayuda y supresión de síntomas.
- Complacencia a familiares y allegados.
- Remisión de otros profesionales.
- Exigencia de status.
- Curiosidad

2.2.2. Familiares, amigos e instituciones:

La familia es el conjunto de dos o más individuos que viven ligados entre sí por un vínculo de sangre, legal, de mutuo acuerdo que es recíproco e indivisible, que constituyen un todo unitario, dentro de este todo existen reglas y principios en común.

Actualmente las familias son diversos tipos tales como familia nuclear, incompleta, ensamblada, extendida o sui generis, sin embargo cada uno de los miembros que la conforman se relacionan entre si de diferentes maneras sin importar la edad o etapa evolutiva en la que se encuentren.

Es por eso que, al mantener diversas interacciones entre los miembros de la familia, al momento de tomar decisiones se encuentran presentes al menos un miembro que conforma esta sociedad. Sabemos que nuestro país cuenta con un índice muy alto de migración, por lo que este fenómeno a permitido que amigos por ejemplo, cumplan u ocupen roles de familiares como los padres.

Al haber observado estos fenómenos y relacionarlos a los pacientes que acuden a la consulta, identificamos modalidades que igualmente proveen de importantes motivaciones para que los pacientes decidan a asistir al psicólogo.

Estas modalidades se dividen en:

1. Afán de ayuda a familiares: Este fenómeno se presenta cuando es un familiar cercano quien sugiere al paciente a consultar o realizar un tratamiento psicoterapéutico, creando una motivación en nuestro paciente.
2. Sentimientos de ayuda a amigos: Esta se encuentra relacionado con el anterior pero respecta a todos aquellos casos en los cuales, son amigos quienes sugieren a otra persona de que asista a un psicólogo, como recalqué se repite mucho en situaciones de migración por ejemplo, ya que es la

persona que se encuentra a cargo de un niño, adolescente quien da cuenta de esta necesidad y sugiere o lleva una consulta de psicología.

3. Experiencias previas de familiares: Esta modalidad tiene que ver con el hecho de que es más fácil que un paciente se motive a participar de una consulta con el psicólogo si otro familiar cercano tuvo una experiencia positiva en esta área. Como terapeutas reconocemos que cada paciente es un mundo diferente pero para los pacientes especialmente en nuestra cultura ecuatoriana tendemos a creer y confiar en algo bajo el principio de la “evidencia”, y nos encontramos con frecuentes construcciones y expresiones tales como “si a tal persona le funcionó a mí también me puede funcionar”.
4. Exigencias familiares: Esta variable la encontramos en pacientes que deciden iniciar un proceso o simplemente consultar, ya que un familiar lo exige que así lo haga. Se diferencia con la motivación del paciente ya que dicha modalidad anterior si bien tiene su origen en una sugerencia de un familiar pero se transforma en una modalidad intrínseca del propio paciente. En este caso dicha petición o sugerencia se transforma en exigencia, obligación o condición del familiar. Estos casos se presentan cuando en las relaciones de pareja por ejemplo dependen de que un de los miembros realice la consulta para que sigan funcionando como tales, también es común en los casos de jóvenes y adolescentes que dependen de las exigencias de sus padres.
5. Engaño de familiares: En estos casos el paciente acude a nuestra consulta con el afán de manifestar un problema determinado que le puede permitir un beneficio secundario con un miembro de su familia o pareja, el hecho de aparentar dificultades psicológicas, pudiera resultarle beneficioso.
6. Exigencias institucionales: En estos casos nuestros pacientes buscan ayuda cuando la institución de la que forman parte obligan a que su colaborador asista a una consulta de psicología.
7. Intereses institucionales: Dentro de esta modalidad ubicamos al interés del paciente de hacer o cumplir con un proceso debido a que le ayudaría para

desempeñarse mejor dentro de su actividad laboral, por ejemplo existen instituciones en las que el trabajo se vuelve contaminante para las personas que laboran adentro entonces es de interés para la institución que su trabajador elabore las situaciones difíciles que le han tocado vivir. Estos suelen ser casos de instituciones que se encuentran vinculados con violencia, adicciones o trastornos mentales severos. Además del área laboral esta motivación se la puede encontrar en otras instituciones como escuelas y colegios, en donde los alumnos pueden requerir un tratamiento psicológico a fin de que puede mejorar su rendimiento académico.

8. Otros: Como lo explicitamos en las modalidades del paciente, dentro de esta podemos clasificar cualquier otra modalidad de motivación que no se encuentra contenida en las anteriores, brindando apertura tanto para el terapeuta como para el paciente.

Resumiendo las motivaciones que surgen de la familia, amigos o instituciones son siete:

- Intereses institucionales.
- Exigencias institucionales
- Engaño de familiares
- Exigencias familiares.
- Experiencias previas de familiares
- Sentimientos de ayuda a amigos
- Afán de ayuda a familiares

2.2.3. La persona del terapeuta:

La preparación del psicoterapeuta no solo consiste en poseer o acumular un determinado tipo de informaciones, conocer y aplicar las técnicas correspondientes, sino que también implica el desarrollo de destrezas más profundas, trascendentes y personales como ser un profesional con un conjunto de características cognoscitivas, afectivas y sociales, las mismas que le harán capaz de interaccionar con sus pacientes, de manera que estos puedan confiar sin tener por qué temer.

Como hemos expuesto en líneas anteriores, desde la primera entrevista tanto el paciente como el terapeuta forman un equipo que comparten una meta clara y precisa en función de la demanda. Pero dentro de esta relación tanto las variables motivacionales del paciente, que se transforman en estímulos efectivos para conseguir un éxito terapéutico; así como, las variables del terapeuta ayudarán e influirían para conseguir el objetivo propuesto y a crear la relación paciente – terapeuta.

Safran y Muran (2000), nos dicen que las variables del terapeuta más relevantes para el proceso de cambio, según se desprende de la investigación y de la práctica clínica, no se refieren a su capacidad para aprender técnicas. Lo relevante al respecto se encuentra en relación con ciertas habilidades más complejas que incluyen aspectos del “mundo interno” y capacidades de contacto interpersonal. “Los terapeutas requieren de una capacidad básica para la auto-aceptación, así como de la voluntad y valentía para entender sus propios demonios y para comprometerse en un permanente proceso de auto-exploración y de crecimiento personal”.

En el campo de la psicoterapia, Carkhuff entiende a la formación del psicoterapeuta como un proceso de aprendizaje interpersonal, en que están presentes las mismas variables que en otros casos de relaciones humanas. Entiende a la relación paciente-terapeuta como una "relación de ayuda", en que una persona "más conocedora" que sería un asesor permite que otra persona "menos conocedora" o asesorado desarrolle un mayor nivel de funcionamiento en las áreas que la primera persona domina.

Este tipo de relación puede tener un efecto positivo (facilitador) o uno perjudicial en el desarrollo personal del asesorado. Para que este efecto sea positivo, el asesor debe proporcionar ciertas condiciones básicas. Carkhuff reafirma las condiciones primarias planteadas por Rogers, que son comunes a toda terapia eficaz independiente de los matices que le dé su orientación o enfoque particular, y que son las siguientes:

- Compresión empática,
- Congruencia
- Consideración positiva incondicional.

Carkhuff sugiere que, estas dimensiones pueden ser desarrolladas y pueden ser medidas. Para sus efectos de medición pueden utilizarse distintos métodos tales como: medidas situacionales, medidas predictivas a través de cuestionarios sobre cómo es percibida, a través de juicios respecto a intervenciones terapéuticas (grabadas, dramatizadas o reales). Sugiere esta última, como medida central, y realiza junto a Truax escalas de evaluación que consideran distintos niveles, operacionalizados en conductas específicas.

La ordenación de los niveles corresponde al aumento progresivo en la expresión de la variable considerada. Así, estos autores construyeron una escala para la evaluación de cada condición, es decir; una escala de 9 niveles para comprensión empática, una de 5 niveles para congruencia y una de 5 niveles también para consideración positiva incondicional.

Por ejemplo en lo que respecta a la escala de consideración positiva incondicional se expondrá cada una de los niveles:

Escala de Consideración Positiva
<ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1: Las expresiones del asesor comunican al asesorado que no merece la pena considerar sus sentimientos y que no es capaz de actuar de una manera positiva.
<ul style="list-style-type: none"> • Nivel 2: Las expresiones del asesor son de tal manera que comunican poco respeto hacia los sentimientos, experiencias y posibilidades del asesorado.
<ul style="list-style-type: none"> • Nivel 3: El asesor comunica consideración hacia la posición del asesorado e interés hacia sus sentimientos, experiencias y potencialidades.
<ul style="list-style-type: none"> • Nivel 4: El asesor comunica claramente un profundo respeto y preocupación por los sentimientos y potencialidades del asesorado.
<ul style="list-style-type: none"> • Nivel 5: El asesor comunica el más profundo respeto hacia la dignidad del asesorado como persona y hacia su potencial como individuo libre. Le ayuda a actuar de la manera más constructiva y a realizarse más plenamente.

Tabla 1

En realidad, teniendo en mente la interacción compleja entre dos dimensiones (la persona del terapeuta y la persona del cliente) Carkhuff transfirió la atención de la persona del terapeuta a su nivel de funcionamiento y de esta manera identificó el aspecto que constituye la eficacia de la psicoterapia, donde una de las dimensiones, la del terapeuta, se maneja a un nivel de ayuda (nivel tres en adelante) en las 9 variables mencionadas.

Es así como, la conducta y la actitud del terapeuta ofrecen al cliente una propuesta, una indicación más productiva, un modelo de cómo modificar sus actitudes y conducta y vivir de manera más eficaz y funcional. Pero también, quedó confirmada la consideración contraria: si el terapeuta no funciona a un nivel superior al del cliente, éste puede empeorar y la terapia volverse potencialmente dañina.

Sin embargo, al hablar del funcionamiento como persona, Carkhuff y los demás maestros de la escucha terapéutica, omiten encarar algo esencial como es la actitud que el terapeuta asume ante su propia condición limitada, o si queremos, ante un amplio espectro de limitaciones que caracterizan la experiencia humana del terapeuta.

Carkhuff no menciona, en efecto, qué lugar ocupan la falla, el error, y en general, los desarreglos o irregularidades inevitables del terapeuta en la empresa de funcionar como persona a un alto nivel. Pero entonces ¿un alto nivel de funcionamiento como persona (nivel cuatro o cinco, según la escala de Carkhuff) significa desempeñarse de manera intensamente correcta, sin posibilidad de manifestar desarreglos de ninguna clase? ¿Esta negación no será debida a la concepción que se tenga del término persona y, consecuentemente, de qué significa funcionar como persona a un nivel que sea satisfactorio para los fines de la terapia? No estamos en realidad ante un modelo, y lo mismo dígase de otros enfoques psicoterapéuticos, que genera expectativas perfeccionistas de alcanzar un nivel de funcionamiento como un persona libre de defectos.

Se han realizado otras investigaciones¹⁵ sobre este tema, de las cuales obtenemos las siguientes conclusiones:

- Todas las escuelas psicológicas muestran fracasos y ninguna es clínicamente adecuada para todos los problemas, clientes y situaciones. Aunque recalcan sus diferencias, ningún modelo técnico ni teórico es mejor (paradoja de la equivalencia' o veredicto del pájaro *Dodo*) y, cuando alguno parece superior, se debe a la credibilidad otorgada por el paciente y a como éste percibe su compatibilidad con el terapeuta, más que al enfoque en sí.

¹⁵ **Bibliografía utilizada en este artículo:**

- Rolf Degen: Lexicon der Psycho-Irrtümer (2000)
- Hans Jürgen Eysenck: The effects of psychotherapy (1952); Behavior theory and neuroses (1960)
- Michael Lambert: IV Congreso Mundial de Psicoterapia, Buenos Aires 2006

- Fuera de su experiencia y competencia, la eficiencia del terapeuta depende principalmente de su capacidad para involucrarse emocionalmente y de si el paciente lo percibe como capaz de ayudarlo. Además se han mencionado las siguientes cualidades: empatía, comprensión, calidez, aceptación incondicional, capacidad de persuasión y apoyo, baja hostilidad, comodidad con la intimidad, bienestar emocional general, congruencia, credibilidad y autenticidad. Incluso la neutralidad y abstinencia clásica del psicoanálisis han sido superadas por una mayor interacción, espontaneidad y autenticidad.
- Estas características son relevantes en la medida que afectan la alianza terapéutica. Para dicha alianza es fundamental el vínculo emocional, aunque lo más relevante es la afinidad electiva, cuando ambos adhieren a un mismo modelo teórico-práctico, es decir, concuerdan en sus creencias en torno a los determinantes del trastorno, las metas y las tareas terapéuticas.

Considerando todas estas importantes investigaciones de los últimos tiempos, el Modelo Integrativo focalizado en la personalidad, está de acuerdo en la existencia de variables que son propias del terapeuta y que influyen en el establecimiento de la alianza terapéutica y posteriormente en lo que respecta al éxito terapéutico, pero difiere en cierta medida en las características que componen estas variables. Por lo que, se han descompuesto las variables del terapeuta de acuerdo a la realidad de la psicología y la psicoterapia en nuestro medio.

La propuesta consiste en que, una vez establecidas ciertas variables el terapeuta pueda darse unos segundos, para mediante un breve proceso de auto evaluación o introspección le permita reconocer cuales son las características o variables respecto de la atención o servicio que puede ofrecer a un determinado cliente, ya que según sea la motivación del terapeuta se formará la relación establecida con cada paciente.

A continuación se detallarán cada una de las variables encontradas en el ejercicio de la psicoterapia:

1. Vocación de ayuda: Para poder servir sea cual sea la actividad que ofertamos a un cliente, debemos conocer cuales son nuestros dones, talentos y habilidades. En el caso de un psicólogo o psicoterapeuta, debemos estar conscientes que trabajamos con los pensamientos, ideas, sentimientos de las personas que acuden en busca de nuestra ayuda. Es entonces cuando la vocación para este tipo de servicio podría abarcar características como interacción, espontaneidad y autenticidad presente en cada uno de los psicólogos, pero esta vocación de ayuda tiene también límites importantes, que no se los debe perder de vista al momento de asistir a cada paciente.
2. Adquisición de experiencia: El campo de la psicología y la psicoterapia es muy amplio, lo que permite la existencia de distintos tratamientos, diversidad de enfoques y sobre todo infinitos problemas con los acuden los pacientes, en este caso el terapeuta estaría motivado a servir o trabajar con un determinado paciente para que mediante el proceso a llevarse a cabo pueda acumular y aprender conocimientos nuevos. Sabiendo que, cada paciente es un caso en particular y que, mediante esta diversidad de personas que acuden a la consulta el terapeuta ya de por sí se enfrenta cada vez a una experiencia nueva que igualmente permitirá aprender con cada paciente.
3. Fenómenos contra-transferenciales: Estos fenómenos tienen que ver con todas aquellas reacciones afectivas que el terapeuta siente hacia su paciente, las mismas que pueden ser conscientes o inconscientes.

Tradicionalmente la sociedad parece colocar al terapeuta o al psicólogo como a un individuo especialmente dotado, que está en capacidad para tratar los asuntos mentales, y además inmune a problemas de esa naturaleza. Y aunque, de hecho, el terapeuta sepa mucho de la vida, no sólo porque ha encontrado todo tipo de desordenes emocionales, sino porque ha percibido una extraordinaria variedad de creencias y estilos de vida, no se puede arrancarlo de su condición de mortal.

4. Factores económicos: Los psicólogos así como los psicoterapeutas, son profesionales que requieren de ciertas características muy humanas importantes, pero que también están dentro de un campo laboral como cualquier otro. Quizás en este ámbito es muy complicado saber o detallar todo lo que un psicólogo debe realizar antes, durante y después de una sesión por lo que alguien que observa desde fuera puede tender a menospreciar este arduo trabajo. Es entonces, papel del propio psicólogo buscar y mantenerse en el lugar adecuado y esto se encuentra en relación con el tema económico, lastimosamente nuestra sociedad da mucha importancia a este tema ya que profesionales que cobran mucho tienden a tener mucha más fama que aquellos que cobran poco.

En relación a esta motivación nos ha parecido importante compartir el siguiente criterio de Sigmund Freud, quien nos dice que existen puntos importantes al comienzo de la cura analítica, uno de ellos el dinero o los honorarios del médico. Al respecto nos dice lo siguiente: *“El psicoanalista tiene derecho a adoptar la posición del cirujano, que es sincero y cobra caro porque dispone de tratamientos capaces de remediar”*.¹⁶

Pensamos que este criterio es aplicable no únicamente al psicoanalista y al médico cirujano como nos indica Freud, sino que también se lo puede extender a los profesionales y a los del terapeutas, se debe tener claro que atender a un paciente le implica ganancia económica ya que es una actividad remunerada como cualquier otro tipo de trabajo.

1. Obligación institucional: Con el transcurso del tiempo la psicología clínica y sobre todo la psicoterapia ha ido ganando terreno en el campo de acción e intervención, es por eso que en algunas instituciones, especialmente públicas, como hospitales una las que cláusulas para otorgar permisos de funcionamiento es contar con psicólogo dentro del personal que labora en dicha institución, entonces el profesional que se encuentra prestando sus

¹⁴ Freud, Sigmund (1967) Obras Completas: Sobre la Iniciación el Tratamiento, Vol X, Amorrortu Editores: Buenos Aires, pag 133.

servicios en dicha institución debe atender a todos los pacientes que acuden a su consulta, sin discriminaciones.

2. Otros: Con el afán de proporcionar apertura en lo que respecta a las motivaciones del terapeuta, igualmente en este espacio se podrán colocar aquellas modalidades de motivación que no se encuentran contempladas en las anteriores.

Resumiendo las motivaciones y expectativas del terapeuta son cinco:

- Vocación de ayuda:
- Adquisición de experiencia
- Fenómenos contra-transferenciales
- Factores económicos
- Obligación institucional

2.4 Análisis de motivaciones y expectativas previas al inicio de proceso desde la perspectiva cuantitativa.

Como hemos recalcado, al inicio de este capítulo la motivación tanto del paciente como del terapeuta, juegan un papel sumamente importante en el éxito de una psicoterapia en todas sus variantes. Sabemos que cada paciente es un mundo diferente, que acude con una demanda, motivaciones y expectativas propias y particulares, con características cualitativas y cuantitativas diferentes.

El Modelo Integrativo focalizado en la personalidad, propone que al considerar las variables desde una perspectiva cuantitativa nos localizamos en un camino de cantidades, números, cifras, es decir que existe la posibilidad de que tanto el paciente como el terapeuta puedan otorgar un valor a cada una de las características durante el primer encuentro de psicoterapia.

De esta manera, contamos con una variable dependiente de cada una de las modalidades de las motivaciones y expectativas que dan cuenta de la propia subjetividad de cada paciente y de su individualidad en un proceso de psicoterapia. Por ejemplo, a nuestra consulta asisten dos pacientes que fueron motivados a asistir por la remisión de otro profesional, pero cada uno se encontrará en su propio nivel de motivación de acuerdo con sus características y construcciones personales.

Es así que, el Modelo Integrativo focalizado en la personalidad, utiliza esta consideración como una de las múltiples herramientas necesarias para realizar intervenciones estratégicas con cada paciente que acude a nuestra consulta. Para los terapeutas, contribuye como una parte de su formación como persona del terapeuta, ya que al otorgarles un valor y colocarlo en las guías que veremos en el siguiente capítulo estamos realizando un trabajo de introspección constante, mecanismo necesario en el psicoterapeuta para prevenir un desgaste profesional entre otros.

Otra situación importante que este Modelo reconoce, es que el hecho de observar en nuestras guías niveles demasiado bajos en las motivaciones y expectativas previas,

ya de desde el inicio sabemos este se convertiría en un importante obstáculo en el tratamiento que debe ser superado al inicio y antes de cualquier otra intervención, pero por el contrario al hacer caso omiso de esta situación estaremos de alguna manera perjudicando al paciente y en un segundo plano al terapeuta. En su defecto, si tratamos de trabajar efectivamente con cada paciente entonces lo debemos hacer desde el origen y desde el primer momento o encuentro entre el paciente y el terapeuta.

Bergin y Garfield (1994), señalan que en lugar de preocuparnos de si la psicoterapia funciona, deberíamos preocuparnos acerca de si el paciente funciona. Sabemos que el hecho de funcionar se refiere a la ejecución de la función propia, es decir, al empoderamiento desde su estado de demanda y de persecución de un objetivo.

El Modelo Integrativo focalizado en la personalidad, también extiende esta consideración al terapeuta o psicólogo ya que como recalcamos en líneas anteriores se puede estar preparado cognitivamente para trabajar con diversidad de pacientes o clientes pero al considerarlo como un ser humano, debemos permitirnos conocer si nos sentimos o no dispuestos a trabajar con determinado paciente.

En lo que respecta a nuestros usuarios, sabemos que existen momentos en los que los ellos estarán prestos para someterse a un tratamiento, y al otorgarles una puntuación desde el inicio se puede considerar si el paciente será apto para determinado tratamiento psicoterapéutico.

El Modelo Integrativo focalizado en la personalidad, mediante un continuo y serio trabajo de equipo, llegó a la conclusión de que resultaría interesante crear una escala de cinco niveles para cada motivación, tanto del paciente como del terapeuta de tal manera, que para cada cantidad exista una equivalencia relacionada con la subjetividad del paciente.

La escala se encuentra distribuida de la siguiente manera:

Nivel	Equivalencia	
1	Sin motivación	Quiere decir que el paciente que se encuentra en nuestra consulta no presenta ningún interés por solucionar su dificultad o simplemente de asistir a una consulta de psicología. Generalmente esta situación encontramos cuando el paciente no se coloca en calidad de tal, es decir, está seguro de que no tiene ningún padecimiento sino que se encuentra en esta situación, únicamente por cumplir con una obligación familiar o institucional.
2	Poca motivación	En este nivel nos permite observar la existencia de breve grado de motivación, por más leve que esta sea, sin embargo existe algo en el paciente que le va a permitir aportar positivamente en el proceso. Un nivel dos nos da cuenta del origen de algo, que se podría incrementar a lo largo de la entrevista
3	Relativamente motivado	Respecto de esta equivalente nos encontramos en un nivel de equilibrio, en este caso existen las mismas probabilidades de que tanto el paciente aporte positivamente durante el proceso. De esta manera, existe estabilidad en el paciente y así se pueda mantener implicado en el proceso de psicoterapia. Lo que significa un nivel óptimo para iniciar cualquier intervención psicoterapéutica.
4	Motivado	En este nivel contamos con un paciente muy enganchado a la psicoterapia como principal fuente de tratamiento, es decir contamos con niveles altos de solucionar su situación mediante esta vía. Nos enfrentamos a pacientes que están seguros de poder solucionar su problema sin tomar en cuenta la

		gravedad del mismo, mediante las modalidades de tratamiento que el terapeuta puede ofrecer, es por eso que al contar con este nivel podrían generarse los objetivos de tratamiento
5	Muy motivado	Aparentemente este debería ser el nivel óptimo que un terapeuta esperaría de sus pacientes, pero al estar en una de las polaridades de esta escala, también nos enfrentamos a un riesgo, ya que las motivaciones y expectativas del paciente pueden ir mas allá o sobrepasar el campo de lo que realmente se puede lograr con la psicoterapia, de este modo los pacientes esperan que los cambios se produzcan demasiado rápidos y sin mucho esfuerzo.

Tabla 2

Gráficamente se puede observar de la siguiente manera:

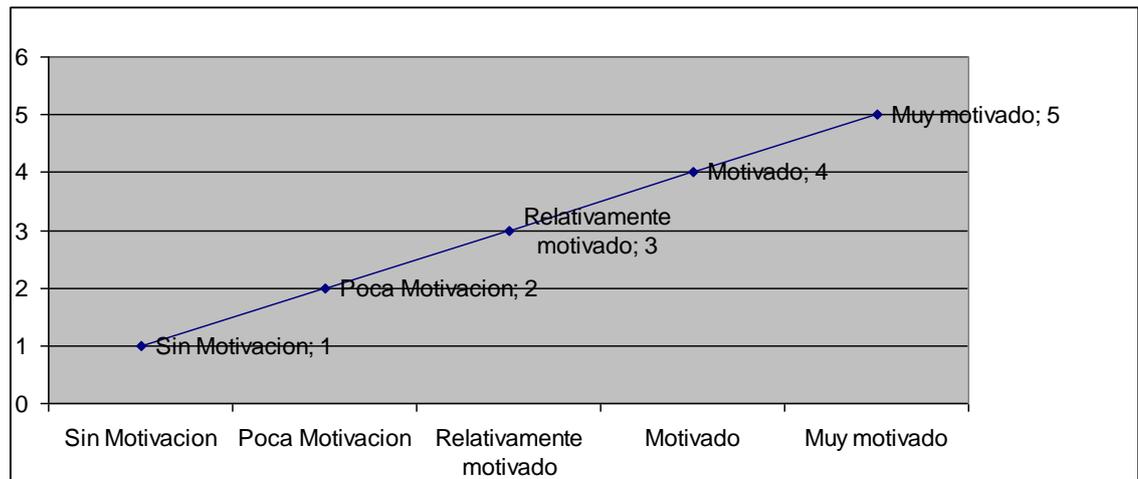


Gráfico 3

Hasta ahora, hemos analizado lo que implica cada uno de los niveles de expectativas y motivaciones de los pacientes en la primera consulta de psicología. Pero como sabemos el profesional en su calidad de terapeuta, psicólogo y ser humano presenta también distintas expectativas y motivaciones, por lo cual también tiene la posibilidad de otorgar un valor a cada una de las mismas.

Para los terapeutas, el hecho de tener motivaciones y expectativas variará de acuerdo a cada paciente o cliente en particular, es por eso que mientras el terapeuta mantenga sus motivaciones desde el nivel tres en adelante estaría influyendo positivamente en los siguientes aspectos ya desde el primer encuentro con nuestros pacientes o clientes:

- Tener claridad del paciente respecto de lo que demanda al asistir a una consulta de psicología.
- Establecimiento de una adecuada alianza terapéutica.
- Éxito en cada una de las intervenciones realizadas a cada uno de los pacientes.

Ahora bien, una vez considerada la importancia de otorgar un valor a cada una de las motivaciones y expectativas, dentro de la primera entrevista psicológica o al inicio de la psicoterapia, conlleva a plantearse una situación de movilidad.

En lo que respecta al paciente, estos valores que van desde el 1 hasta 5 se podrían incrementar o reducir a lo largo de las intervenciones del terapeuta, de esta manera, debemos mantener nuestra atención en este fenómeno que podría ir dando cuenta del avance o retroceso del paciente durante el proceso si es el caso.

En el caso del terapeuta no sería favorable esta tendencia a la movilidad, ya que desde el inicio el terapeuta debería reconocer si se encuentra adecuadamente motivado para trabajar con determinado paciente o de lo contrario optar por otras alternativas de acción que analizaré a continuación, siempre a favor de nuestros pacientes.

Para concluir con el presente capítulo, haré referencia a una de las citas del Presidente Moa Tse-Tung: “Tener las cifras en la cabeza”. Es decir, debemos prestar atención al aspecto cuantitativo de una situación o problema y hacer un análisis cuantitativo básico. Toda calidad se manifiesta en una cantidad determinada, sin cantidad no puede haber calidad. Hasta la fecha, muchos de nuestros camaradas todavía no comprenden que deben prestar atención al aspecto cuantitativo de las cosas: las estadísticas básicas, los principales porcentajes y los límites cuantitativos

que determinan las calidades de las cosas. No tienen las “cifras” en la cabeza y, en consecuencia, no pueden evitar errores.¹⁷

¹⁷ Tse-Tung Mao, Libro Rojo “Citas del Presidente Mao Tse-Tung”. “Métodos de trabajo de los comités del Partido” (13 de marzo de 1949), Ediciones en Lenguas Extranjeras, primera edición, Pekin 1966, pag 117.

CAPITULO 3

INVESTIGACIÓN DE CAMPO

A largo del desarrollo de esta tesis hemos recalado la importancia de reconocer y diferenciar las características de la demanda de los pacientes o clientes que, acuden por primera vez a la consulta de psicología. También, hemos analizado una forma de reconocer cuáles son y cómo detectar el nivel de cada una de las variables correspondientes a las motivaciones y expectativas que acompañan a dicha demanda, en el presente capítulo el Modelo Integrativo focalizado en la personalidad, propone una metodología.

En el presente y último capítulo de esta investigación en primera instancia se expondrán los datos obtenidos al manejar ya en la práctica esta guía, en algunos de los lugares donde se realizan consultas de psicología y psicoterapia, simplemente con el afán de conocer el funcionamiento ya en la práctica de estas herramientas de trabajo e intervención.

Para finalizar este capítulo aportaremos con algunas de las intervenciones que un terapeuta puede realizar durante la consulta y mediante la aplicación de la guía 1 del Modelo Integrativo focalizado en la personalidad.

3.1 Descripción de la investigación de campo

3.1.1 Metodología:

Este trabajo de campo lo hemos realizado bajo la modalidad de encuesta¹⁸ que consiste en preguntar de forma directa y simple a determinadas personas representativas de la población bajo estudio, para conocer su comportamiento.

3.1.2 Universo y muestra:

- Universo: Todos los pacientes que asisten por primera vez a la consulta de psicología tanto en hospitales como consulta privada en la ciudad de Cuenca, durante un período de tres meses.
- Muestra: Todos los pacientes que asistieron por primera vez a la consulta privada de los siguientes profesionales: Lcda. Martha Cobos, Lcda. Verónica Ambrosi, Lcda. Daniela Peralta y pacientes que acudieron a una institución en el área de psicología como es Hospital José Carrasco Arteaga (Seguro Social de Cuenca), el Hospital Municipal de la Mujer y el Niño, el Centro de Desarrollo Humano (DHUM) durante un período de tres meses.

3.1.3. Instrumentos:

El instrumento utilizado fue la Guía 1 diseñada por el Modelo Integrativo focalizado en la personalidad.

¹⁸ **Documento en Línea:**

Sabino Carlos, (1992). *El proceso de investigación*. [Documento en línea]. Disponible: <http://paginas.ufm.edu/Sabino/PI.htm>. [Consulta: 2005 Noviembre 21].

3.1.4 Pasos de la investigación:

1. Buscar distintos lugares en la ciudad de Cuenca, en los cuales se realice un trabajo de psicología y/o psicoterapia.
2. Luego se establecieron compromisos verbales de colaboración para la aplicación de esta guía.
3. Al contar con este compromiso, se realizó un adiestramiento respecto de las consideraciones que componen la guía 1 y se esperó que cada una de las personas que se comprometieron, tuvieran la oportunidad de ir aplicándola con cada uno de sus pacientes.
4. Cada mes aproximadamente se realizó un monitoreo, para conocer si existía algún tipo de dificultad en relación a la aplicación de esta guía.
5. Luego de un período de tres meses se recogieron las guías en cada uno de los lugares antes entregadas.

3.1.5. Datos estadísticos:

Luego de haber recolectado las guías de los distintos lugares que colaboraron con la investigación se obtuvieron los siguientes resultados:

ANALISIS DE LA MUESTRA.

Profesionales y lugares donde se aplico la guía 1	Numero de guías aplicadas
Psi. Cli. Martha Cobos	9
Psi. Cli. Daniela Peralta	20
Psi. Cli. Verónica Ambrosi	29
Hospital José Carrasco Arteaga (Seguro Social de Cuenca)	14
Hospital Municipal de la Mujer y el Niño	15
Centro de Desarrollo Humano (DHUM)	26
TOTAL DE GUIAS APLICADAS	113

Tabla 3

3.2. Resultados obtenidos:

Para la exposición de los resultados obtenidos posterior a la aplicación de la Guía 1, se utilizará dicha Guía pero en los casilleros se colocarán los valores correspondientes al consolidado de las 113 guías aplicadas.

GUÍA 1.
ANÁLISIS DE LA DEMANDA, EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES
PREVIAS AL INICIO DEL PROCESO

Tabla 4

DEMANDA PSICOLÓGICA		
ORIGEN		
	Frecuencia	Porcentaje
Paciente	36	31,85 %
Familiar	24	21,23 %
Profesional	10	8,84 %
Otros	0	0
Mixta	43	38,05
N	113	100 %
DEMANDA		
	Frecuencia	Porcentaje
Explícita (manifiesta)	74	65,50
Implícita (latente)	7	6,20
Mixta	32	28,30
N	113	100 %
TIPO DE DEMANDA		
	Frecuencia	Porcentaje
Asesoramiento	37	32,80
Sintomática	38	33,60
Personalidad	9	8
Mixta	29	25,70
N	113	100 %

EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES

PACIENTE	1	2	3	4	5
1. Búsqueda de ayuda o supresión de síntomas	9	10	8	10	54
2. Complacencia a familiares y allegados	2	3	11	18	33
3. Remisión de otros profesionales	2	3	2	14	33
4. Exigencia de status	5	0	3	2	1
5. Curiosidad	6	5	1	1	4
Otras	0	0	0	0	0
FAMILIARES, AMIGOS E INSTITUCIONES	1	2	3	4	5
1. Afán de ayuda de familiares	1	2	4	4	53
2. Sentimientos de ayuda de amigos	0	3	2	0	2
3. Experiencias previas de familiares	3	7	7	8	7
4. Exigencias familiares	1	8	7	5	12
5. Engaño de familiares	1	2	0	1	0
6. Exigencias institucionales	1	4	7	2	19
7. Intereses institucionales	1	3	8	9	12
Otros	0	3	0	1	3
TERAPEUTA	1	2	3	4	5
1. Vocación de ayuda	0	3	2	10	91
2. Adquisición de experiencia	0	3	8	18	51
3. Fenómenos contra-transferenciales	1	3	2	1	1
4. Factores económicos	0	1	10	25	36
5. Obligación institucional	5	12	6	1	5
6. Otros	0	0	0	0	1

En lo referente al estudio de campo se puede concluir que de las 113 guías de intervención aplicadas, en el análisis de la demanda lo que corresponde al origen de la demanda predominó la demanda mixta, es decir, que al momento de la demanda nuestro paciente se siente motivado a asistir por dos motivos: por si mismo y por su familia, en cifras corresponde al 38%. Luego el paciente que acude por su propia motivación se encuentra con un 32%, seguido de pacientes que acuden por motivación de otro profesional corresponde a un 9%. En el origen de la demanda no se presentaron otros orígenes.

	Frecuencia	Porcentaje
Paciente	36	32 %
Familiar	24	21 %
Profesional	10	9 %
Otros	0	0 %
Mixta	43	38 %
TOTAL	113	100

Tabla 5

Es decir, que, para la mayoría de pacientes encuestados en el trabajo de campo (38%), el origen de la demanda psicológica es de tipo mixta, es decir, que para esta población es importante tanto su perspectiva personal como la de otras personas. Sin embargo, el 32% de los pacientes encuestados, acuden a consulta por su propia necesidad, lo cual se convierte hasta cierto punto en una garantía para que la psicoterapia evolucione óptimamente, debido a que el propio paciente percibe como una propia motivación, como se puede observar no existe mucha distancia entre estos dos orígenes.

El hecho de que un familiar intervenga en la decisión de un paciente para iniciar un proceso, (21%) puede estar relacionado con nuestra sociedad y cultura, el simple hecho de vivir bajo la dependencia familiar hasta edades adultas o que el que una vez conformada una familia se continúe viviendo en la casa de la familia de origen, pueden ser factores que influyen en este origen de la demanda.

Vemos que la remisión de otros profesionales en este estudio de campo, resultó una de las menores (9%) formas de iniciar un proceso, lo cual merece una reflexión: ¿que tanto los profesionales estamos dispuestos al trabajo multidisciplinario?.

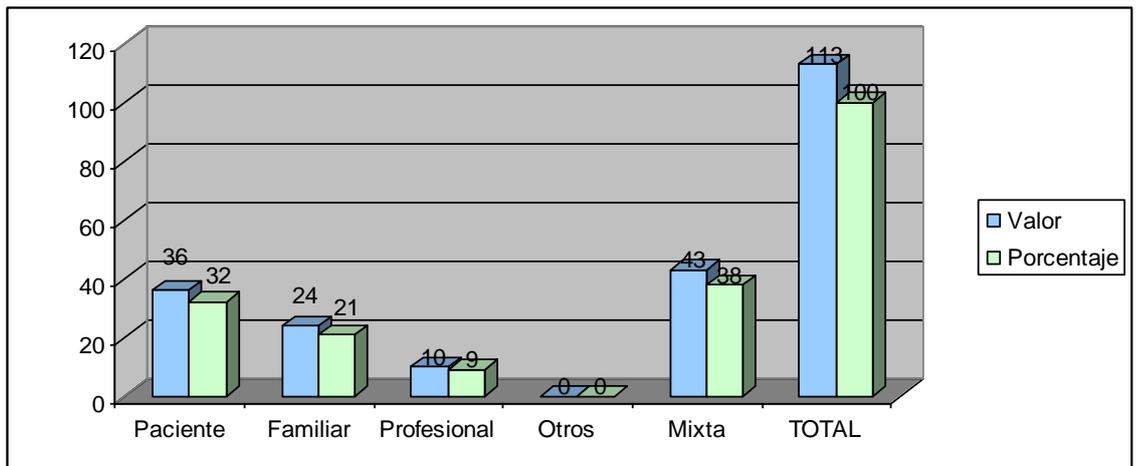


Grafico 4

De acuerdo a la demanda explícita o implícita se puede observar que de las 113 guías aplicadas un 66% son de una manera explícita, un 6% únicamente se refiere una demanda implícita, sin embargo un 28% de pacientes expresaron su demanda de manera explícita e implícita al mismo tiempo.

	Frecuencia	Porcentaje
Explícita	74	66 %
Implícita	7	6 %
Mixta	32	28 %
TOTAL	113	100 %

Tabla 6

Esto quiere decir que la mayoría (66%) de pacientes a quienes se les aplicó esta guía durante la primera entrevista, conocían exactamente el motivo de su manda, es decir, al buscar ayuda, el motivo de consulta se encontraba claro y dilucidado por el paciente. Un porcentaje menor (28%) de pacientes exterioriza su motivo de consulta de manera clara, sin embargo, los terapeutas han percibido que en este grupo de pacientes existe cierto aspecto que se encuentra influenciando en otros, sin que de este fenómeno el paciente tenga conciencia por lo que coexisten tanto la demanda explícita así como también la implícita.

En un porcentaje aún menor (6%) de los pacientes encuestados, encontramos que el motivo de consulta era hasta cierto punto desconocido por si mismo, por lo que existía una demanda netamente implícita. Esto quiere decir que en ocasiones los pacientes acuden con una “máscara social” que deberá ser interpretada mediante un trabajo conjunto entre el terapeuta y el paciente.

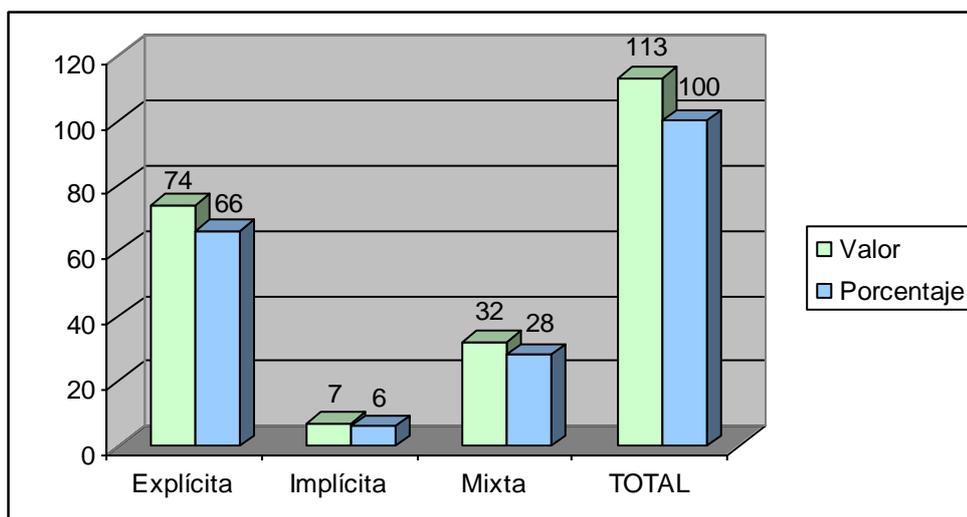


Gráfico 5

Continuando con el análisis de la demanda mediante la aplicación de guía 1, se observó que el tipo de demanda se puede dar de algunas alternativas, obteniendo los siguientes resultados. De los 113 guías aplicadas encontramos que un 34% corresponde a la búsqueda de un alivio sintomático, el 33% de los pacientes encuestados demandan Asesoramiento, el 8% de esta población demandan un trabajo en relación a su personalidad y un 25% demandan la coexistencia de dos tipos como por ejemplo de personalidad y sintomática.

	Frecuencia	Porcentaje
Asesoramiento	37	33 %
Sintomática	38	34 %
Personalidad	9	8 %
Mixta	29	25 %
TOTAL	113	100 %

Tabla 7

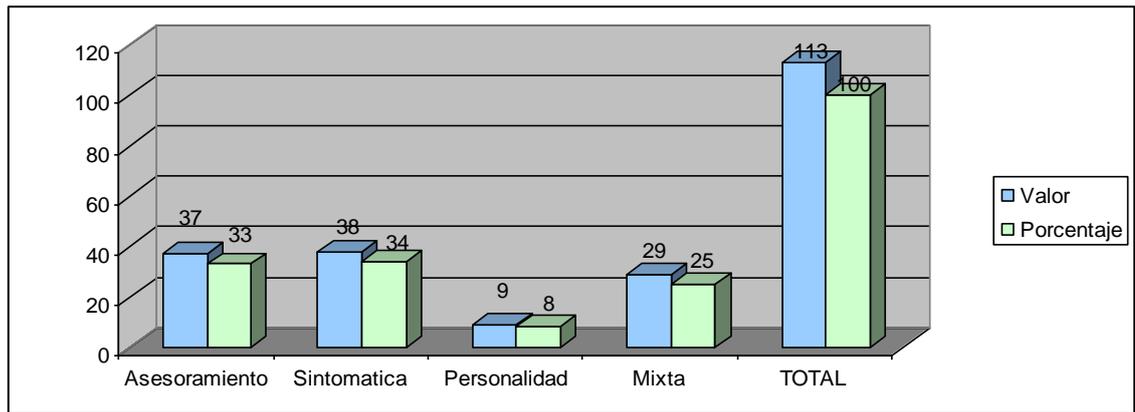


Gráfico 6

En lo referente al tipo de tratamiento demandado por los pacientes, vemos que no existe mayor diferencia en la demanda sintomática y asesoramiento, lo cual nos indica que nuestros pacientes necesitan alivio en su sintomatología, este factor se puede ver influenciado ya que la psicoterapia, al ser una rama terapéutica relativamente nueva se la puede estar asociando al modelo médico, en donde los pacientes acuden para la remisión de sintomatología mediante el consumo del fármaco que el médico prescribe. Al respecto, como psicólogos y terapeutas mucho, queda por hacer, en la medida que podamos socializar con nuestros pacientes, el hecho de que muchas afecciones psicológicas requieren de un tiempo para sus rehabilitación, que cada ser humano es un mundo diferente y requiere un trato individualizado.

Al respecto del análisis de las expectativas y motivaciones del paciente y el terapeuta los datos estarán expuestos de una manera global, es decir se expondrán las motivaciones que más se repitieron sin importar el nivel de motivación, se debe tomar en cuenta que no es posible obtener porcentajes debido a que un mismo paciente puede tener distintas motivaciones en el mismo momento. Como veremos en el siguiente ejemplo:

PACIENTE	1	2	3	4	5
1. Búsqueda de ayuda o supresión de síntomas					
2. Complacencia a familiares y allegados					X
3. Remisión de otros profesionales				X	
4. Exigencia de status					
5. Curiosidad					
Otras					
FAMILIARES, AMIGOS E INSTITUCIONES	1	2	3	4	5
1. Afán de ayuda de familiares					X
2. Sentimientos de ayuda de amigos					
3. Experiencias previas de familiares					X
4. Exigencias familiares					
5. Engaño de familiares					
6. Exigencias institucionales					X
7. Intereses institucionales					X
8. Otros					
TERAPEUTA	1	2	3	4	5
1. Vocación de ayuda					X
2. Adquisición de experiencia			X		
3. Fenómenos contra-transferenciales					
4. Factores económicos					
5. Obligación institucional					
6. Otros					

Tabla 8
19

De esta manera colocaremos a cada una de las motivaciones de manera descendente de acuerdo al número de repeticiones en la totalidad de la población. Ubicando así en la parte superior las motivaciones más repetidas y en la parte inferior aquellas que se repitieron en menor cantidad.

¹⁹ Ejemplo tomado de una de una de las guías aplicadas por la Mst. Martha Cobos.

Motivación	Frecuencia
Búsqueda de ayuda o supresión de síntomas	91
Complacencia a familiares y allegados	67
Remisión de otros profesionales	24
Curiosidad	17
Exigencia de status	11

Tabla 9

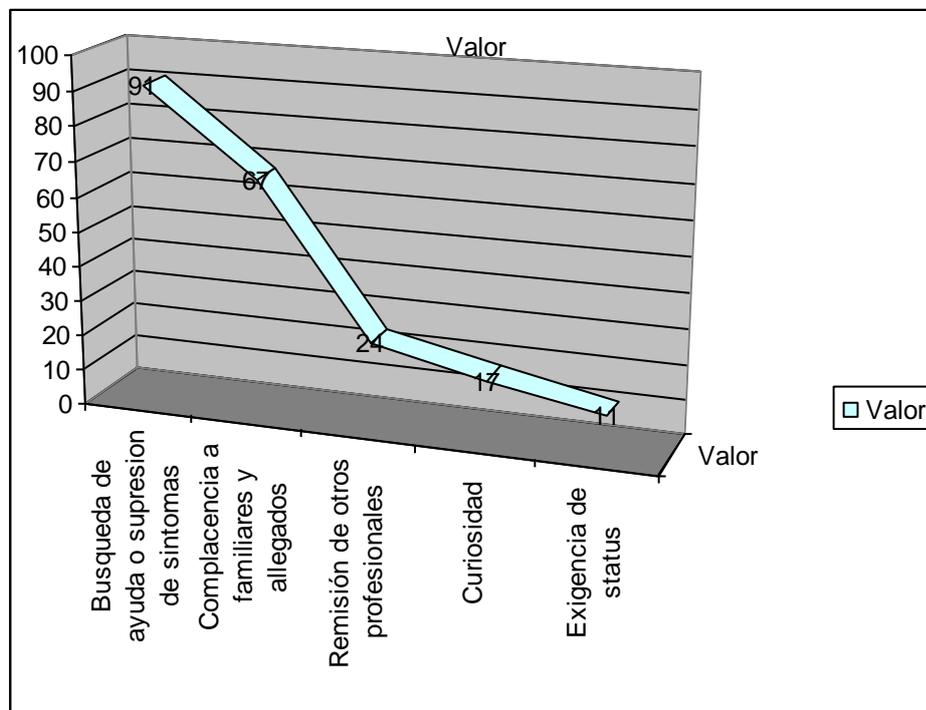


Gráfico 7

Vemos que la motivación que mas lleva a los pacientes a buscar una consulta psicológica se refiere a la búsqueda de ayuda y supresión de síntomas, mientras que la que motivación que menos se repite es la exigencia de status. En las motivaciones del paciente no se presentaron otras.

Motivaciones de familiares, amigos e instituciones obtuve los siguientes datos:

Motivación	Total
Afán de ayuda a familiares	64
Exigencias familiares	33
Exigencias institucionales	33
Intereses institucionales	33
Experiencias previas de familiares	32
Sentimientos de ayuda de amigos	7
Otros	7
Engaño de familiares	4

Tabla 10

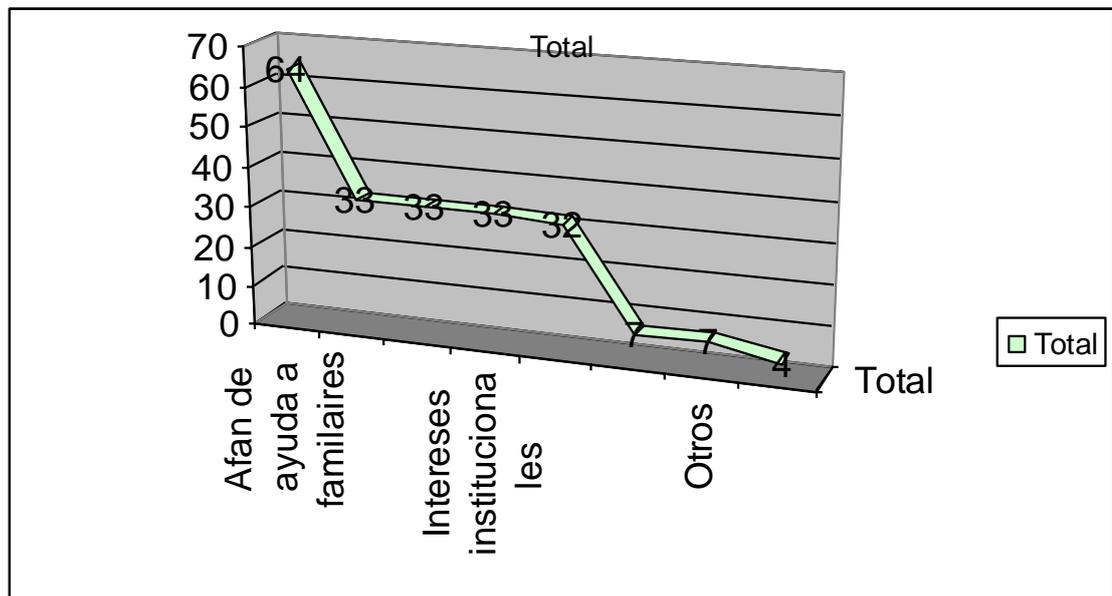


Gráfico 8

Interpretando la tabla y el gráfico, se puede observar que en lo que se refieren a las motivaciones de familiares, amigos o instituciones, la que más se repite es el afán de ayuda a familiares mientras que la que se presentó menos número de veces son las que tienen que ver con el engaño a familiares.

En esta parte los profesionales que colaboraron con la aplicación encontraron que existen otras motivaciones las mismas que son:

- Prevención de conductas.
- Valoración psicológica
- Bienestar familiar

- Trámites judiciales (2).
- Afán de ayuda por maestra del aula (2)

Las motivaciones y expectativas del Terapeuta

MOTIVACION	TOTAL
Vocación de ayuda	106
Adquisición de experiencia	80
Factores económicos	72
Obligación Institucional	29
Fenómenos contratransferenciales	8

Tabla 11

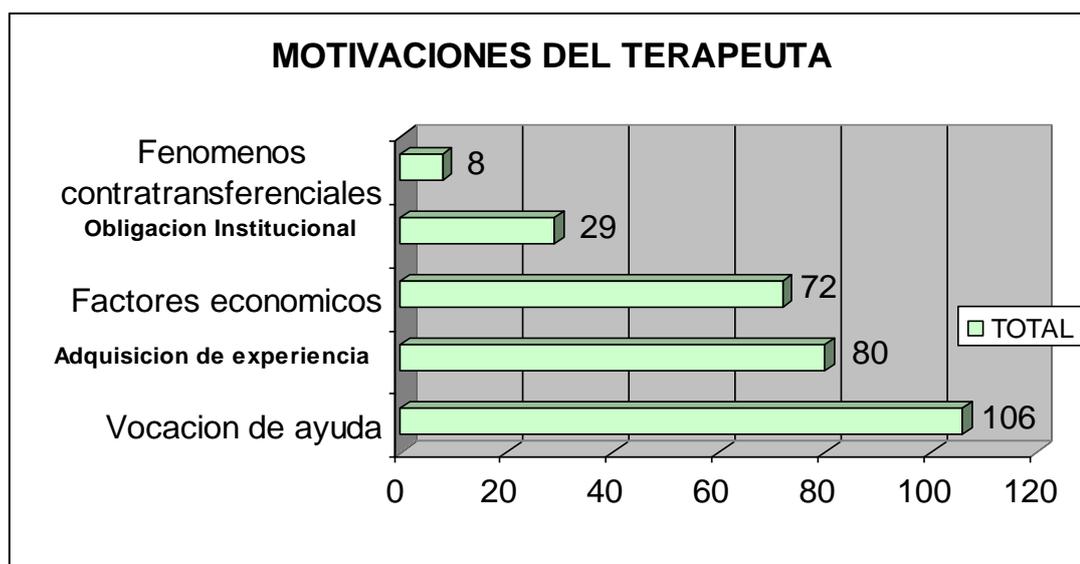


Gráfico 9

En conclusión, de acuerdo a las motivaciones de los terapeutas que colaboraron con esta investigación, podemos observar que predomina en ellos la vocación de ayuda, condición indispensable dentro del perfil del psicólogo o psicoterapeuta, en un segundo lugar, tenemos la adquisición de experiencia, este factor también resulta importante, ya que se puede observar la apertura de los profesionales para actualizar sus conocimientos constantemente, el hecho de trabajar con cada paciente nos provee de conocimientos nuevos.

En un tercer lugar, se observan los factores económicos, lo que nos indica que para estos profesionales, el hecho de generar ganancias es importante pero no es lo principal. Seguidamente tenemos la obligación institucional, un factor de que se observa más en las instituciones en donde el psicólogo debe atender a todos los pacientes que acuden a su consulta. Los fenómenos contratransferenciales si bien se han presentado en menor frecuencia, existen y están en relación con la madurez y la sinceridad de los profesionales.

3.3. La guía 1 como aporte del modelo integrativo focalizado en la personalidad

Como indicamos, a inicios del primer capítulo, las bases epistemológicas del Modelo Integrativo focalizado en la personalidad corresponden al constructivismo moderado. Así que considerando esta perspectiva constructivista, se puede entender el desarrollo de cualquier sistema de conocimiento (personal o científico/académico) como una dialéctica entre diferenciación e integración, que conduce en el caso óptimo a una situación de complejidad. La excesiva diferenciación de los enfoques psicoterapéuticos actuales es comprensible como un intento de maximizar la individualidad dejando de lado las generalizaciones, pero relacionado sin duda a cuestiones económicas, socio-políticas y de divergencias ideológicas (filosóficas, epistemológicas, metodológicas) entre los proponentes de cada uno de ellos.

Sin embargo, Kelly, 1969, Botella y Feixas, 1998 nos sugieren abogar por construcciones de un nivel jerárquico superior, más amplias y evolucionadas, que no supongan un modelo más a acumular. Aunque esta nueva (re)construcción no nos aporte un nuevo fragmento de verdad terapéutica, puede proporcionar una visión alternativa de las ya existentes. Con esta esperanza se han generado la mayoría de esfuerzos en el seno del movimiento integrador.

Es el caso del Modelo Integrativo focalizado en la personalidad, no existe la intención de ser un nuevo y único enfoque aplicable a los límites territoriales del Ecuador, sino que más bien este enfoque facilite el trabajo terapéutico en nuestro país, ya que se han tomado en cuenta condiciones propias, para que podamos ser parte de todo lo que implica la integración a nivel de psicoterapia, movimiento que surge desde los años ochenta.

De esta manera, se propone la aplicación de esta guía desde la primera consulta terapéutica la misma que ocupa el primer lugar en el ejercicio de una metodología propia para llegar a conocer las motivaciones y expectativas de los pacientes y el terapeuta en esta nueva relación que está por iniciar.

Para Feixas (1982), todas aquellas construcciones parciales de la realidad dotan al campo de la psicoterapia de una apariencia fragmentaria. Siguiendo la noción kellyana de fragmentalismo acumulativo, parece como si la psicoterapia hubiese avanzado acumulando fragmentos de conocimiento parcialmente útiles y válidos, desarrollados de forma independiente y competitiva, carentes de un marco general que los hiciera compatibles. El hecho de contar en la actualidad con más de 400 formas de tratamiento da una idea de la gran capacidad generativa de la psicoterapia, como área de conocimiento, para crear construcciones diferenciadas, pero también de la incapacidad para integrarlas que ha derivado en el actual panorama de fragmentación.

Es por eso que hoy en día se da un consenso creciente acerca de que no existe un solo enfoque que podamos considerar clínicamente adecuado para todos los problemas, clientes y situaciones. De hecho, el motor que ha generado el surgimiento de tantos nuevos enfoques es la insatisfacción con los modelos existentes, la conciencia sobre su inadecuación en determinados casos. Este es también el motor que mueve los esfuerzos integradores, aunque en una dirección diferente. Si ninguna de las 400 propuestas terapéuticas existentes ha conseguido demostrar su utilidad en todos los casos, no se trata de crear la propuesta nº 401, sino de plantearse esta cuestión desde otra perspectiva.

Esta perspectiva permite más bien, la integración de los conocimientos y técnicas disponibles que, aunque parciales y con valor limitado, puedan ayudarnos a comprender de forma más amplia y precisa el proceso psicoterapéutico. Otra idea en el mismo sentido es la de fomentar la flexibilidad teórica y técnica para adaptarse a cada caso concreto en detrimento de la adhesión rígida a un modelo. La flexibilización que conllevan los enfoques integradores reporta de por sí una mayor adaptación del proceder terapéutico a las particularidades del cliente.

Ante esta situación el Modelo Integrativo Ecuatoriano focalizado en la personalidad ha considerado para la elaboración de esta guía tanto aportes de escuelas gestálticas, humanistas, cognitivas y sistémicas conjuntamente con características de reales que se presentan en las interacciones entre pacientes y terapeutas de nuestro país para la elaboración de la guía 1 como instrumento importante en la psicoterapia.

En palabras de Gordon Allport, "si tu única herramienta es un martillo, tratarás a todo el mundo como a un clavo", esta es una de las intervenciones que como psicoterapeutas tratamos de evitar y combatir al ser parte de un enfoque integrador.

Desde una perspectiva constructivista, se puede entender la psicoterapia como la génesis intencional de significados y narrativas que puedan transformar la construcción de la experiencia de los clientes mediante un diálogo colaborativo (Botella, en prensa; Kaye, 1995). Tales sistemas de construcción de la experiencia, si bien están pautados por las formas discursivo/narrativas aceptables socialmente, revisten un componente innegable de individualidad. Así, es perfectamente previsible que ningún modelo único de psicoterapia pueda responder al cambio de todos los clientes o en todas las patologías. La psicoterapia, desde esta perspectiva, reúne componentes de comunes en cuanto a los procesos de cambio y, simultáneamente, de especificidad en cuanto al contenido de dichos cambios.

David H. Malan, en su artículo sobre la evaluación para psicoterapia, nos dice lo siguiente: *Si ha surgido una dificultad en el funcionamiento espontáneo de un sistema cualquiera, trátese del mecanismo de un automóvil, las relaciones humanas en una fábrica, la situación económica de un país, la ecología de una población, una familia, un matrimonio o un paciente médico o psiquiátrico, todo intento de volver las cosas a su curso normal se basará por fuerza en idénticos principios fundamentales. El primero es que se debe poner empeño en identificar el desperfecto entre un conjunto de deficiencias conocidas o como una consecuencia de la interacción de fuerzas también conocidas, de suerte que una eventual intervención se*

*pueda programar y tenga por base específica la reparación de lo que se ha descompuesto. Para este fin, el primer paso debe ser siempre la indagación preliminar, cuyo objeto es descubrir 1) la índole exacta del defecto, 2) el modo en que se ha producido y 3) otros rasgos que puedan arrojar luz sobre lo que se ha desarreglado y lo que se deberá hacer para corregirlo.*²⁰

Con todas estas consideraciones, el Modelo Integrativo focalizado en la personalidad, propone la Guía 1 como un instrumento que permita evaluar la demanda, motivaciones y expectativas tanto del paciente como del terapeuta de una manera común y general pero como hemos hablado anteriormente al otorgar valores individuales estamos otorgando la particularidad a cada uno de nuestros pacientes y de cada terapeuta según en cada caso. De esta manera contamos con una plantilla de dicha guía que permitirá la recolección de datos de una manera técnica, sistematizada y organizada, que no afecta la individualidad de nuestro paciente.

²⁰ Malan David h. "psicoterapia individual y la ciencia de la psicodinamica", editorial paidós, buenos aires, 1983, capitulo 17, pagina 269.

3.4. Intervenciones de acuerdo a los datos obtenidos mediante la utilización de la guía 1

Al aplicar la guía 1 al inicio y desde el primer encuentro entre cliente y terapeuta nos permite recolectar datos sumamente importantes que son utilizados como herramientas al momento de realizar intervenciones. Por lo se debería manejar un lenguaje en común y general sobre los datos recolectados con esta guía.

Siempre debemos reconocer que cada persona o cliente que acude a nuestra consulta es un caso, un universo en particular, por lo que debe ser considerado de acuerdo a esta condición. Sin embargo, existen principios comunes y generales que lo podemos manejar al finalizar la primera entrevista.

Al hablar de intervenciones en el campo de la psicoterapia y la psicología, queremos referirnos a todas aquellas comunicaciones y comportamientos que ejerce el terapeuta durante el ejercicio de esta condición.

Entonces a continuación se propondrán algunas consideraciones que a lo largo de nuestro desempeño como psicólogos o psicoterapeutas, servirán al momento de analizar los datos tanto cualitativos como cuantitativos encontrados en cada uno de nuestros pacientes y del terapeuta en la interacción con cada paciente. Para tomaremos de referencia la secuencia de la guía 1, que propone el Modelo Integrativo focalizado en la personalidad.

3.4.1. Demanda, expectativas y motivaciones desde el paciente:

En primera instancia analizamos a la demanda, sabiendo que esta cuenta con distintos orígenes, entonces lo favorable desde el inicio consistiría en que el deseo de consultar y tratarse con el psicólogo, provenga desde el propio paciente. Pero pueden existir otras variantes como son los casos, que la demanda sea iniciativa de un familiar, profesional u otros, el Modelo Integrativo focalizado en la personalidad no asume esto como un impedimento para la intervención psicoterapéutica o de asesoramiento siempre y cuando se considere lo siguiente:

- En dicha situación, luego de escuchar el discurso con el que acude cualquier persona que tienen el afán de ayudar al paciente (familiares, amigos, profesionales u otros), en una segunda oportunidad se debe dar principal atención a las construcciones con las que este paciente acude a nuestra consulta, si bien la información inicial nos sirvió como una puerta de entrada al padecimiento del paciente, posteriormente nos dedicaremos principalmente a la persona que continuará asistiendo a nuestro encuentro. Esta condición se debe cumplir sin importar la edad de nuestro paciente.

Como recalcamos en el apartado anterior, la demanda se encuentra directamente relacionada con las motivaciones y expectativas, es por eso que si analizamos la viabilidad de dicha demanda hay que hacerlo conjuntamente con el grado de motivaciones que aparecen durante la consulta.

En el caso que nuestro cliente en cuestión, cuente con expectativas y motivaciones presentes y valoradas desde un nivel 2 en adelante, sabemos que es un paciente susceptible de cualquier modalidad de tratamiento (psicoterapia o asesoramiento).

Por ejemplo; las motivaciones y expectativas previas en un paciente que acude por primera vez a una consulta podría tender a desconfiar de la psicoterapia, debido a que representa un camino un tanto desconocido, razón por la cual el grado de motivación

con el que paciente acude a podría ser intermedio. En otros casos un paciente que acude por primera vez podría ver a la psicoterapia aunque le resulte un terreno desconocido como la solución para sus dificultades por lo que el grado de motivación va ser mucho mejor que en el caso del paciente anterior.

Así podemos encontrarnos con personas con expectativas muy negativas, derivadas por varias razones tales como: malas experiencias pasadas, como por verse obligadas o empujadas en el proceso por una tercera persona; y/o encontraron con expectativas no realistas en la medida en que el sujeto sobreestime nuestras capacidades como psicólogos, delegando su responsabilidad en el proceso.

Entonces otorgarían un valor de 1, con esta falta o ausencia de motivación resultaría difícil emprender cualquier intervención psicológica así la motivación del familiar sea alta, de esta manera hay que hablar con el paciente la posibilidad de que el regrese en otro momento, es decir cuando sea el propio paciente quien sienta una relativa motivación; o cuando al estar presente su demanda también sienta que es posible tratarla mediante la vía de la psicoterapia o asesoramiento.

Incluso desde nuestros pacientes más pequeños como son los niños, se debe indagar esta situación ya que ellos también son capaces de expresar desde su interior sus sentimientos y sus motivaciones al asistir a un psicólogo.

La herramienta más importante para establecer la relación entre demanda y motivaciones, es el lenguaje ya sea este verbal o no verbal y la comunicación que se transmite a lo largo de la sesión.

Al utilizar el lenguaje verbal el terapeuta puede utilizar preguntas directas tales como:

- ¿Del uno al cinco cuanto crees que te pueda ayudar asistir a esta consulta de psicología?
- ¿Si pudieras poner un valor del uno al cinco en lo que se refiere a tu deseo de venir a otra sesión, cuanto le otorgarías?

- ¿Crees que te sientes: sin motivación, poco motivado, relativamente motivado, motivado o muy motivado para trabajar en las sesiones de psicoterapia?

En lo que respecta al lenguaje no verbal, la conducta, los gestos, la postura, de nuestro paciente nos dirá mucho sobre el grado de motivación durante esta primera entrevista.

Posteriormente o partir de la siguiente sesión o encuentro, tanto en el caso de niños como adultos, se podrá observar que el nivel inicial de las motivaciones y expectativas tiende a incrementarse debido a la aparición otros factores correspondientes a:

- Adecuado establecimiento de vínculo terapéutico: Otra de las estrategias que se pueden utilizar es que mediante el establecimiento del vínculo entre paciente y terapeuta, poco a poco el paciente que acude a nuestra consulta motivado por una tercera persona, se pueda ir empoderando del trabajo realizado como propio y de esta manera se torne en un paciente activo durante el tiempo que dure este proceso.
- Intervenciones adecuadas por parte del terapeuta: Todo paciente se encuentra muy alerta a las intervenciones que el terapeuta esta explicitar luego de haber manifestado todo su padecimiento actual, de esta manera, dichas intervenciones podrían resultar muy perjudiciales si no se las realiza en un momento adecuado, por lo que como hemos revisado a lo largo del desarrollo de esta investigación los puntos clave durante la primera entrevista son la demanda y las expectativas del cliente, es por eso que las intervenciones deben ser en relación a estas dos variables de la psicoterapia que son abordadas a lo largo de la primera entrevista.
- Establecimiento de objetivos de tratamiento: Al finalizar la primera sesión es muy probable que tanto el paciente como el terapeuta presente objetivos claros respecto de la demanda inicial o explícita, en este caso ir definiendo un objetivo muy general al ir finalizando la primera entrevista influirá positivamente en la motivación del paciente.

3.4.2. Expectativas y motivaciones del terapeuta:

Al considerar al terapeuta como un ser humano en todos los ámbitos que implica esta condición, también cuenta con sus propias motivaciones y expectativas al interactuar con cada uno de los pacientes. Así, el terapeuta en cada encuentro con un paciente nuevo debe permitirse unos minutos para que mediante un trabajo de insight pudiera detectar cada una de sus motivaciones y de la misma manera que el paciente otorgarles un valor.

Una de las consideraciones que propone el Modelo Integrativo focalizado en la personalidad es que cuando existen niveles bajos de motivación desde el terapeuta, en lo que respecta a las expectativas tales como: vocación de ayuda y niveles altos en la expectativa correspondiente a la aparición de fenómenos contratransferenciales y obligación institucional, son situaciones en las que no se recomienda atender al paciente, sin embargo creemos que resultaría beneficioso para el paciente o cliente en cuestión utilizar una estrategia a la que conocemos como derivación.

En el campo de la psicoterapia este instrumento consiste en que en primera instancia acogemos a este paciente pero el terapeuta no se encuentra apto para trabajar y establecer una relación terapéutica por lo que recomienda buscar la ayuda necesaria en un colega, de esta manera se protege de una manera responsable la integridad tanto del paciente como del terapeuta.

En lo que respecta a la adquisición de experiencia, esta motivación debe estar acompañada de otra como es la de vocación de ayuda, ya que al complementarse ambas estaríamos obteniendo un beneficio tanto el paciente como el terapeuta. De aparecer sola esta motivación deberíamos profundizar con el terapeuta para reconocer e identificar si este acto únicamente merece a acumulación de conocimientos.

En lo referente a factores económicos, también sería importante que se acompañe de otra motivación como por ejemplo, la de vocación de ayuda, ya que el hecho de

cobrar no está mal, más bien corresponde a una de las instancias de un proceso o una intervención. El problema o aspecto negativo sería si un terapeuta o psicólogo espera o se siente motivado únicamente por recibir su ganancia económica, y así utilizar a la necesidad o preocupación de su paciente como una fuente de dinero en donde el único beneficiario vendría a ser el terapeuta mas no el paciente.

Considerando que la primera entrevista psicológica o psicoterapéutica sigue un orden, un progreso, o etapas al ir finalizando este primer encuentro llegamos a un momento al que conocemos por cierre de la sesión. En la etapa del cierre o finalización de la primera sesión, se van obteniendo conclusiones las mismas que son obtenidas mediante un trabajo conjunto entre el terapeuta y el paciente o cliente, de esta manera se las conclusiones pueden ser bajo los siguientes lineamientos:

1. Relación del grado de motivación con la demanda del paciente.
2. ¿Cuáles son las posibilidades de tratamiento ya sea de psicoterapia o asesoramiento?
3. ¿Cuáles son las posibilidades del paciente para participar de cualquier tipo de tratamiento?
4. Si el terapeuta puede ofrecer un determinado tratamiento a su paciente o es un caso sería mejor tratado por otro profesional ya sea de la misma rama o de otra especialidad.
5. Si se trata de una entrevista única.

CONCLUSIONES

1. La demanda psicológica o motivo de consulta para el Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad, así como, algunos representantes de teorías constructivistas como Bandler y Girnder, J.J Ruiz Sánchez, es de gran importancia, debido a que es el primer sentir de un paciente ante un proceso de psicoterapia o asesoramiento. Esta demanda servirá como una estructura base sobre la cual se edificará todo un complejo conjunto de acciones, interpretaciones, conclusiones en pro de solucionar dicho motivo de consulta. Es decir, que de acuerdo a la demanda psicológica se planificará un proceso de psicoterapia.

De esta manera, al considerar a la demanda como una base estructural, es necesario abordarla desde el primer encuentro, quiere decir que el terapeuta debe prestar principal atención al contenido de la misma, ya en la primera entrevista, porque lo que ocurra posterior a este encuentro dependerá de este contenido.

El análisis de la demanda desde su concepto y su importancia ha motivado al Modelo Integrativo focalizado en la personalidad a plantear, mediante la Guía 1, una adecuada secuencia para llegar a descomponer el motivo de consulta, a fin de que esto permita tener una demanda psicológica clara y bien estructurada, previo al inicio de un proceso. Esta propuesta nos indica que es necesario primero conocer el origen de la demanda, en un segundo momento esclarecer si se esta demanda se manifiesta de manera explícita, implícita o mixta, y en un tercer momento se puede examinar el tipo de demanda de acuerdo al servicio que el terapeuta puede ofrecer como es de asesoramiento, sintomática, de personalidad y mixta.

2. La demanda psicológica o motivo de consulta, desde el primer encuentro, siempre se encontrará acompañada de una motivación, es decir, todo aquel trabajo intrapsíquico que conduce a un paciente a la búsqueda de ayuda, se ha visto que esta fuerza motora interviene en la relación terapéutica y en el éxito de un proceso de psicoterapia, entonces la propuesta del Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad es que, a la motivación se la aborde desde una perspectiva cualitativa y cuantitativa, así como también, se la analice desde los distintos participantes de la psicoterapia como serán: el propio paciente, los familiares y allegados y el terapeuta. Entonces, la aplicación de la guía 1 del Modelo Integrativo focalizado en la personalidad, propone que se analicen las motivaciones previas al inicio del proceso para garantizar éxitos tanto para el paciente como para el terapeuta.

3. La Guía 1, no contempla algunas motivaciones, tales como:
 - Prevención de conductas, quiere decir que el interés de buscar un servicio ya sea de psicoterapia o asesoramiento se encuentra relacionado a la prevención de problemas posteriores, por ejemplo, familias que atraviesan por divorcios se pueden asesorar durante este proceso y no posterior al mismo cuando ya se presentaron problemas en uno de sus hijos.

 - Valoración psicológica: se refiere a que en ocasiones los pacientes acuden a consulta debido a que desde una institución se solicita una evaluación ya sea con fines curativos o preventivos, en el caso del segundo, probablemente el paciente acuda para una valoración y, una vez concluida la misma, se descarta la necesidad de una psicoterapia.

 - Bienestar familiar: esta observación se encuentra dentro del afán de ayuda de familiares o allegados.

 - Trámites judiciales: Pacientes que están participando de un proceso legal, por ejemplo, cuando se disputan la custodia de los niños, durante este proceso se debe proporcionar un apoyo psicológico.

- Afán de ayuda por maestra del aula: Esta motivación fue sugerida pero se la puede considerar dentro de las motivaciones ya contempladas, mas específicamente a la que se refiere a los intereses institucionales, debido a que a la maestra le interesa que uno de sus alumnos reciba ayuda psicológica para mejorar su rendimiento académico.

Así que, se ponen a consideración estas observaciones receptadas, y se recomienda modificar el esquema de la guía 1, del Modelo Integrativo focalizado en la personalidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Balarezo. Lucio. (2003.). <i>Psicoterapia, Asesoramiento y Consejería</i> . Quito: Centro de Publicaciones Politécnica Universidad Católica del Ecuador.
2. Balarezo. Lucio. (2003.). <i>Psicoterapia</i> . (2da Ed.). Quito: Centro de Publicaciones Universidad Católica del Ecuador.
3. Balarezo Chiriboga Lucio, (2010). <i>Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad</i> . Primera edición. Quito: Unigraf
4. Bellak. Leopold, (1993) <i>Manual de Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia</i> . Segunda Edición, Editorial el Manual Moderno, S.A de C.V
5. Cayssials. Alicia (2010) <i>¿Cuali y/o Cuanti?</i> Primera Edición. Provincia de Buenos Aires Argentina: Editorial Paidós.
6. Chemama, Roland. (2002). <i>Diccionario de Psicoanálisis</i> (1ra Ed.). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
7. <i>Diccionario de la Lengua Española</i> (2000.). Publicación de la Real Academia de la lengua. (21ª Ed.). España: Editorial Espasa Calpe, S.A.
8. Fernández Álvarez. Héctor. (2005) <i>Fundamentos de un Modelo Integrativo en psicoterapia</i> . Buenos Aires: Editorial Paidós.
9. Freud. Sigmund (1913.). <i>Sobre la iniciación del tratamiento</i> . Publicado en Obras Completas vol. 12, Buenos Aires: Amorrortu Editores.
10. Giordani, Bruno. (1997.). <i>La relación de ayuda: de Rogers a Carkhuff</i> . (2ª Ed.). Bilbao: Desclée de Brouwe.
11. Malan David H. (1983.) <i>Psicoterapia Individual y la ciencia de la Psicodinámica</i> . Buenos Ares: Editorial Paidós,
12. Morris. Charles. (1997.) <i>Psicología</i> . (9a Ed.). Mexico: Grafik S.A. DE C.V
13. Opazo. Roberto (.). <i>Psicoterapia Integrativa: Delimitación Clínica</i> . Chile:

14. Ortuño Sanchez-Pedreño, F.(1997). Conducta de enfermedad y actitud del paciente hacia sus síntomas, en Manual del Residente de Psiquiatría, Cervera Enguix, S., et al, (comp.), Madrid, Smithkline Beecham.
15. Polkinghorne, John (2007) <i>Explorar la realidad</i> , (1ra edición) Barcelona: Sal Térrea.
16. Rogers Carl (1979) <i>El Proceso de convertirse en persona</i> . Buenos Aires: Paidós.
17. Solana, Ricardo F. (1993.). <i>Administración de Organizaciones</i> . Buenos Aires: Ediciones Interoceánicas S.A.
18. Tse-Tung Mao, Libro Rojo “Citas del Presidente Mao Tse-Tung”(1966.). “Métodos de trabajo de los comités del Partido” (13 de marzo de 1949), primera edición, Pekín. Ediciones en Lenguas Extranjeras

REVISTAS

1. López Herrero, L.S., Pérez, A., "La cara oculta de la tristeza", Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2003, nº; 72, pág. 56.
--

Documentos con acceso en el World Wide Web (WWW)
--

Sabino Carlos, (1992). <i>El proceso de investigación</i> . recuperado 21 noviembre 2005 Noviembre 21 de http://paginas.ufm.edu/Sabino/PI.htm .
