

**UNIVERSIDAD DE PALERMO**  
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales  
Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

**La organización de la demanda del paciente en la primera entrevista clínica**

Alumna: María Fernanda Longo Elia

Tutora: Dra. Gabriela Ramos Mejía

Buenos Aires, mayo de 2018

## Índice

<b>1. Introducción.....</b>	<b>4</b>
<b>2. Objetivos.....</b>	<b>4</b>
2.1. Objetivo general.....	4
2.2. Objetivos específicos.....	5
<b>3. Marco Teórico.....</b>	<b>5</b>
3.1. Movimiento integrativo .....	5
3.2. La conceptualización del caso.....	9
3.3. La organización de la demanda .....	13
3.3.1. Rotulación.....	14
3.3.2. Atribución.....	15
3.3.3. Búsqueda o expectativas.....	16
3.3.4. Evolución de la demanda.....	18
3.4. Diseño de tratamiento.....	19
3.5. Estilo del terapeuta.....	23
3.6. Perturbaciones emocionales.....	25
<b>4. Metodología.....</b>	<b>26</b>
4.1. Tipo de estudio.....	26
4.2. Participantes.....	26
4.3. Instrumentos.....	27
4.4. Procedimiento.....	27
<b>5. Desarrollo.....</b>	<b>28</b>
5.1. Presentación .....	28
5.2. Objetivo 1: Describir y comparar distintas maneras de organización de la demanda en relación a rotulación del problema y atribución de causalidad.....	28
5.2.1 Rotulación .....	29
5.2.2 Atribución de causalidad.....	31
5.3. Objetivo 2: Describir y comparar distintas maneras de organización de la demanda en relación a evolución y expectativas.....	35
5.3.1 Evolución de la demanda.....	35
5.3.2 Expectativas.....	38

5.4. Objetivo 3: Analizar cómo distintas maneras de organización de la demanda pueden orientar distintos diseños de tratamiento y la elección del estilo de terapeuta.....	42
5.4.1 Diseño de tratamiento.....	42
5.4.2 Estilo de terapeuta.....	46
<b>6. Conclusiones.....</b>	<b>48</b>
<b>7. Referencias bibliográficas.....</b>	<b>54</b>

## 1. Introducción

El Trabajo Final Integrador que aquí se presenta se realizó a partir de la experiencia de la Práctica y Habilitación Profesional V, de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo. Esta práctica consistió en la asistencia durante cuatro meses (280 horas), entre septiembre y diciembre de 2017, a una institución dedicada a la salud mental que ofrece tratamiento psicoterapéutico a adultos, niños y adolescentes, familias y parejas desde un modelo teórico cognitivo integrativo. También realiza actividades de formación, docencia e investigación. Durante la práctica se observaron sesiones de psicoterapia en cámara gesell de adultos, familias y adolescentes y entrevistas de admisión; se participó en espacios de supervisión y se realizaron tareas de desgrabación de entrevistas clínicas. Como actividad de formación se incluyó la cursada de la materia Integración en Psicoterapia dictada en la Universidad de Palermo durante el segundo cuatrimestre de 2017.

A partir de esta experiencia, se eligió como tema de interés para la realización del TFI la descripción y análisis de algunos ejes organizadores de la primera entrevista clínica, tal como es concebida y sistematizada por el modelo desarrollado y aplicado en la institución. Dentro de este modelo integrativo, la primera entrevista es un instrumento fundamental para la evaluación, conceptualización del caso y diseño de un tratamiento personalizado, que contemple las necesidades y expectativas del paciente y el estilo de terapeuta adecuado para llevar adelante el tratamiento. Se otorga dentro de este modelo especial relevancia a la formulación del malestar del paciente, esto es, la *organización de la demanda*, tal como es expresada por él en los primeros cinco minutos de la entrevista de admisión, que son desgrabados y adjuntados a la historia clínica. Para este modelo la organización de la demanda del paciente tiene igual o mayor importancia que el diagnóstico categorial, ya que ofrece un valioso material a la hora de diseñar y encarar una psicoterapia.

## 2. Objetivos

### 2.1 Objetivo general

Describir y analizar la *organización de la demanda* del paciente en la primera entrevista clínica como instrumento para la conceptualización del caso y el diseño de tratamiento desde un modelo integrativo de psicoterapia.

## 2.2 Objetivos específicos

1) Describir y comparar distintas maneras de organización de la demanda a partir del material generado por seis pacientes adultos en la primera entrevista clínica, en relación a *rotulación del problema y atribución de causalidad*.

2) Describir y comparar distintas maneras de organización de la demanda a partir del material generado por seis pacientes adultos en la primera entrevista clínica, en relación a *evolución de la demanda* (tratamientos anteriores, soluciones intentadas) y *expectativas* del paciente.

3) Analizar cómo distintas maneras de organización de la demanda a partir del material generado por seis pacientes adultos en la primera entrevista clínica pueden orientar distintos *diseños de tratamiento* (objetivos, duración, formato y tipo de intervenciones) y la elección del *estilo de terapeuta* que lo llevará adelante.

## 3. Marco teórico

### 3.1 Movimiento integrativo

El movimiento integrativo en psicoterapia surge en la década del 80 como una alternativa superadora a la proliferación de enfoques y modelos teóricos, ante la evidencia empírica de que modelos diferentes resultaban igualmente eficaces y como un intento de diálogo colaborativo para explorar las condiciones y posibilidades que favorecen el cambio psicológico (Feixas & Botella, 2004). La integración en psicoterapia fue conceptualizada como un esfuerzo para sintetizar diferentes técnicas y teorías provenientes de distintas orientaciones, con el objetivo de comprender mejor y hacer avanzar a la psicoterapia en su conjunto, gracias al aporte de estos diversos enfoques (Castonguay & Goldfried, 1994).

En el panorama internacional, la combinación de diferentes enfoques y técnicas provenientes de distintos modelos teóricos es actualmente la elección preferencial de la mayoría de los terapeutas (Botella, Maestra, Feixas, Corbella & Vall, 2015). En nuestro país, de acuerdo a los resultados de una investigación realizada en 2011-2012 en la Ciudad de Buenos Aires y en la Provincia de Buenos Aires, la orientación integrativa en psicoterapia (en distintas variantes) es la segunda línea teórica a la que dicen adscribir

los terapeutas encuestados (41,7%), detrás del modelo psicoanalítico, que es la línea preponderante (52,9%) (Muller & Palavezzatti, 2015).

Más allá de los distintos niveles de profundidad que ha alcanzado el movimiento integrativo en las últimas décadas, el objetivo sigue siendo hoy el mismo que en sus orígenes: ir más allá de las barreras impuestas por los distintos modelos teóricos, con el fin de aumentar la eficacia y la aplicabilidad de la psicoterapia (Norcross, 2005).

Epistemológicamente el movimiento integrativo asume una perspectiva constructivista, desde la cual se entiende el malestar psíquico como un proceso dinámico de construcción de significado sobre la propia experiencia, que siempre tiene lugar en el lenguaje, comprendido éste en sentido amplio, como todo el repertorio simbólico que proporciona la cultura (Feixas & Botella, 2004; Fernández Alvarez, 1992; Neimeyer, 1998). Una perspectiva constructivista en psicoterapia supone que solo accedemos al conocimiento del mundo a través de la experiencia subjetiva que tenemos de él, es decir, de los procesos cognitivos por los cuales clasificamos, secuenciamos y organizamos esa experiencia para atribuirle significado, transformándola en un relato (Bruner, 2013; Epston, White & Murray, 1996).

Dentro de los factores influyentes en la formación del movimiento integrativo en psicoterapia se pueden mencionar: la proliferación de enfoques psicoterapéuticos ligada a cuestiones socioeconómicas, políticas e ideológicas; la ausencia de eficacia diferencial entre los distintos modelos teóricos y la inadecuación de una única forma de psicoterapia para todos los casos; el reconocimiento de la existencia de factores comunes a distintas psicoterapias; el énfasis en las características del paciente y de la relación terapéutica como principal ingrediente del cambio psicológico; y factores sociopolíticos y económicos que impulsan la necesidad de acortar los tratamientos y racionalizar los recursos disponibles (Feixas & Botella, 2004).

El movimiento integrativo se ha organizado históricamente en cuatro grandes áreas de trabajo, que no son excluyentes entre sí: el *eclecticismo técnico*, la *integración teórica*, el estudio de los *factores comunes* y la *integración asimilativa* (Norcross, 2005). El eclecticismo técnico se basa en la selección de técnicas e intervenciones terapéuticas de acuerdo a su eficacia empírica en determinados cuadros clínicos, independientemente de la teoría de la cual éstas provengan. La integración teórica tiene como objetivo la creación de un marco conceptual que sintetice dos o más modelos teóricos de psicoterapia, con la intención de que el resultado sea mejor que el que podría obtener cada uno de esos modelos por separado. Se trata de integrar no sólo las técnicas,

sino las teorías subyacentes, de forma tal de que surja de allí una nueva teoría, con implicancias tanto para la clínica como para la investigación. La integración asimilativa, por su parte, se encuentra a mitad de camino entre el eclecticismo técnico y la integración teórica: se apoya fuertemente en un marco teórico de origen (por ejemplo, la terapia cognitivo-conductual), pero integra elementos, tanto técnicos como teóricos, de otros modelos, reconceptualizándolos desde su propia teoría de base (Norcross, 2005).

La investigación sobre los factores comunes a distintos enfoques terapéuticos (en detrimento de los avances específicos dentro de cada modelo) ha tenido, por su parte, un gran desarrollo y su objetivo es identificar aquellos aspectos, tanto clínicos como teóricos, que comparten todas las psicoterapias sin distinción y que operan con mejores resultados como promotores del cambio psicológico (Feixas & Botella, 2004). Una de sus metas ha sido y sigue siendo crear tratamientos más sencillos, parsimoniosos y eficaces, basados justamente en aquellas variables comunes a los distintos abordajes psicoterapéuticos (Norcross, 2005).

Aunque durante muchos años se consideró a los factores comunes como variables “no específicas”, subsidiarias de las técnicas derivadas de las teorías, cuyas características no se comprendían del todo, actualmente no solo no hay duda de que se trata de procesos terapéuticos genuinos, sino que también son los factores a los que se ha dedicado mayor esfuerzo de investigación empírica (Castonguay, Eubanks, Goldfried, Muran & Lutz, 2015).

Esas investigaciones dan cuenta, por ejemplo, de que los factores comunes en su conjunto explican más del doble de la variación en el cambio terapéutico que la operada por las técnicas específicas de cada modelo teórico (Botella & Maestra, 2016; Uribe Restrepo, 2008). Si las técnicas específicas explican el 15% de la variación en el cambio terapéutico, los factores comunes en su conjunto (incluyendo el vínculo terapéutico, las variables asociadas al paciente y los factores extraterapéuticos) explicarían el 85% de ese cambio (Lambert, 1992; Uribe Restrepo, 2008).

Dentro de los factores comunes, se han identificado variables relacionadas con las características de los pacientes (esperanza, compromiso, motivación, confianza); con las cualidades de los terapeutas (calidez, empatía, compromiso, autenticidad, aceptación); con las características del vínculo terapéutico (apego, retroalimentación, acuerdo de objetivos); y de la estructura del tratamiento (*setting* o encuadre, revisión de tareas, automonitoreo), entre otros (Uribe Restrepo, 2008).

Se ha prestado atención, asimismo, a la manera en que las variables del paciente se articulan con las variables del terapeuta, facilitando la alianza terapéutica y orientando los tratamientos. Dado que no hay posibilidad de éxito terapéutico sin una buena alianza de trabajo, muchos autores coinciden en que la adaptación del estilo del terapeuta al estilo del paciente debe ser el principio ordenador en psicoterapia (Corbella, Balmañá, Fernández Alvarez, Botella & García, 2009; Fernández Alvarez, 2003).

El ajuste entre las variables del paciente y la persona del terapeuta en la construcción de la alianza ha sido objeto de muchas investigaciones en los últimos años (Corbella & Botella, 2003; Soares, Botella, Corbella, Serra de Lemos & Fernández, 2013). La alianza terapéutica como factor común preponderante no solo es condición para el inicio de un tratamiento, sino que es el factor principal que permite sostenerlo en el tiempo. La construcción de la alianza supone un acuerdo inicial entre paciente y terapeuta que no está exento de dificultades. Muchos fracasos en psicoterapia se deben a malentendidos en ese primer contrato que se establece, con frecuencia, en los minutos iniciales de la primera entrevista clínica (León, Gómez & Labourt, 2016).

La alianza terapéutica ha sido definida por Bordin (1979) como un compromiso mutuo entre paciente y terapeuta sobre los objetivos y las tareas que implica la psicoterapia, a partir de una idea de colaboración conjunta, sumados a un fuerte componente afectivo (que implica, entre otras cosas, confianza, respeto, admiración e interés) entre paciente y terapeuta. Las tareas se refieren a las acciones que forman parte del trabajo terapéutico, y que sean percibidas por el paciente como relevantes para su mejoría es algo fundamental, si bien el mismo autor señaló que una alianza positiva es necesaria pero no suficiente para el éxito de una psicoterapia (Bordin, 1979).

La alianza supone tanto aspectos intrapersonales (representaciones internas del paciente y del terapeuta sobre lo que ocurre en la terapia) como interpersonales (el vínculo entre ambos). Muchas investigaciones han demostrado que la alianza terapéutica, especialmente cuando es evaluada al comienzo del tratamiento y desde la perspectiva del paciente (es decir, la evaluación que hace *el paciente* de la alianza, que no necesariamente coincide con la que hace el terapeuta), es un predictor muy relevante del resultado de una terapia (Friedlander, Escudero & Heatherington, 2009).

Dentro de la abundante investigación sobre la eficacia de la psicoterapia una de las corrientes más prolíficas es la investigación enfocada en el paciente, también conocida como investigación orientada a la práctica. Uno de sus disparadores fue el estudio de aquellos casos en los que los pacientes no sólo no alcanzaban resultados

favorables gracias a la psicoterapia, sino que incluso parecían empeorar. Estudios empíricos han estimado que el 8% de los pacientes adultos finaliza un tratamiento peor de lo que lo empezó, y esta cifra asciende a más del doble (del 15 al 24%) entre niños y adolescentes (Barlow, 2010; Castonguay et al., 2015; Lambert, 2013). En nuestro país, un estudio realizado en la Ciudad de Buenos Aires con una muestra de 274 pacientes arrojó resultados semejantes: mientras un 4% de los pacientes empeoró, un 54% no reportó cambios y un 42% experimentó alguna mejoría, dentro del cual, a su vez, solo un 24% representó una mejoría clínica significativa (Margni, Molina, Sartori, Rebull & Vázquez, 2012).

El monitoreo de los resultados de la psicoterapia, el esclarecimiento de cuáles son las intervenciones que benefician o perjudican a los pacientes y la reducción de la brecha entre investigación y clínica es uno de los principales objetivos de la investigación orientada a la práctica. Esta investigación apunta a mejorar los resultados de los tratamientos gracias a la evidencia empírica, monitoreando las sesiones y proveyendo información a los terapeutas sobre la evolución de los mismos, de manera de fomentar combinaciones óptimas entre pacientes y terapeutas (Castonguay & Muran, 2014; Gómez Penedo & Roussos, 2012; Youn, Xiao & Castonguay, 2016).

### 3.2 La conceptualización del caso

La evaluación clínica en la primera entrevista requiere tener en cuenta una cantidad de dimensiones o variables de forma tal de planificar un tratamiento que responda a la demanda subjetiva del paciente. El concepto de *demanda* ha sido y sigue siendo uno de los articuladores fundamentales para todos los modelos teóricos en psicoterapia. Para el psicoanálisis, por ejemplo, la demanda es una noción fundamental que ha moldeado desde sus comienzos la técnica analítica misma. Los principios de neutralidad y abstinencia que propone el modelo psicoanalítico suponen *no responder* a la demanda del paciente. La regla de abstinencia impone al analista la obligación de no ceder ante los reclamos de su paciente, en el sentido de dejar subsistir en él aquel deseo que lo impulsa hacia la cura, sin intentar satisfacerlo ni obturarlo (Freud, 1914).

Más tarde, la clínica lacaniana hizo de la dialéctica del deseo y la demanda un articulador teórico fundamental que describe un circuito por el cual el sujeto, atravesado por el lenguaje, pasa del plano biológico de la necesidad al plano de los significantes, al plano de la demanda. Esta es siempre demanda insatisfecha, demanda de amor. Para

Lacan, el “más allá de la demanda” es ese residuo, aquello que se pierde en el pasaje de la necesidad a la demanda, que es nada menos que el origen del deseo (Lacan, 1958).

Desde otra perspectiva epistemológica, los modelos cognitivo-conductuales y los modelos interaccionales hablan de una demanda explícita o manifiesta, que constituye el motivo de consulta o pedido de ayuda, y una demanda implícita o latente. Mientras el motivo de consulta puede constituir una descripción de síntomas, dificultades o problemas más o menos objetivos u observables, la demanda es siempre una experiencia subjetiva, supone el reconocimiento por parte del paciente de su necesidad y su deseo de pedir ayuda, y requiere una motivación personal en relación a sus propios recursos y sus expectativas de cambio (Martínez Farrero, 2006).

La experiencia subjetiva de malestar se relaciona con un modo particular de percibir y construir la realidad, con determinadas percepciones sobre el propio bienestar y el de los otros y sobre lo que se puede o espera obtener de aquellos a quienes se consulta y se atribuye un determinado saber. La búsqueda de ayuda supone algún nivel de sufrimiento o disfunción, pero este padecimiento frecuentemente va más allá de lo sintomático, o al menos no puede explicarse por completo desde esta perspectiva. Hay personas cuya demanda tiene que ver con aumentar su desarrollo personal, con enriquecer su guión personal en un determinado momento del ciclo vital; y hay otras cuyo grado de malestar personal no se corresponde con la descripción de sus síntomas desde una perspectiva psicopatológica (Fernández Alvarez, 1992; 2003).

La importancia de la primera entrevista clínica para la conceptualización del caso y la planificación del tratamiento ha sido ampliamente estudiada. Tratándose de una técnica en la cual se recibe un pedido de ayuda de alguien que está experimentando algún tipo de padecimiento, su objetivo no es sólo la recopilación de datos, sino poder identificar cuál es la demanda del paciente a partir de su propia percepción y formulación de malestar (Maganto Mateo & Cruz Sáez, 2003).

Dentro del modelo sistémico, por ejemplo, se ha formalizado el registro de la primera entrevista puntualizando diversos aspectos que hacen a las variables del paciente identificado, tales como la queja inicial que lo lleva a buscar ayuda, el motivo de consulta declarado y el implícito, las soluciones intentadas (Casabianca & Hirsch, 1989; Hirsch, 2007). Este modelo concibe a la entrevista clínica como una forma de interacción verbal, cara a cara, que respeta las reglas discursivas de la conversación cotidiana, pero que cumple, a su vez, con ciertos requisitos: se trata de una interacción de tipo “asistencial”, que supone la presencia de a) alguien que pide ayuda; b) alguien

que puede ofrecerla y tiene las competencias necesarias para hacerlo; y c) un entorno adecuado en el cual ese pedido de ayuda es pertinente (Wainstein, 2006).

El modelo cognitivo-conductual también ha estudiado la conceptualización del caso como eje del diseño de tratamiento (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006; Persons & Tompkins, 2010). Desde este modelo la conceptualización del caso ha sido definida como un proceso dinámico y flexible que exige elaborar hipótesis y ponerlas a prueba (Friedberg & McClure, 2005).

La manera en la que un terapeuta evalúa los problemas del paciente no está libre de sesgos y errores de razonamiento clínico, como la atención selectiva hacia cierto tipo de informaciones o la búsqueda de confirmación de determinados preconceptos que orientan la práctica. Por eso, resulta fundamental que la conceptualización de caso sea el producto de un modelo de toma de decisiones para el diseño de tratamientos ajustados a un paciente específico en un contexto específico, ya que se ha demostrado que las personas pueden presentar enormes variaciones en la manera en la que experimentan un mismo malestar o trastorno (Nezu et al., 2006).

Una buena conceptualización del caso posee ciertas características. Primero, es *útil*, contribuye a que el tratamiento sea exitoso. Segundo, es *parsimoniosa*, esto es, sencilla: ofrece los mínimos detalles necesarios para la planificación del tratamiento. Y por último, se basa en *evidencia empírica*, es decir, en datos objetivos producto de investigaciones estadísticamente controladas (Persons & Tompkins, 2010).

La conceptualización del caso puede incluir el diagnóstico como uno de sus componentes, pero sin duda lo trasciende. El diagnóstico es teórico, es una descripción de síntomas de acuerdo a determinadas taxonomías. La conceptualización del caso, en cambio, supone hipótesis explicativas sobre la emergencia de esos síntomas, los patrones en los que esos síntomas se agrupan, la relación entre ellos y otros factores ambientales, inter e intrapersonales para un sujeto dado (Friedberg & McClure, 2005).

La conceptualización del caso debería trascender también el marco explicativo de un modelo teórico dado. En los últimos años se ha avanzado hacia la formulación de modelos transteóricos de conceptualización, que buscan establecer un lenguaje común entre terapeutas de distintas orientaciones para permitir una identificación más precisa y menos sesgada de los problemas que presentan los pacientes y facilitar el entrenamiento de los terapeutas jóvenes (Jose & Goldfried, 2008).

Desde una perspectiva centrada en el paciente, la conceptualización del caso supone trascender los tradicionales modelos psicopatológicos herederos del modelo

médico hegemónico. El modelo médico clásico exploraba los fenómenos psicopatológicos como equivalentes a las enfermedades orgánicas. Esta perspectiva sobrevive aún hoy en la mayoría de los sistemas de clasificación de trastornos y enfermedades mentales, como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM). Estas taxonomías enfatizan los aspectos objetivos y observables de los trastornos psicológicos, como la descripción de signos y síntomas, etiología, diagnóstico y pronóstico, criterios de inclusión y de exclusión. Pero la experiencia de malestar que lleva a una persona a hacer una consulta no suele responder a estos criterios, o al menos no puede ser explicada exclusivamente por ellos (Fernández Alvarez, 2003). En este sentido, la conceptualización del caso como herramienta para el diseño de tratamiento busca superar la dicotomía entre una perspectiva nomotética y una perspectiva idiográfica. Se apoya en evidencia empírica de formulaciones nomotéticas, pero utilizándola como instrumento para poder desarrollar hipótesis idiográficas (Persons & Tompkins, 2010).

Teniendo en cuenta todas estas consideraciones, las circunstancias que rodean a la declaración de una demanda en una consulta clínica requieren de un análisis cognitivo minucioso. La persona que solicita ayuda psicológica suele experimentar cierta forma de sufrimiento al que no puede, en principio, atribuirle un sentido que lo justifique o lo vuelva necesario. Ese sufrimiento, además, puede estar obstaculizando algún aspecto de su desarrollo vital o de sus expectativas en algún área de la vida, y la persona siente que no puede mitigarlo sin la ayuda de un profesional. Esta vivencia de fractura, de interrupción de la narrativa personal, puede asumir la forma de un *síntoma*, de un *problema* o de un *conflicto*. Se trata de un *síntoma* cuando la persona evalúa alguna forma de disfunción que compromete directamente su cuerpo, su conducta o el ejercicio de sus funciones en una actividad específica. Un ejemplo son las perturbaciones emocionales, como depresión o ansiedad, que recaen directamente sobre el sujeto que las sufre. Un *problema* es aquello que la persona percibe como vinculado con su dificultad para enfrentar una determinada situación interpersonal en unas circunstancias dadas, como llevar adelante una pareja o una profesión, por ejemplo. Un *conflicto* es aquello que la persona que consulta evalúa como el origen o causa de su padecimiento, y que estaría vinculado con su propio estilo personal, con su forma de vida o su manera de enfrentar la experiencia en general, con su forma de ser. Estas categorías no son independientes ni excluyentes entre sí, son apenas organizadores

cognitivos que orientan la comprensión de cómo los pacientes construyen su pedido de ayuda (Fernández Alvarez, 1992).

Personas distintas pueden presentar el mismo motivo de consulta como un síntoma, un problema o un conflicto, y cada una de esas situaciones (aunque se trate en apariencia de lo mismo) requerirá un abordaje diferente. Aunque no sea lo único a tener en cuenta para el diseño del tratamiento, y obviamente deban contrastarse con el juicio clínico del terapeuta, aquellos indicadores o aspectos del problema que la persona selecciona para presentar su demanda cumplen un papel fundamental para definir los objetivos del proceso terapéutico. Cuando el paciente no puede formular su demanda, o ésta se presenta muy vaga o confusa, la definición de las metas del tratamiento resulta mucho más difícil y el primer acto terapéutico será el *tallado* y la conformación de esa demanda (Fernández Alvarez, 1992).

### 3.3 La organización de la demanda

El modelo asistencial integrativo desarrollado en Argentina (Fernández Alvarez, 2003) supone un diseño artesanal, personalizado, hecho a la medida de las necesidades del paciente, y es el resultado de una serie de decisiones dentro de un proceso de admisión. Este proceso puede incluir una o varias entrevistas clínicas y una serie de evaluaciones complementarias que incluyen la aplicación de diferentes pruebas psicológicas, que permiten concluir si el paciente necesita o no psicoterapia y cuáles deberían ser sus características (Fernández Alvarez, 2006; Maristany & Fernández Alvarez, 2008).

Uno de los objetivos principales del proceso de admisión es identificar el *núcleo de la demanda* del paciente, explorar la manera en la que éste da significado a su problema, que va más allá de la declaración del motivo de consulta. Esto requiere indagar cómo el paciente construye su experiencia de malestar: cómo formula y presenta aquello que dice que le pasa; las atribuciones causales que hace en relación al origen y mantenimiento del problema; las creencias en las cuales se sostienen esas hipótesis atribucionales; la evolución, la historia que le reconoce al problema y los intentos previos que dice haber realizado por solucionarlo; las expectativas en relación a la ayuda que espera obtener, lo que busca con la consulta y los recursos con los que cuenta (tanto individuales como sociales) para llevar adelante el cambio que quiere conseguir. Todas estas variables constituyen la *organización de la demanda* del

paciente (Fernández Alvarez, Pérez & Fraga Míguez, 2008). Partiendo de la base de que ningún fenómeno disfuncional responde a un único factor, se tendrá en cuenta, además de estas variables, distintos niveles comprometidos en la disfunción: biológico, psicológico y contextual. Y se tratará de determinar, en la medida de lo posible, órdenes de prioridad en cuanto a cuál de ellos está siendo más influyente en cada fenómeno clínico en particular. Se considerará, asimismo, que a los factores de vulnerabilidad y a los posibles factores desencadenantes o contextuales se suman también los factores reforzantes o agentes de mantenimiento, que ayudan a sostener el problema, tanto en su presentación actual como en la historia transcurrida hasta el momento de la consulta (Fernández Alvarez, 2003).

Para abrirse camino a través de un árbol de decisiones que culmine en el diseño de un tratamiento ajustado a una demanda particular, este modelo explora en la primera entrevista una serie de funciones vinculadas a la formulación del malestar del paciente que se describen a continuación (Fernández Alvarez et al., 2008; Vega, Cros & Ortiz, 2015).

### 3.3.1 Rotulación

Desde una perspectiva constructivista la psicoterapia es un modo de interacción social que tiene lugar en el lenguaje. Las terapias narrativas, por ejemplo, otorgan una especial relevancia a la dinámica conversacional dentro de la cual se despliega el proceso terapéutico. En este contexto discursivo, atender a la manera en la cual el paciente define aquello que le pasa, cómo lo nombra (las palabras, metáforas e imágenes que utiliza, los relatos que construye en torno al problema) es una parte fundamental del proceso terapéutico, la vía de entrada a la manera en la que el paciente construye y da sentido a su experiencia. “Bautizar” al problema es, en este sentido, el primer paso para la externalización e incrementa la sensación de control del paciente sobre su motivo de consulta (Epston et al., 1996; Payne, 2002).

La definición del problema responde a las creencias y esquemas mentales del paciente y direcciona su pedido de ayuda. La rotulación puede aludir a cuestiones más internas o más situacionales; puede ser un facilitador o un obstáculo; puede coincidir o no con la observación clínica del terapeuta (Fernández Alvarez et al., 2008).

El grado de consistencia de la rotulación y el acuerdo entre el paciente y terapeuta brindan los primeros datos sobre la modalidad y complejidad de la experiencia

disfuncional. Un paciente puede nombrar con convicción su motivo de consulta o puede tener dificultades para reunir determinadas vivencias de malestar en torno a una única representación o rótulo. La claridad en cuanto a la autopercepción del problema puede ser un índice muy relevante en el diálogo terapéutico. Asimismo, desde la perspectiva del paciente, el nivel de comprensión que manifieste el terapeuta sobre la formulación de su pedido de ayuda creará de entrada un sentimiento básico de empatía e inteligibilidad que será la base de seguridad y confianza para el establecimiento de la alianza terapéutica. Esto suele ponerse a prueba desde los primeros minutos de la primera entrevista clínica (Fernández Alvarez, 2003). La definición del motivo de consulta, asimismo, desde la perspectiva del paciente, guía el tratamiento hasta su finalización. Se ha probado que los terapeutas tienden a subestimar este motivo inicial, mientras que los pacientes suelen abandonar el tratamiento cuando lo consideran resuelto (Olivera, Braun, Gómez Penedo & Roussos, 2013).

### 3.3.2 Atribución

Los juicios atribucionales son la manera en que el paciente explica lo que le pasa. Cuando se experimenta un malestar no sólo se lo trata de definir, sino que se lo intenta explicar. La atribución remite a las causas, el origen que el paciente le da a su malestar. La operación de atribuir una o múltiples causas a un determinado padecimiento es un intento de controlarlo, de dominar la incertidumbre que éste produce. Construimos sentido realizando inferencias sobre nuestra conducta y los resultados de la misma. La teoría de la atribución surgió como un intento de relacionar los juicios de causalidad con la motivación y las expectativas de logro en distintos ámbitos, como el ámbito escolar (Weiner, 1972; 1979; 1985). Se han estudiado también los distintos estilos atributivos de cada persona y su relación con distintas perturbaciones mentales (Hewstone, 1992).

Los juicios atribucionales son hipótesis vinculadas generalmente a tres operaciones principales:

a) la *localización* (interna o externa) de la causa del malestar. El paciente puede creer que su malestar tiene un origen biológico, o que es consecuencia de su propia conducta; o puede, en cambio, creer que es el resultado de lo que los demás le hacen a él, de un hecho fortuito o de su mala suerte. Que el paciente atribuya su problema a determinadas circunstancias internas, vinculadas a su esfera personal, y no a hechos fortuitos que no

dependen de él, es una condición para que la psicoterapia funcione. Cuando la atribución es externa, es probable que la terapia no resulte exitosa, por lo que debe explorarse en primer lugar la capacidad del paciente de reformular esa atribución hasta alcanzar un mínimo de internalización necesario para poder llevar adelante un tratamiento (Fernández Alvarez, 1992);

b) la *estabilidad* que el paciente asigna a su malestar en el tiempo y de acuerdo a las circunstancias. El paciente puede creer que su padecimiento es algo que lo acompaña “de toda la vida” o que es algo nuevo, que se presentó abruptamente. Puede creer que se mantendrá siempre igual o que empeorará o tenderá a disminuir con el paso del tiempo (Fernández Alvarez, 1992);

c) la *controlabilidad* o grado de dominio que cree tener sobre el problema. El paciente puede creer que posee algunas o muchas herramientas para modificar su situación, o por el contrario, que está totalmente indefenso y sin recursos frente a su sufrimiento (Fernández Alvarez et al., 2008).

Estudios empíricos realizados en las últimas décadas han encontrado una relación directa entre el estilo atributivo negativo de las personas, como la tendencia a la atribución interna, global e incontrolable de las experiencias desfavorables de la vida, y la aparición de emociones como el miedo, la ira y la tristeza o la mayor presencia de síntomas de depresión y ansiedad (Camuñas & Miguel-Tobal, 2005; Sanjuán & Magallares, 2006; Soria, Otamendi, Berrocal, Caño & Rodríguez Naranjo, 2004).

### 3.3.3 Búsqueda o expectativas

Como demuestran las investigaciones sobre efecto placebo, las expectativas sobre el resultado modelan y anticipan la experiencia (Kirsch, 1997). Numerosas investigaciones han hallado una relación positiva significativa entre las expectativas del paciente basadas en sus creencias sobre el curso de la psicoterapia y el éxito final del tratamiento (Constantino, Arnkoff, Glass, Ametrano & Smith, 2011). En una psicoterapia, está establecido que las expectativas del paciente son responsables del 15% de la variación en el cambio terapéutico, el mismo porcentaje que aportan las técnicas específicas de cada orientación teórica (Lambert, 1992). La búsqueda o expectativas se refiere a lo que el paciente espera o desea obtener del tratamiento: sus objetivos, lo que quiere conseguir. ¿Se trata, por ejemplo, de combatir algo, eliminar

algo de su experiencia subjetiva, o, en cambio, de conseguir u obtener algo nuevo, un beneficio? Las expectativas incluyen también las representaciones que trae el paciente sobre el dispositivo, el encuadre, la relación terapéutica, la forma y la duración del tratamiento; lo que imagina que va a ocurrir y lo que no querría que ocurra dentro del espacio terapéutico. La consistencia o inconsistencia de los objetivos del paciente con los del terapeuta es fundamental para el éxito del tratamiento y permite administrar las herramientas para el cambio (Fernández Alvarez et al., 2008).

Muchas veces las expectativas del paciente dependen de una explicación teórica consistente que ofrezca una solución para su problema y que sea aceptada por él; y del acuerdo de tareas congruentes con esa explicación que se ofrezcan como camino para resolver el problema (Wampold, 2015). Se ha estudiado también que los pacientes valoran positivamente el hecho de sentirse involucrados activamente en el tratamiento desde el comienzo de la terapia, cuando el terapeuta hace explícita su manera de trabajar y lo participa del establecimiento de objetivos (Olivera, Juan & Roussos, 2016). Pero los pacientes no siempre tienen claros sus objetivos. Es tarea del terapeuta lograr una definición provisoria, que podrá ir redefiniéndose a medida que avance el tratamiento. Las expectativas del paciente no incluyen sólo la definición de los cambios que espera obtener, sino una relación entre medios y fines, una evaluación costo-beneficio: cómo espera obtenerlos, qué está dispuesto a hacer para lograrlos, en cuánto tiempo y a qué velocidad (Fernández Alvarez, 1992).

Investigaciones empíricas realizadas en los últimos años demuestran que las expectativas del paciente sobre su propio rol dentro del proceso terapéutico (más o menos colaborativo), son un predictor importante del éxito o fracaso de la psicoterapia (Patterson, Uhlin & Anderson, 2008). Las expectativas están modeladas por las creencias, por lo que permiten explorar, por analogía, cómo el paciente se conecta emocionalmente en otras áreas de la vida. Un paciente con altas expectativas en relación al inicio de una terapia, por ejemplo, probablemente manifieste también altas expectativas en relación a otros desafíos que se le presenten. En la misma línea de trabajo, otros estudios señalan la importancia de las expectativas del paciente en relación a los valores del terapeuta (Hogan, Callahan & Shelton, 2016). Cuando el paciente percibe que comparten determinados valores (como el compromiso afectivo y la responsabilidad), esto impacta positivamente en la alianza terapéutica. Por el contrario, cuando la percepción es que la discordancia de valores es muy grande, resulta un obstáculo. En cualquier caso, los pacientes se benefician cuando sus expectativas son

clarificadas y es fundamental alentar a hacerlo abiertamente desde la primera entrevista (Patterson et al., 2008).

#### 3.3.4 Evolución de la demanda

Es el tiempo transcurrido entre el momento de la consulta y el momento en que el paciente cree que comenzó su malestar. Describe la cronicidad del trastorno y la urgencia de la demanda del paciente. Se refiere, asimismo, a la manera en que el paciente siente que fue progresando su problema (de manera brusca o gradual, por ejemplo) y los distintos caminos seguidos hasta el momento para intentar una solución, el conjunto de soluciones (fallidas) intentadas. Este punto es fundamental, en el sentido de que determina tanto las expectativas actuales del paciente como su disposición para el cambio, su grado de resistencia (lo cual determinará, a su vez, el nivel de directividad que soporten las intervenciones terapéuticas que se apliquen) y las posibilidades de éxito del diseño que se le ofrezca (Fernández Alvarez, 1992).

Cuanto más prolongada en el tiempo sea la evolución de la demanda, más compleja será la disfunción, más comprometerá globalmente a la persona. Probablemente también más desesperanzado esté el paciente y más necesitado de ayuda. Cuanto más hayan sido, a su vez, las soluciones fallidas intentadas, más resistente será el trastorno y menor la disponibilidad para el cambio (Fernández Alvarez, 1992).

Investigaciones realizadas en los últimos años indican que el porcentaje de pacientes con un padecimiento mental que buscan ayuda profesional es muy bajo: se calcula que entre un 23 y un 41%. El tiempo transcurrido desde la aparición de los primeros síntomas hasta la búsqueda de tratamiento arroja también una demora elevada: entre 8 y 74 meses (Del valle del valle, Carrió & Belloch, 2017). Esto ha sido atribuido a diversos factores, como la falta de conciencia de enfermedad, la sensación de pérdida de control una vez que se decide acudir a un profesional, la subestimación del malestar o el peso negativo del estigma cuando se recibe un diagnóstico. Tener en cuenta estas variables es fundamental para el diseño de políticas públicas que permitan mejorar la asistencia de las personas a los servicios de salud en busca de ayuda psicológica (Del valle del valle et al., 2017).

### 3.4 Diseño de tratamiento

El diseño de tratamiento responde a varias preguntas: ¿qué estrategias psicoterapéuticas conviene utilizar en cada caso? ¿Qué metas se espera alcanzar con el tratamiento? ¿Cuánto tiempo se estima que llevará lograrlas? ¿Qué herramientas técnicas se van a utilizar? ¿Qué aspectos deben considerarse para tomar estas decisiones? (Fernández Alvarez, 1992).

El diseño de tratamiento, entonces, puede variar en relación a sus *objetivos* (focalizados o globales), al *dispositivo* que se proponga (individual, pareja, familia, grupo), a la *extensión en el tiempo* (de corto, mediano o largo plazo), al tipo de *técnicas* a emplear (conductuales, cognitivas, introspectivas, dramáticas), a quiénes serán convocados a participar, tanto del equipo profesional (psicólogo, psiquiatra, nutricionista, asistente social) como de la red social del paciente que consulta (Fernández Alvarez, García & Scherb, 1998).

La delimitación de objetivos define básicamente los cambios que se espera lograr con el tratamiento y en qué orden de prioridad. Los objetivos pueden ir modificándose a lo largo del tratamiento, pero esto siempre deberá explicitarse oportunamente. Todo diseño de tratamiento debe proponer una estrategia terapéutica progresiva y gradual, con un balance adecuado entre cambio y permanencia, esto, es, tratando de promover la menor cantidad de cambios necesarios para cumplir los objetivos propuestos (Fernández Alvarez, 1992).

La extensión en el tiempo del tratamiento se relaciona con la profundidad de los cambios que se esperan obtener. La terapia será más extensa en el tiempo y más compleja cuando los cambios que se busca alcanzar sean más profundos. Se considera una terapia *focalizada* aquella que se realiza en un tiempo máximo de 6 meses; *intermedia*, la que lleva de 6 a 30 meses; y *abierta* o prolongada a la que no fija límites de tiempo (Fernández Alvarez, 1992).

El dispositivo y el tipo de técnicas a emplear dependen en gran medida de la evaluación de la construcción de realidad organizada por el paciente ligada a su declaración de malestar, el nivel de disfuncionalidad que supone de acuerdo a su etapa evolutiva y las estructuras de significado sobre las que es necesario trabajar; es decir, cuál es el *estilo constructivo* predominante que utiliza el paciente en sus representaciones. Un dispositivo individual será más adecuado cuando se apunte a trabajar características intrínsecas de la persona, así como se preferirá un abordaje

interpersonal cuando estén comprometidos los roles, los estilos de comunicación o de apego y la manera de vincularse con los otros en general (Fernández Alvarez, 1992).

El tipo de intervenciones, asimismo, dependerá del grado de complejidad de la disfuncionalidad, en cuanto al estilo de procesamiento cognitivo del paciente que sea necesario modificar. Por ejemplo, cuando la disfunción se localiza en el plano atencional o perceptual, de ingreso de la información o percepción de sí mismo o de los otros, las intervenciones pueden ser más focalizadas o acotadas. Cuando se trata de reestructurar esquemas cognitivos del paciente, modalidades atributivas o sistemas de creencias nucleares, las intervenciones exigirán más tiempo y mayor despliegue de recursos. El mayor desafío es trabajar con disfunciones que comprometen la totalidad de la persona en distintas áreas, como los trastornos de personalidad. Asimismo, cuanto más severo sea el trastorno, más interdisciplinario y multinivel deberá ser el abordaje, apuntando a trabajar en simultáneo en distintos planos: biológico (con apoyo farmacológico, por ejemplo), psicológico, interpersonal (terapia familiar) o incluso sociocomunitario. Es el caso, por ejemplo, de los trastornos de la conducta alimentaria (Fernández Alvarez, 1992; Kirszman & Salgueiro, 2004).

La confección de un diseño personalizado de tratamiento como el descrito integra, además, algunos de los principios de un modelo dimensional validado en la Argentina que agrupa a los pacientes no por sus diagnósticos específicos, sino por una serie de *dimensiones* comunes. Estas dimensiones incluyen: el *nivel de severidad* y deterioro funcional del paciente; sus *estilos de afrontamiento* (internalizador o externalizador); el *nivel de reactancia* y disposición para el cambio; el *nivel de malestar* emocional que presenta; la *complejidad* y *cronicidad* de su problema (Beutler & Clarkin, 1990; Beutler, Consoli & Lane, 2005; Beutler, Someah, Kimpara & Miller, 2016; Gagliesi, Lardani & Salgueiro, 2005).

El nivel de severidad o deterioro funcional del paciente se refiere a cuánto afecta el problema el funcionamiento diario del paciente en relación a sus roles sociales (trabajo, familia, cuidado de sí mismo), qué posibilidades tiene de acceder a nuevas fuentes de apoyo social, cuáles son sus niveles relativos de aislamiento o retracción social, cuál es la calidad de sus vínculos interpersonales. Esto va a influir directamente en la *intensidad* del tratamiento que requiera, la extensión en el tiempo del mismo y la necesidad o no de apoyo farmacológico (Beutler, Moleiro & Penela, 2004).

Los estilos de afrontamiento aluden a la modalidad típica del paciente para manejar eventos estresantes o no deseados, para adaptarse a los cambios y para

interactuar con los otros. Se trata de un patrón relativamente estable en la vida adulta, que puede ubicarse en algún punto dentro de un continuo entre *externalización* e *internalización*, de acuerdo al contexto. Los pacientes predominantemente *externalizadores* son aquellos que manifiestan conductas que incluyen falta de control de impulsos, orientación a la acción, agresión, extroversión, sobreactuación, excesos. Suelen verse a sí mismos como víctimas de las circunstancias y tienen dificultades para la introspección, evitan los sentimientos intensos. Los pacientes predominantemente *internalizadores*, en cambio, tienden a la inhibición, la autocrítica, el autocontrol, suelen preocuparse en exceso y reflexionar mucho antes de actuar, sufren más de lo que se enojan, sobreevalúan los efectos adversos de su conducta y suelen ser muy autocentros. De acuerdo a cuál sea el estilo predominante del paciente (que puede ser una combinación de ambos, de acuerdo a las circunstancias) será la estrategia de las intervenciones terapéuticas. Con pacientes externalizadores, la estrategia tenderá a la modificación de los síntomas y las conductas; con pacientes internalizadores, se apelará, en cambio, al *insight* y a la concientización (Gagliesi et al., 2005).

El nivel de reactancia define la predisposición del paciente a rechazar las intervenciones o requerimientos del tratamiento terapéutico. Los pacientes altamente reactantes suelen sentir amenazada su autonomía o libertad en las relaciones interpersonales, especialmente en aquellas que suponen interactuar con figuras de autoridad. Estos pacientes privilegian su propia iniciativa y suelen ser poco receptivos a las intervenciones muy directivas. Por el contrario, los pacientes con bajos niveles de reactancia son obedientes y toleran la confrontación en la psicoterapia, buscan apoyo y se benefician con las intervenciones directivas (Beutler et al., 2004).

El nivel de malestar es la dimensión que describe la incomodidad, la angustia o el estrés subjetivo percibido por el paciente ante el problema que lo trae a la consulta, y puede modificarse (y es esperable que lo haga) a lo largo del tratamiento. Cuando el malestar es bajo, la motivación para el cambio no es suficiente, el terapeuta apuntará a activar al paciente, confrontándolo con sus áreas de evitación; por el contrario, si el malestar es demasiado alto, el terapeuta apuntará a reforzar la regulación emocional y proveer de contención y seguridad, para permitir la focalización en la resolución del problema o la eliminación de síntomas. En este sentido, el malestar emocional ejerce un rol motivacional durante el proceso terapéutico, como palanca de cambio. Poder identificar desde el comienzo cuál es el nivel de malestar del paciente, para disminuirlo

o aumentarlo según se requiera, es un instrumento clave para el éxito del tratamiento (Gagliesi et al., 2005).

La complejidad y cronicidad del problema son las dimensiones que permiten saber si lo que trae al paciente a la consulta es algo situacional, restringido a un área de funcionamiento específico o reciente en el tiempo o, por el contrario, es algo recurrente a lo largo de su vida, vinculado a su forma de ser o estilo personal y que afecta varias áreas de funcionamiento, presentando incluso desórdenes comórbidos. La cronicidad remite al tiempo transcurrido y la complejidad a las áreas afectadas. Cuando más alto sea el nivel de complejidad y cronicidad, más se beneficiarán los pacientes de abordajes interpersonales, extensos en el tiempo y también del uso de medicación. Cuanto menos compleja sea la demanda y más reciente, más facilitará abordajes focalizados en la resolución de problemas o la reducción sintomática (Beutler et al., 2004).

Finalmente, se puede agregar la dimensión del *apoyo social*, que refiere al entorno familiar, grupal, a la red de amigos con que cuenta el paciente para sostener su tratamiento. La ausencia de apoyo social es indicador de mal pronóstico en la psicoterapia (Beutler et al., 2004).

A partir de la evaluación de las dimensiones descritas, este modelo transdiagnóstico postula, a su vez, algunos *principios* a tener en cuenta para el diseño de tratamiento. Son los siguientes:

- una relación terapéutica de confianza y seguridad desde el inicio de la terapia mantiene la motivación y aumenta las probabilidades de cambio;
- el cambio es más probable cuando el proceso terapéutico no amenaza el autoconcepto o la autonomía del paciente: la directividad de las intervenciones debe ser inversamente proporcional al nivel de reactancia del paciente;
- la exposición conductual y emocional favorece el cambio terapéutico;
- la eliminación de síntomas disruptivos y el desarrollo de nuevas habilidades en las primeras etapas del tratamiento son predictores de cambio psicológico;
- de acuerdo al estilo de afrontamiento se favorecerán intervenciones diferenciales, orientadas ya sea al *insight* o a la modificación conductual;
- la probabilidad de éxito terapéutico es mayor cuando el nivel de malestar del paciente es moderado, ni muy alto ni muy bajo (Beutler et al., 2004; Gagliesi et al., 2005).

### 3.5 Estilo del terapeuta

Una variable esencial del diseño de tratamiento es el estilo de terapeuta elegido para llevarlo adelante. La persona del terapeuta y sus modalidades subjetivas de intervención, adaptadas a las características personales del paciente que consulta, son predictores de una buena alianza de trabajo (Corbella et al., 2009).

El estilo personal del terapeuta (EPT) es un constructo multidimensional entendido como uno de los componentes fundamentales de todo proceso terapéutico. Se lo ha definido como el conjunto de características singulares, idiosincráticas, que hacen que un terapeuta funcione en su práctica de una determinada manera. Se refiere a su particular manera de ser, más allá de las técnicas o modelos teóricos que utilice. El constructo EPT refiere a una serie de funciones que se ejercen de manera integrada y que expresan las disposiciones y actitudes del profesional en su práctica a lo largo de los años, influyendo a lo largo de todo el proceso terapéutico de distintas formas de acuerdo al contexto de cada paciente (Fernández Alvarez, 1998; García, Castañeiras & Fernández Alvarez, 2008). A su vez, los terapeutas pueden (y deben) ser entrenados en sus habilidades terapéuticas como parte central de su formación clínica, ya que este entrenamiento garantiza, por un lado, que estén en condiciones para interpretar adecuadamente la demanda del paciente; y por el otro, que puedan operar con herramientas cuya eficacia haya sido probada empíricamente por las investigaciones en el campo (Fernández Alvarez, Kirszman & Vega, 2008).

El estilo personal del terapeuta se apoya en tres variables principales:

- su posición socio- profesional e institucional, su estatus en la sociedad;
- su posición en el ciclo vital, su personalidad, actitud e ideología;
- los modos privilegiados de comunicación que utiliza (Fernández Alvarez, 1998).

En relación a estas variables, Fernández Alvarez identificó una serie de funciones, que se manifiestan en una escala bipolar dentro de la cual oscilarían todos los terapeutas en mayor o menor grado:

- *Función instruccional*: los terapeutas pueden ser más rígidos o más flexibles en relación a la instalación y el ajuste del dispositivo terapéutico. Esto hace referencia tanto al establecimiento de normas y reglas como a la prescripción de tareas intersesión. Ejemplos de esta función son la modificación de horarios, la fijación de honorarios, la disposición del ámbito de trabajo o el manejo de cambios dentro del dispositivo;

- *Función atencional*: los terapeutas pueden ser más activos o más receptivos en relación a la selección de la información necesaria para avanzar en el proceso terapéutico. Pueden privilegiar lo que trae el paciente, o bien tomar la iniciativa para conseguir de él determinadas informaciones. Escuchar y preguntar son las principales acciones que constituyen esta función;
- *Función expresiva*: los terapeutas se manifestarán más próximos o más distantes en relación a la manera de relacionarse afectivamente con el paciente. La empatía, que sostiene la comunicación emocional terapeuta-paciente, es uno de los factores comunes más importantes de la psicoterapia. La expresión de las emociones o la capacidad de tolerancia y acogida a las reacciones emocionales del paciente son aspectos importantes de esta función;
- *Función operativa*: los terapeutas pueden ser más directivos o más persuasivos en cuanto al cumplimiento de las tareas intersesión. Esta función se refiere a la preferencia que expresan los terapeutas por utilizar recursos más espontáneos o bien más pautados para influir sobre sus pacientes;
- *Función evaluativa*: los terapeutas se pueden diferenciar por ser más optimistas y alentadores en cuanto a la evaluación del cumplimiento de los objetivos terapéuticos, o bien más críticos y/o cautelosos (“realistas”);
- *Función de involucración*: se refiere a los distintos grados de compromiso personal que manifiestan los terapeutas en relación con su tarea;
- *Función fomentativa*: alude al uso que hace cada terapeuta de los procedimientos y recursos terapéuticos, es decir, si estos están dirigidos puntualmente a fomentar la acción o bien, por el contrario, a promover el *insight* del paciente.

La puesta en práctica de estas funciones en su trabajo con los pacientes imprime a cada terapeuta su sello personal, y cada una de ella se ajusta, a su vez, de distintas maneras al estilo de cada paciente en particular, favoreciendo o no una relación entre ellos que contribuya al éxito terapéutico (Corbella & Fernández Alvarez, 2006; Fernández Alvarez, 1998).

Se han realizado distintas investigaciones sobre el EPT con instrumentos específicamente diseñados para operacionalizar y medir las distintas funciones que componen este constructo. Estas investigaciones demostraron, entre otras cosas, que la compatibilidad entre el EPT y las características personales del paciente es un modulador importante de los resultados de la psicoterapia. Revelaron también que los pacientes más resistentes responden mejor a terapeutas más espontáneos y menos

directivos; así como los pacientes externalizadores responden mejor a terapeutas más directivos y estructurados. Se ha probado, asimismo, que la orientación teórica y los años de experiencia profesional tienen un efecto modulador relevante en la evolución del estilo del terapeuta y el ejercicio de sus distintas funciones (Gagliesi et al., 2005; García et al., 2008; Vázquez & Gutiérrez de Vázquez, 2015). Trabajos empíricos más recientes han avanzado, incluso, en los intentos de correlacionar el EPT de distintas orientaciones teóricas con patrones de personalidad, obteniendo resultados que confirmarían esta asociación (Estrada Aranda, 2014; Genise, 2015).

### 3.6 Perturbaciones emocionales

Los casos seleccionados para este trabajo pueden agruparse, de manera general, como ejemplos de trastornos afectivos o perturbaciones emocionales, categoría que incluye los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad (Mazzulla & Gómez, 2016).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor y distimia) y los trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por pánico, fobias, ansiedad social, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno por estrés postraumático) deben considerarse *trastornos mentales comunes*, por su alta prevalencia en la población mundial. Se estima que en el año 2015 más de 300 millones de personas en el mundo sufrieron algún trastorno depresivo (4,4% de la población) y una cifra equivalente padeció algún trastorno de ansiedad. En la Argentina, esa cifra es algo mayor: un 4,7% de la población sufrió depresión y un 6,3% algún trastorno de ansiedad, sin considerar que frecuentemente ambos cuadros se presentan juntos o comparten síntomas (OPS, 2017).

Justamente por el alto nivel de comorbilidad, y por la identificación de funciones y estructuras comunes predominantemente afectadas (como el carácter internalizador o la afectividad negativa), en la actualidad se considera que los trastornos emocionales no deberían estar separados taxonómicamente, sino que constituyen una misma entidad (Clark & Watson, 2006; Fergusson, Horwood & Boden, 2006). Desde la investigación se ha prestado particular atención en los últimos años al estudio de las estrategias desadaptativas de regulación emocional que subyacen como factor modulador principal de las perturbaciones emocionales (Fernández Alvarez, Díaz García, Robles, Botella & García Palacios, 2017).

En este sentido, las perturbaciones emocionales son un ejemplo prototípico de los actuales abordajes transdiagnóstico, que apoyándose en una concepción dimensional de la psicopatología (en lugar de una clasificación categorial) buscan integrar la presentación de una serie de síntomas dispersos bajo dimensiones, procesos o funciones afectadas comunes y proponen tratamientos unificados para encararlos (Barlow, Allen & Choate, 2004; Grisanzio, Goldstein-Piekarski, Wang, Rashed Ahmed, Samara & Williams, 2018; Sandín, Chorot & Valiente, 2012).

Para las perturbaciones emocionales el diseño de tratamiento supone, en general, alguna forma focalizada de psicoterapia, de duración relativamente breve (de 3 a 6 meses), ya sea en dispositivo individual o grupal. El objetivo principal suele apuntar a la reducción de la sintomatología (ya sea ansiosa o depresiva), desactivando el ciclo disfuncional de la conducta que sostiene el trastorno (Mazzulla & Gómez, 2016).

#### **4. Metodología**

##### 4.1 Tipo de estudio

Descriptivo, de caso múltiple

##### 4.2 Participantes

Se trabajó con el material generado en la primera entrevista clínica por seis pacientes adultos cuyos motivos de consulta pueden considerarse, de manera general, como perturbaciones emocionales:

E, mujer de 29 años, diseñadora gráfica, consulta por ansiedad social y depresión

I, mujer de 34 años, secretaria, consulta por depresión estacional

M, varón de 36 años, empleado, consulta por problemas interpersonales, ansiedad y depresión

D, varón de 44 años, ingeniero, consulta por disfunción sexual y trastorno afectivo

A, varón de 60 años, gerente comercial, consulta por trastorno afectivo y de personalidad

L, mujer de 63 años, escribana, consulta por crisis del ciclo vital y ansiedad

Fueron entrevistadas también a dos terapeutas de la institución:

K, terapeuta mujer, especialista en Terapia Familiar y en Trastornos Alimentarios, con más de 30 años de trabajo en la institución

V, terapeuta mujer, especialista en Familia y Niñez y en Psiconeonatología, con más de 30 años de trabajo en la institución

#### 4.3 Instrumentos

Se utilizaron datos recogidos de la historia clínica de los pacientes seleccionados, en la cual se incluía la desgrabación de los cinco primeros minutos de la entrevista de admisión, informes de evaluación del paciente y criterios para el diseño de tratamiento. Además se recogieron datos de la observación en cámara gesell de las primeras entrevistas y/o de la observación de material grabado en video de las mismas. Todos los pacientes seleccionados habían firmado previamente su consentimiento para que la primera entrevista fuera grabada con fines educativos y de investigación, respetando la debida confidencialidad.

Se realizaron también dos entrevistas semiestructuradas a las terapeutas de la institución que realizaron las admisiones de los casos seleccionados y/o participaron en el diseño de tratamiento que surgió de ellas. En las entrevistas se indagó sobre los criterios tenidos en cuenta en relación a la organización de la demanda del paciente, su evaluación diagnóstica y la relación de estas variables con el diseño de tratamiento.

Se emplearon, además, datos surgidos de los espacios de supervisión en relación a los diseños de tratamiento en función de las características de cada paciente.

#### 4.4 Procedimiento

Se observaron en cámara gesell las entrevistas de admisión que se llevaron a cabo en la institución durante los meses en los que se realizó la práctica. En función de eso, se seleccionaron seis casos de pacientes adultos con cuadros clínicos comparables.

Se revisaron las historias clínicas de los seis pacientes seleccionados.

Se observaron videos de las primeras entrevistas de los casos seleccionados, audios y/o transcripciones de las mismas adjuntadas a las historias clínicas.

Se realizaron dos entrevistas semiestructuradas, de aproximadamente 30 minutos cada una, a dos terapeutas de la institución elegidas por haber participado de la admisión y/o del diseño de tratamiento de los casos seleccionados.

## 5. Desarrollo

### 5.1 Presentación

Los casos seleccionados que se expondrán en este apartado corresponden a seis pacientes adultos, de entre 29 y 63 años, tres hombres y tres mujeres, que acudieron a la primera entrevista en la institución durante los meses en los que se realizó la práctica con algún tipo de perturbación emocional, esto es, alguna forma de ansiedad, trastorno afectivo o ambos (Mazulla & Gómez, 2016). Tres entrevistas fueron observadas en cámara gesell por la pasante (Caso 4, Caso 5 y Caso 6), una fue desgrabada por ella (Caso 1) y a las otras dos se accedió a través de la transcripción que se adjunta a la historia clínica (Caso 2 y Caso 3). Se utilizarán fragmentos de los primeros cinco minutos de estas admisiones, analizando los testimonios de los pacientes de acuerdo a las categorías que organizan la demanda en cada caso, para comparar semejanzas y diferencias en la manera de formular el malestar que motivó la consulta.

Como se mencionó, el modelo integrativo desarrollado por la institución en la que se realizó la práctica otorga especial relevancia a los cinco minutos iniciales de la primera entrevista clínica, ya que considera que el relato de esos primeros minutos suele contener una buena síntesis de los ejes principales que guiarán el proceso terapéutico y del tipo de relación de trabajo que se establecerá (Fernández Alvarez, 2003). En el contexto interaccional de una primera entrevista clínica, paciente y terapeuta juegan diferentes roles y contribuyen juntos a definir aquello que los reúne y sobre lo que eventualmente se va a intervenir. En este sentido, el paciente “hace su trabajo de paciente” relatando al terapeuta de la mejor manera posible “qué es lo que lo trae a la consulta” y esperando de él, a su vez, una escucha y una comprensión ajustadas de esa situación (Fernández Alvarez, 1992). El consultante de alguna manera “aporta pruebas” para convencer al terapeuta de que debe ser tratado como un paciente, expresando no sólo una necesidad, sino también una disposición a ejercer ese rol (Fernández Alvarez et al., 2008). Es en este contexto de intercambio discursivo en el que deben interpretarse los fragmentos textuales que se analizarán aquí.

5.2 Objetivo 1: Describir y comparar distintas maneras de organización de la demanda en relación a rotulación del problema y atribución de causalidad

### 5.2.1 Rotulación

La primera entrevista suele comenzar con una pregunta del terapeuta del estilo “¿qué lo trae por acá?” o “qué le está pasando?”. Como se explicó, la manera en la que el paciente responde a esas preguntas ofrece un primer material clínico valioso para explorar, por un lado, el contenido de la demanda, y, por el otro, la manera en la que el paciente se posiciona en relación a ella (Fernández Alvarez et al., 2008). En la Tabla 1 se exponen ejemplos de las distintas formas de rotular de los pacientes observados.

**Tabla 1.**

***Ejemplos de rotulación del problema.***

	ROTULACION DEL PROBLEMA
CASO 1 (E)	“Me cuesta mucho relacionarme con la gente, las personas me estresan. Me doy cuenta lo mucho que me agota mentalmente la interacción social (...). Me genera mucha angustia empezar trabajos nuevos, ir a lugares adonde no conozco a nadie, ir sola a lugares... Me genera un estrés horrible y me agota... Después termino muy cansada, como alienada”
CASO 2 (I)	“Vengo desde mayo muy angustiada... Yo tuve depresión hace 9 años y todos los años en otoño-invierno se me repite (...). Todos los inviernos tengo alguna excusa para estar triste, angustiada, llorar (...). De marzo a agosto aproximadamente empiezo a estar como negativa, desganada, cansada... Empieza la primavera, el solcito, el verano y empiezo a vivir normalmente, contenta”
CASO 3 (M)	“Ser de cierta manera que ni yo quiero ser... por ejemplo, tratar mal a la gente (...) dándole a entender que no está a la altura de cierta cosa (...) o digo cosas irónicas, que hieren”
CASO 4 (D)	“Mi problema principal, como que ya me hizo el click, y dije basta, hasta acá llegué, fue llegar a tener problemas con mi señora, problemas de relación, problemas sexuales, ya no poder tener una buena relación... Cansancio, lo rutinario, no sé, me encerré tanto en algo y bueno, llegué hasta acá y ya esto no lo puedo solucionar”
CASO 5 (A)	“Vengo por una histórica sensación de angustia cuando me despierto para enfrentar el día... básica, primaria. Y además tengo características personales que son un boomerang, que se me vienen en contra, autodestructivas (...). Yo todo lo que empiezo con entusiasmo, es como que pierdo las ganas, se me desfigura... todo pierde sentido (...). Siento que estoy en un estado de insatisfacción permanente”
CASO 6 (L)	“Estoy atravesando experiencias que reflotan viejas angustias (...) No quiero sufrir tanto por cosas que son inexorables, como el paso del tiempo... la muerte de mi madre (...). Tengo miedos... vivo con mucha angustia la imposibilidad de que mis chicos queden embarazados... Lo vivo como si me estuviera pasando a mí (...). No la estoy pasando bien... quiero estar mejor”

Al comparar estos fragmentos, lo primero que se observa es que la formulación del malestar es muy diferente en cada caso. Si bien los pacientes elegidos comparten algún tipo de trastorno de ansiedad o afectivo, su manera de expresarlo subraya distintos

aspectos de ese malestar, prioriza algunos elementos y omite otros. Las perturbaciones emocionales suelen manifestarse principalmente en forma de *síntomas*, que comprometen el cuerpo, la conducta (incluyendo pensamientos y emociones) o la funcionalidad del sujeto en algún área específica (Fernández Alvarez, 1992). En el Caso 1, una diseñadora gráfica de 29 años con un trastorno de ansiedad social, la paciente define su problema como una dificultad para “relacionarse” e “interactuar” con los otros, que le produce “angustia”, la “agota”, le provoca “estrés”. El énfasis está puesto en los síntomas subjetivos, y a lo largo de la entrevista la paciente describirá minuciosamente el correlato físico de esos síntomas (sudoración, ahogos, temblores, enrojecimiento). El Caso 2, una mujer de 34 años, secretaria, llega a la entrevista luego de nueve años de padecer un trastorno de depresión estacional que ya fue diagnosticado, pero para el cual no encontró todavía una mejoría. La definición que ella hace de lo que le pasa es precisa y concreta: “de marzo a agosto” se siente “negativa, desganada, cansada”, cuando empieza la primavera “vuelve a vivir normalmente”. El Caso 3 y el Caso 5 coinciden en presentar su problema como una “manera de ser”, un “estilo personal” que les genera malestar y que no depende de las circunstancias externas. El Caso 3 (varón de 36 años, empleado) se refiere a su manera de “tratar mal a la gente”, y más adelante hablará de sus “malas contestaciones”. El Caso 5 (varón de 60 años, gerente comercial de una empresa) se refiere a una “insatisfacción permanente”, “histórica”, asociada a “características personales autodestructivas”. Hay que señalar que si bien las evaluaciones realizadas a ambos pacientes arrojaron rasgos disfuncionales de personalidad (según consta en las historias clínicas), en ambos casos lo preponderante era el estado de ánimo perturbado, sin embargo ellos no lo mencionan como el motivo principal de la consulta. En estos casos, alcanzar cierta congruencia entre la definición del paciente y la evaluación clínica del terapeuta será el primer paso del tratamiento que eventualmente se proponga, con el fin de establecer un acuerdo y definir prioridades y objetivos de trabajo (Fernández Alvarez, 1992).

El Caso 4 (un ingeniero de 44 años) también presenta un trastorno afectivo, una distimia, aunque el paciente circunscribe su motivo de consulta a lo que él interpreta como el resultado, la consecuencia de ese ánimo perturbado: su disfunción sexual. Lo que lo lleva a pedir ayuda es el interés por modificar este problema conductual. Finalmente, en el Caso 6, una escribana de 63 años que atraviesa una crisis del ciclo vital vinculada a la edad, la rotulación subraya el carácter transitorio y relativamente reciente de su malestar: “No la estoy pasando bien”, “estoy atravesando experiencias...”

(*angustiantes*)”, “quiero estar mejor”, y enumera una serie de circunstancias desfavorables a modo de ejemplos (la proximidad de la muerte de la madre, la infertilidad de uno de sus hijos, el deterioro de la salud de su marido, su propio envejecimiento). Como se puede observar, el contexto de la demanda que se despliega a partir de un cierto contenido (o rótulo) resulta una puerta de entrada al mundo simbólico del paciente (Bruner, 2013; Epston et al., 1996).

Lo que se puede concluir entonces de este primer eje organizador de la demanda, a partir de los ejemplos descritos, es que aún con diagnósticos categoriales o circunstancias vitales que podrían considerarse equiparables, el pedido de ayuda constituye un recorte personal, subjetivo, arbitrario si se quiere, del malestar manifestado por cada paciente, y también lo es la magnitud percibida de ese malestar, que no se corresponde necesariamente con la severidad del cuadro (Fernández Alvarez, 1992). En este sentido, el mejor ejemplo de los mencionados es el Caso 3, un paciente con una evaluación clínica compleja según su historia clínica, con disfunciones en distintas áreas, con síntomas de depresión y ansiedad, con rasgos narcisistas de personalidad, un autoconcepto deficitario, un estilo constructivo rígido y autocentrado, alto grado de hostilidad y frustración y un duelo patológico por la muerte del padre (ocurrida diez años atrás) que, sin embargo, focaliza su pedido de ayuda en sus “malas contestaciones” y su manera de “tratar mal a la gente”. Este aspecto interaccional que el paciente destaca es el que, al momento de la consulta, él registra que le trae consecuencias negativas en su vida cotidiana y es el que está dispuesto a modificar (o al menos así lo declara). La terapeuta que realizó la admisión consideró, en el espacio de supervisión en el que se presentó el caso, que otras cuestiones más estables de su experiencia disfuncional que seguramente contribuyen a su malestar no aparecen en su autoevaluación porque tal vez no estén tan disponibles al cambio. Por esto, explorar la manera en que el paciente describe y “bautiza” su problema es ya una intervención terapéutica, una manera de que pueda concretizarlo y tomar control sobre él, como lo conciben las terapias narrativas que utilizan la conversación externalizadora como herramienta de contextualización y reformulación cognitiva (Payne, 2002).

### 5.2.2 Atribución de causalidad

La atribución es la explicación que da el paciente sobre lo que le pasa, cuál cree que es la causa. Puede ser interna o externa (en relación a dónde ubica el origen del malestar), más o menos estable en el tiempo, más o menos controlable desde la

perspectiva del sujeto. Atender a las hipótesis explicativas que despliegan los pacientes es importante ya que se trata de procesos, muchas veces implícitos, que guían la conducta (Fernández Alvarez et al., 2008). En la Tabla 2 se exponen los juicios atribucionales que hicieron los pacientes seleccionados durante el proceso de admisión.

**Tabla 2.**

***Ejemplos de atribución de causalidad.***

	ATRIBUCION DE CAUSALIDAD
CASO 1 (E)	“Me estreso porque estoy todo el tiempo pensando que le caigo mal a todo el mundo, que no me puedo hacer entender, que tengo una personalidad que choca (...). Me doy cuenta que no soy todo lo interactiva que podría ser porque me inhibe, no sé, me da miedo (...). Estoy muy pendiente todo el tiempo de los demás, de qué opinan... si les caigo bien, si les caigo mal, si les gusta, no les gusta”
CASO 2 (I)	“Vengo en busca de ayuda a ver si lo mío es para psiquiatra y con medicación solamente lo puedo superar o si hay algo que no pude descubrir en todas las terapias que estuve haciendo que no tiene que ver con algo químico sino con algo psicológico y no le encuentro la vuelta”. “Yo lo atribuyo a que había estado de novia desde que terminé el secundario hasta el 2002, dos años antes de deprimirme... Estaba con un novio, me peleaba, salía con otro, me peleaba... me descontrolé bastante, es como que me fui para el lado del libertinaje. Yo soy muy culposa y no me sentía bien con eso que hacía (...). Eso es lo único fuera de lo normal que yo veo que hubo en mi vida, porque no hubo maltrato, no hubo abuso, tengo una familia... Por ahí ese descontrol, yo soy una persona muy organizada, muy obsesiva, y cuando algo se descontrola me siento mal”
CASO 3 (M)	“Yo tengo como una frustración profesional... Yo no soy profesional, me hubiese gustado serlo, en cualquier carrera, y bueno, eso es lo que a mí me genera a veces ser de cierta manera que ni yo quiero ser... tratar mal a la gente dándole a entender que no está a la altura de cierta cosa (...). O sea soy muy perfeccionista en ese sentido, y exigente... ¿Por qué? Porque yo entiendo que la otra persona tiene que saber más, yo lo tengo que admirar más... como que tengo eso en la cabeza”
CASO 4 (D)	“Yo creo que puede ser por lo emocional, llegó un momento en que no pude controlar nada mío... no sé, lo más fuerte... Fui a ver a médicos, he ido a un neurólogo, me he hecho tomografía de cabeza, me hicieron análisis de sangre, estoy bien en todo sentido, está todo dentro de los valores que buscaban los médicos (...). Yo siento que me autorreprimó, pienso mucho las cosas, a todo le busco un porqué, le busco el lado negativo a las cosas... yo sé que es psicológico mío”
CASO 5 (A)	“Yo necesito adrenalina, en todos los planos, en la comida, en el sexo... No es que no tenga la capacidad de disfrutar, no, yo disfruto, pero tengo muchos pensamientos que me juegan en contra... Creo que lo que pasa es que yo pienso, pienso... me trabaja mucho la cabeza, y soy hiperracional, pero a la vez soy muy emocional, entonces me angustio”
CASO 6 (L)	“Porque a mí me faltó mucho, mi mamá fue muy depresiva, se tomó un frasco de pastillas (...). Yo las cosas de los otros las hago más... Es difícil cuando uno es muy pensante, porque se cuestiona muchas cosas (...). Yo ya sé que ése no es el camino, la causa yo ya la pude ver, pero el síntoma no lo modifiqué (...). Yo me olvidé de gozar, yo jugué muy poco... Yo siempre quiero el bronce, no sé si por

	mi viejo o qué... ese aspecto de mi personalidad, que me quieran, que me adulen...”
--	---

En el Caso 1, la atribución es interna (“estoy muy pendiente todo el tiempo de los demás”), altamente estable, porque la paciente dice durante la entrevista que es algo que le pasa “desde que me acuerdo”, e incontrolable, especialmente desde un acontecimiento que ella ubica temporalmente como disparador (una ruptura sentimental ocurrida un año antes de la consulta) y que la llevó al estado actual en el que dice haberse quedado “sin recursos” (“la sensación que tengo ahora es que no doy más”).

En el Caso 2, la paciente maneja dos hipótesis atribucionales, una interna (“algo psicológico... por ahí ese descontrol”, en referencia a experiencias vividas a las que describe como “libertinaje”) y otra que si bien sigue siendo interna, porque remite a lo orgánico (su propio cuerpo), puede leerse como más externalizada en relación a sus recursos de afrontamiento, ya que no exigiría –según ella- de su accionar voluntario para modificarse (“algo químico”, que “con medicación solamente lo puedo superar”). En cuanto a la estabilidad en el tiempo, la paciente atribuye el comienzo de su malestar a un episodio anímico ocurrido 9 años atrás, que se repite estacionalmente desde entonces todos los años (y es su hipótesis que se seguirá repitiendo). Y en cuanto al dominio o control que cree tener sobre su problema, si bien reconoce haber recurrido a herramientas que en distintos momentos le dieron resultado (tanto psicoterapéuticas como farmacológicas), se trata de un control moderado, ya que lo que motiva la consulta es, justamente, que no termina de “encontrarle la vuelta” y, como dirá más adelante en la entrevista, aspira a no depender (o no exclusivamente) de la medicación para lograr “superar” su malestar.

En el Caso 3, la atribución es interna (“una frustración profesional”), estable en el tiempo desde el momento en que el paciente atribuye a su “forma de ser” lo que le pasa, y de controlabilidad media, ya que, si bien llega a la consulta aceptando que necesita ayuda, cree poder disponer de algunos recursos para modificar o mejorar su situación. Dirá más adelante en la entrevista, por ejemplo: “Hoy por hoy trato de hablar menos... ver cómo me vinculo” (como ejemplo de algunas de las estrategias que puso en marcha para intentar resolver su problema).

En el Caso 4, la atribución es interna (“puede ser por lo emocional”), aunque el paciente dice haber descartado previamente hipótesis orgánicas (presenta en su discurso lo orgánico como opuesto a lo emocional). Si bien su motivo de consulta, la disfunción

sexual, es reciente (le viene pasando en “los últimos tres meses”), durante la entrevista lo terminará atribuyendo a un malestar en su matrimonio que se remontaría a unos años atrás, vinculado con la distribución de roles en la pareja a partir del nacimiento de los hijos. El problema, al momento de la consulta, es percibido como incontrolable: “Me hizo el click y dije basta, hasta acá llegué... ya esto no lo puedo solucionar”.

En el Caso 5, la atribución es interna (“me trabaja mucho la cabeza”), altamente estable (“histórica”, “básica”, “primaria”, “permanente”, “desde siempre”) y altamente incontrolable. El consultante explica durante la entrevista, por ejemplo: “Creo que he sido infranqueable... no sé cómo hacer terapia (...) no sé ser paciente”. El Caso 6 es semejante en cuanto ambos atribuyen a su “estilo personal” el malestar que están sufriendo. Sin embargo, en el Caso 6 se puede decir que la atribución es mixta, tiene un componente externo (“me faltó mucho, mi mamá fue muy depresiva, se tomó un frasco de pastillas”) y un componente interno (“uno es muy pensante, se cuestiona muchas cosas”). La estabilidad en el tiempo en el Caso 6 también es relativa, porque si bien la paciente reconoce rasgos de personalidad (“yo siempre quiero el bronce”) que estarían en el origen de su problema, lo que motiva la consulta actual es una crisis del ciclo vital generada por la proximidad de la muerte de su madre, una situación reciente, novedosa. En cuanto al grado de controlabilidad o dominio, si bien la paciente cree contar con recursos de afrontamiento, fundamentalmente intelectuales, los percibe como ineficaces: “La causa yo ya la pude ver, pero el síntoma no lo modifiqué”.

En síntesis, en la mayoría de los ejemplos descritos se observa que predomina la atribución de causa interna, que la estabilidad en el tiempo resulta lo más variable, de acuerdo a las circunstancias específicas de cada consulta, y que el grado de controlabilidad o dominio sobre el origen o lo que está provocando el problema suele ser bajo (lo que justifica el pedido de ayuda) o moderado. Que el paciente atribuya lo que le está pasando a causas internas, ya sean permanentes, como su forma de ser, o más coyunturales, como una situación de estrés o una crisis del ciclo vital, es una condición favorable para el inicio de una terapia (Fernández Alvarez, 1992). Cuando la atribución es externa (resultado de la mala suerte, del destino, de la conducta de los otros), el primer trabajo del terapeuta será intentar un mínimo de internalización, esto es, de compromiso personal o responsabilización del paciente en relación a aquello que le pasa, aunque más no sea en relación a su manera de contribuir o sostener el problema en el tiempo, para poder así iniciar un tratamiento (Fernández Alvarez, 1992). Que haya una percepción de parte del paciente de cierto grado de control o dominio sobre el

problema, o sobre los recursos disponibles para enfrentarlo, es también una condición y un objetivo de la psicoterapia. Cuando los pacientes perciben una ausencia total de control sobre su disfunción, suelen estar más predispuestos al apoyo farmacológico (Fernández Alvarez et al., 2008). Sería el ejemplo del Caso 1 (la diseñadora gráfica), una paciente paníca altamente sintomática. Asimismo, cuando la atribución es percibida como extremadamente estable, como en el Caso 5, se puede inferir que el paciente presenta una importante resistencia al cambio y que esto podría obstaculizar el establecimiento de una buena alianza terapéutica, por lo que resultaría conveniente proponer la aplicación de un dispositivo grupal (Fernández Alvarez et al., 2008).

Finalmente, es interesante señalar aquí que un estilo atributivo negativo como el que prevalece en la mayoría de los casos descritos, que tiende a la atribución interna, estable e incontrolable de las experiencias desfavorables, suele aparecer asociado en las investigaciones empíricas a una mayor presencia de síntomas de ansiedad y depresión, justamente el tipo de perturbación emocional que comparten estos seis pacientes (Camuñas & Miguel-Tobal, 2005; Sanjuán & Magallares, 2006; Soria et al., 2004).

### 5.3 Objetivo 2: Describir y comparar distintas maneras de organización de la demanda en relación a evolución y expectativas

#### 5.3.1 Evolución de la demanda

La evolución de la demanda remite a la cronicidad percibida del malestar, sus antecedentes y circunstancias actuales. Se refiere, por un lado, al tiempo transcurrido desde lo que el paciente considera el comienzo del problema hasta el momento en que decide hacer la consulta; y, por el otro, a su evaluación sobre la progresión de su disfunción: los intentos previos realizados para tratar de resolverlo y el resultado de esos intentos, así como la percepción de si el problema empeoró, mejoró o se mantiene igual (Fernández Alvarez, 1992). Los pacientes elegidos para este trabajo describieron demandas de evolución diversa, como se muestra en la Tabla 3.

### Tabla 3.

#### *Ejemplos de evolución de la demanda.*

EVOLUCION DE LA DEMANDA	
CASO 1 (E)	P: Ya va a hacer un año que me separé de la pareja con la cual convivía... Todo el año fue muy complicado para mí (...)

	<p><i>T: Esto que vos me contás, ¿te pasa desde cuándo?</i></p> <p>P: Desde que me acuerdo. Pensamientos autodenigrantes, con el físico, con la personalidad (...). Durante la adolescencia fue más el físico lo que notaba, pero después se metió todo, <i>tenés una personalidad de mierda, además sos gorda</i> (...) Un montón de cosas que yo siento a raíz de lo que me pasó las sentí siempre en mayor o menor medida (...). Antes por ahí podía manejarlo de alguna manera. Ahora no puedo más, estoy con un nivel de angustia que no puedo soportar</p>
CASO 2 (I)	<p>“Yo tuve depresión hace 9 años y todos los años en otoño-invierno se me repite (...). Me cansé de ver diferentes terapeutas y no encontrarle la vuelta (...). Cuando empecé a tener depresión empecé con una psicóloga que me dijo que si no tomaba medicación no podía hacer terapia conmigo (...). Después me derivó a un psiquiatra y empecé terapia con otra persona que estuve dos años (...). Ella me dio el alta... y después hice terapia con dos o tres personas más... una durante un año, otra 4 meses y no me cerraba... una señora fui dos sesiones y no me gustó... hace bastante que no hago una terapia larga”</p>
CASO 3 (M)	<p><i>T: ¿Cuánto hace que ya no querés ser más así?</i></p> <p>P: Yo calculo que en los últimos 3 ó 4 años, sí, sí, los últimos 3 ó 4 años... porque yo veía que había personas que por ejemplo me dejaban de saludar (...). Y esto detonó hace dos o tres meses, cuando le dije a un amigo no me acuerdo qué, y en un momento casi me manda a pasear... y yo le dije mal las cosas, como si él supiera lo que yo estaba pensando...</p> <p><i>T: Y qué intentaste hacer para cambiar eso?</i></p> <p>P: Nada. Así consciente, como me pasó con este muchacho, nada</p>
CASO 4 (D)	<p>P: Es la primera vez que consulto a un psicólogo (...)</p> <p><i>T: ¿Desde cuándo te pasa esto?</i></p> <p>P: Así fuerte, habrá empezado este año, hace seis, siete meses. Yo antes como que lo podía controlar</p>
CASO 5 (A)	<p>“Vengo por una histórica sensación de angustia”</p> <p>“He hecho terapias en las cuales creo que he sido infranqueable... no sé cómo hacer terapia. Hice una que me sirvió, que mejoró la relación con mis hijas”</p> <p>“Yo siento que soy como esas pilas que la batería se descarga, pero desde siempre fue así”</p>
CASO 6 (L)	<p>“De todas las terapias que hice, con ninguna pude cerrar el moño... y empecé a incursionar esto de las terapias cognitivistas”</p> <p>“Yo he hecho muchos años de psicoanálisis... cuando me empezaba a aburrir, en vez de recibir una respuesta, siempre era la interpretación de la interpretación (...) Esa es la parte del psicoanálisis que yo dije <i>no quiero más</i>. Me sirvió, me ayudó en muchos momentos ... pero ya no. Yo ya sé que ése no es el camino”</p>

En el Caso 1, la paciente establece distintos hitos en relación a la evolución de su demanda. Por un lado menciona un disparador puntual, ocurrido un año antes de esta consulta, la ruptura de su relación de pareja. Pero, por otro lado, reconoce que el comienzo de su malestar se remonta mucho más atrás, a su adolescencia, con cuestiones vinculadas a su baja autoestima y a sus creencias de ineficacia. Señala haber hecho algún intento previo para mejorarlo, un tratamiento psicoanalítico que no le dio los resultados que esperaba, y reconoce una progresión en relación a su malestar, al que ubica al momento de la entrevista en su punto más alto.

En el Caso 2, la paciente presenta su demanda como “último intento” (según relató su terapeuta, entrevistada para este trabajo), luego de una evolución de casi 10 años y con varios tratamientos previos que, a su criterio, no funcionaron, tanto psicoterapéuticos como farmacológicos. Está comprobado que las soluciones intentadas o los intentos fallidos previos contribuyen a un peor pronóstico del resultado de una psicoterapia (Fernández Alvarez, 1992).

En el Caso 3 el paciente identifica un momento, “tres o cuatro años” atrás, de “toma de conciencia” en el cual él comienza a percibir las consecuencias interpersonales negativas de su conducta disfuncional (“había personas que me dejaban de saludar”) y un “detonante” ocurrido “dos o tres meses” antes de la consulta (“cuando le dije a un amigo no me acuerdo qué, y casi me manda a pasear”). Reconoce también no haber hecho “nada” hasta entonces para solucionar el problema. En el Caso 4, la evolución de la demanda es corta (“seis, siete meses”) y el paciente manifiesta que éste es su primer pedido de ayuda (“es la primera vez que consulto a un psicólogo”), luego de haber descartado problemas orgánicos (“fui a ver a médicos y estoy bien en todo sentido”).

En el Caso 5 no está clara la evolución de la demanda, ya que ésta no llega a formularse como tal. Si bien el paciente le atribuye cronicidad a su problema (“desde siempre fue así”), no llega a identificar un momento o circunstancia por la cual él considere que necesita ayuda para resolverlo, y es más, parece bastante escéptico en cuanto a poder obtener esa ayuda (“creo que he sido infranqueable... no sé cómo hacer terapia”). El paciente se manifiesta altamente resistente al cambio, con poca disposición para lograrlo, aún cuando reconoce un intento previo con resultados favorables: “Hice una (*terapia*) que me sirvió, que mejoró la relación con mis hijas”. Es interesante señalar que este paciente no inició el tratamiento (no acudió más a la institución).

En el Caso 6, la evolución de la demanda es un eje central de la primera entrevista. La paciente dedica gran parte de la misma a hacer explícito este punto, que le preocupa especialmente porque su experiencia acumulada es muy larga: hizo psicoanálisis durante décadas y dice estar buscando una terapia diferente, focalizada y que no implique un compromiso a largo plazo. Esto, desde el punto de vista del terapeuta, representa un desafío. La psicóloga K, que realizó la admisión y que luego llevó adelante el tratamiento, explicó en la entrevista: “*Cuanto más tiempo tenga el problema, y más intentos de solución se hayan probado, más difícil será el tratamiento. Uno deberá pensar que si se intentaron tantas cosas y el problema continúa,*

*probablemente nosotros tampoco lo podamos resolver (...). En el caso, cada vez más frecuente, de personas que vienen con muchos años de terapia previos, psicoanalítica por ejemplo, está probado que ofrecerles un tratamiento de largo plazo no funciona. La recomendación es ofrecer algo acotado, de corto plazo, quizás de 4 ó 5 encuentros, y al término de esos encuentros evaluar lo conseguido en función de los objetivos propuestos y decidir si se continúa o no”.*

Se observa en estos ejemplos que los pacientes relatan, en su mayoría, una demanda de larga data, por lo que una primera observación es que la decisión de hacer una consulta con un psicólogo suele demorarse bastante en relación a la aparición del malestar. Esto resulta consistente con los resultados de investigaciones que arrojan una elevada demora en la búsqueda de asistencia psicológica, que llega a superar incluso los seis años de evolución de los síntomas. Se ha dicho que esta demora puede atribuirse a distintas causas, como la falta de conciencia de enfermedad, la minimización del problema o la ilusión de que se lo tiene bajo control o el impacto negativo del estigma al ser diagnosticado con un trastorno mental (Del valle del valle et al., 2017). En cualquier caso, la experiencia “acumulada” por el paciente hasta el momento de la consulta debe ser tomada en cuenta al momento de evaluar la conveniencia (o no) del inicio de un tratamiento y qué tipo de diseño de tratamiento proponer en cada situación.

En conclusión, como muestran estos casos descriptos, la evolución de la demanda es un indicador clave de la magnitud del trastorno al momento de la consulta: el tipo de disfuncionalidad que representa, la cantidad de áreas de la vida que resultan comprometidas, la profundidad de las estructuras psíquicas implicadas. Esto tendrá un correlato directo en la complejidad de los recursos terapéuticos que sea necesario disponer para poder abordarlo (Fernández Alvarez, 1992).

### 5.3.2 Expectativas

En las entrevistas seleccionadas para este trabajo la mayoría de los pacientes (todos menos uno) enunciaron sus expectativas con respecto al tratamiento en los primeros cinco minutos de conversación (Tabla 4). Lo hicieron de manera espontánea o como respuesta a una pregunta del terapeuta. La búsqueda o expectativas se refiere a lo que el paciente espera conseguir del tratamiento y también a lo que está dispuesto a hacer para conseguirlo, así como a las representaciones o interrogantes que posee en relación al dispositivo, el encuadre, la forma y la duración de la terapia y,

particularmente, su rol y compromiso personal dentro de ella (Patterson et al., 2008). El paciente puede tener claras o no sus expectativas, éstas pueden ser más o menos ambiciosas o modestas, implícitas o explícitas pero, en cualquier caso, determinarán el curso de la terapia, los objetivos y las herramientas con que se cuente (Fernández Álvarez et al., 2008).

**Tabla 4.**

***Ejemplos de expectativas.***

	EXPECTATIVAS
CASO 1 (E)	“A mí me gustaría algún recurso para poder aplacar un poco la sensación de desazón abrumadora... o por lo menos tener maneras de manejarlo para que no me inhiba la vida”
CASO 2 (I)	“Yo quiero que me ayuden rápido y se ve que no es tan fácil... Esta vuelta vine dispuesta a que demore lo que tenga que demorar, pero tengo que superar esto” “Yo no termino de entender qué es lo que me pasa año tras año, me encantaría que me ayuden a encontrarle la vuelta. Si necesito medicación de por vida, bueno, estaré medicada, pero si no, encontrarle la vuelta”
CASO 3 (M)	<i>La historia clínica refiere como búsqueda:</i> “Cambiar las malas contestaciones, mejorar su situación interpersonal” <i>(no hay registro en los primeros 5 minutos)</i>
CASO 4 (D)	“¿Cómo sería el tratamiento? Porque así como me ves, yo soy anti monótono totalmente. Me aburro, te soy sincero. Si yo vengo dos, tres veces, y es siempre lo mismo, no vengo más. En cambio si es algo entretenido...”
CASO 5 (A)	“Yo me quiero sentir bien, quiero disfrutar de lo que tengo... seguir sintiendo el sabor de <i>(las cosas)</i> ” “Yo necesito no sentir angustia porque tengo cosas pendientes... Para mí la vida era un partido de tenis, la sacaba pa, pa, pa... siempre pensando que cuando me saque todo de encima voy a tener tiempo para mí”
CASO 6 (L)	P: El mundo está cambiando, tengo 63 años, y empecé a incursionar en esto de las terapias cognitivistas... estuve investigando en Internet T: <i>¿Qué es lo que vos quisieras lograr?</i> P: Que las cosas no me afecten tanto. Poder vivir lo que a mí me pasa... porque las cosas de los otros yo las hago mías. Vivir con naturalidad y aceptación la vejez y la ida de mi mamá... y la mía también. P: El tratamiento es esto? Charlas? T: <i>Esto, sí</i> P: Y cuántas veces por semana? T: <i>Una</i>

En el Caso 1, la paciente parece tener una expectativa moderada en relación a su vivencia de malestar, que expresa como aspiración de conseguir “algún recurso” para poder “aplacar un poco” la “sensación de desazón abrumadora”. Llama la atención la desproporción entre lo (relativamente poco) que espera obtener (“por lo menos tener maneras de manejarlo”) y la magnitud del malestar que manifiesta (“desazón abrumadora”), el grado de disfuncionalidad que cree que le trae aparejado (“que no me

inhiba la vida”). Se ha estudiado que el nivel de malestar percibido por el paciente tiene un rol motivacional durante el tratamiento. Cuando es tan alto como el que aparece en este caso, uno de los objetivos del terapeuta será reforzar la regulación emocional, proveer de contención al paciente y focalizar el tratamiento, al menos en las fases iniciales, en la reducción sintomática progresiva (Gagliesi et al., 2005).

En el Caso 2, la paciente, a la vez que expresa su búsqueda (“me encantaría que me ayuden a encontrarle la vuelta”), realiza un ajuste de expectativas en relación a sus experiencias terapéuticas previas: “Yo quiero que me ayuden rápido y se ve que no es tan fácil... Esta vuelta vine dispuesta a que demore lo que tenga que demorar”. Es interesante observar cómo la propia paciente reconoce que su expectativa anterior sobre el tiempo en el que debería recibir la “ayuda” estaba equivocada y su deseo de corregir esa expectativa en este nuevo (y último) intento. Su búsqueda tiene que ver con entender lo que le pasa además de poder solucionarlo, y dice estar dispuesta a dedicarle al tratamiento el tiempo que haga falta (a diferencia de lo que hizo en los anteriores). A su vez plantea una pregunta en cuanto a las herramientas necesarias, cuando se refiere al uso de psicofármacos (“si necesito medicación de por vida, bueno, estaré medicada”). Su disposición para el cambio declarada es alta, pero teniendo en cuenta la larga evolución de la demanda (casi 10 años), la regulación de las expectativas que ella misma anticipa efectivamente deberá ser un objetivo inicial del tratamiento, para evitar la frustración o el abandono. Como se mencionó en apartados anteriores, cuando la evolución de la demanda es larga y los intentos fallidos de solución son reiterados, es probable que la disfunción sea más global y compleja, que abarque más áreas de la vida. El paciente suele estar menos esperanzado con obtener un resultado positivo y su resistencia al cambio también suele ser alta (Fernández Alvarez, 1992).

En el Caso 3 las expectativas del paciente fueron recogidas de la historia clínica, no hubo referencia a este punto en los primeros cinco minutos de entrevista. En la historia clínica se registró que la búsqueda del paciente era “cambiar sus malas contestaciones” y “mejorar su situación interpersonal”, lo cual resulta consistente con la definición del problema que lo trajo a la consulta (“digo cosas irónicas, que hieren”).

En el Caso 4 resulta llamativo lo que el paciente refiere como expectativa sobre el tratamiento (que sea “algo entretenido”) en relación a la magnitud del malestar que había manifestado vinculado a su disfunción sexual. Esto podría ser un indicio de su resistencia o bien de su falta de confianza en el dispositivo (considerando que es la primera vez que acude a un psicólogo y que primero buscó ayuda en el sistema médico).

Proyecta también, sin duda, sus representaciones sobre la psicoterapia (algo “aburrido”, “monótono”, “siempre lo mismo”). En este ejemplo, clarificar estas representaciones será seguramente una condición inicial del tratamiento, por cuanto las expectativas modelan y anticipan la experiencia y predicen el tipo de alianza de trabajo que se establezca. Si el paciente se ve a sí mismo en un rol pasivo, como alguien que debe ser “entretenido” o “retenido” dentro del vínculo terapéutico, es muy probable que ese tratamiento no alcance los resultados esperados (Patterson et. al., 2008).

En el Caso 5 la búsqueda se expresa de una manera muy vaga y global, apelando a metáforas, no está claramente definida: “seguir sintiendo el sabor de las cosas”; “para mí la vida era un partido de tenis...”. Esta imprecisión de parte del paciente obliga como primer objetivo a seguir *tallando la demanda* para tratar de acordar objetivos de cambio concretos que él aún no logra formular. El concepto de “tallar la demanda” fue conceptualizado por K, una de las terapeutas de la institución, durante una entrevista realizada para este trabajo: *“Tallar la demanda significa indagar o hacer explícito el pedido de ayuda cuando el paciente no logra formularlo, porque él mismo no lo tiene claro, ya que sin demanda no hay tratamiento. O, en todo caso, ir construyendo esa demanda con él. Puede llevar más de una entrevista de admisión modelar ese pedido”*.

El Caso 6 plantea, por un lado, una búsqueda asociada al motivo de consulta, un reacomodamiento personal con respecto a la etapa del ciclo vital que atraviesa la paciente (“vivir con naturalidad y aceptación la vejez y la ida de mi mamá y la mía también”); y, por el otro, una serie de representaciones y/o interrogantes en relación al dispositivo en sí: sobre las terapias “cognitivistas” (que se pueden investigar en Internet), o sobre el tratamiento que, a diferencia de la experiencia previa, consiste en “charlas” cara a cara, una vez por semana. Reflexionó K, la terapeuta que llevó adelante el tratamiento: *“Ella (la paciente) es muy contundente cuando dice que otra vez al diván no, pero a la vez se pregunta en qué consiste esta terapia, ya que no conoce otra cosa. Por eso, si bien no se trata de descalificar todo lo hecho previamente sino al contrario, recuperarlo a favor del paciente, es importante que ella perciba la diferencia, que esto no es más de lo mismo”*.

Lo que se puede concluir, entonces, a partir de estos ejemplos, es que la explicitación de las expectativas del paciente no sólo contribuye a la formulación del malestar, sino que representa en sí misma una herramienta de intervención, ya que el ajuste de expectativas se asocia directamente con la formulación de objetivos y con la construcción de la alianza entre paciente y terapeuta, dos condiciones fundamentales

para el éxito de la terapia (León et al., 2016). Al mismo tiempo, esta clarificación incluye no sólo las expectativas del paciente, sino también la verbalización de los valores y preferencias del terapeuta que realizará el tratamiento (Hogan et al., 2016).

5.4. Objetivo 3: Analizar cómo distintas maneras de organización de la demanda pueden orientar distintos diseños de tratamiento y la elección del estilo de terapeuta

#### 5.4.1 Diseño de tratamiento

El diseño de tratamiento en la institución en la que se realizó la práctica es concebido como una propuesta personalizada, confeccionada a la medida de cada paciente y de acuerdo a su demanda específica, y es planificado en los espacios de admisión y de supervisión, de los cuales participa un equipo de terapeutas, no sólo aquel que realizó la primera entrevista o el que llevará adelante la psicoterapia. Para confeccionar el diseño se tienen en cuenta una serie de aspectos, desde lo que el paciente trajo a la consulta como pedido de ayuda hasta sus recursos económicos, su disponibilidad horaria, la red social de apoyo con la que cuenta o el lugar en el que vive y los medios para trasladarse de los cuales dispone. En este sentido, las propuestas son flexibles, se adaptan a las circunstancias de cada paciente e incluyen, por ejemplo, el uso de tecnologías (como sesiones por Skype) y/o el despliegue de distintas alternativas de acuerdo a la situación social del paciente (como un programa para pacientes de bajos recursos que funciona a través de la derivación de diferentes instituciones).

El diseño de tratamiento se planifica teniendo en cuenta las siguientes variables: objetivos (focalizados o globales); dispositivo (individual, grupal, pareja, familiar); extensión (de corto, mediano o largo plazo); tipo de intervenciones o técnicas a utilizar (Fernández Alvarez et al., 1998). Se considera también el nivel de severidad o disfuncionalidad del paciente; sus estilos de afrontamiento; su grado de reactancia o resistencia al cambio; la magnitud del malestar emocional que presenta y la complejidad y cronicidad del problema que lo trae a la consulta (Gagliesi et al., 2005). En los casos seleccionados para este trabajo se pueden observar diseños con características muy diferentes entre sí, aún en pacientes que, en principio, presentaban diagnósticos categoriales semejantes.

En el Caso 1, una paciente joven (29 años) con un trastorno de ansiedad social, que además, según consta en la historia clínica, presentaba un trastorno depresivo y

rasgos de personalidad dependiente, se propuso un tratamiento en dos etapas, a corto y largo plazo. La primera etapa, planificada en una extensión de no más de 6 meses en dispositivo individual, estaba orientada a la reducción de los síntomas de ansiedad y depresión a través de técnicas de activación conductual y ejercicios de dominio. La segunda etapa, a largo plazo y en dispositivo grupal, tenía como objetivo trabajar sobre los patrones disfuncionales de personalidad (que serían los factores de mantenimiento de sus perturbaciones emocionales), apuntando a desarrollar su autonomía y a la reestructuración cognitiva de sus creencias de ineficacia.

En el Caso 2, una mujer de 34 años con un diagnóstico de depresión estacional con 9 años de evolución, el tratamiento propuesto fue en dispositivo individual y multinivel, ya que requería apoyo farmacológico y trabajo en conjunto con el psiquiatra de la institución. Los psicofármacos, combinados con psicoterapia, suelen ser la primera línea terapéutica en casos agudos de desregulación emocional (Fernández Alvarez et al., 2008). El primer objetivo de trabajo fue que la paciente pudiera sostener el tratamiento en los periodos del año en los cuales su ánimo no estaba afectado (el verano y la primavera). De acuerdo a la terapeuta que llevó adelante la terapia, otros objetivos acordados fueron desarrollar recursos de regulación emocional y estrategias de afrontamiento para poder, en un futuro próximo, ir retirando gradualmente la medicación, por cuanto ella expresó el deseo de quedar embarazada (de allí su urgencia, expresada reiteradas veces en la admisión, por realizar una terapia que esta vez sí “le de resultado”). Intervenciones de psicoeducación para reconocer y anticipar sus altibajos emocionales y desarrollo de habilidades sociales para manejar sus relaciones interpersonales fueron parte de las herramientas propuestas para abordar el caso.

En el Caso 3, un hombre de 36 años de bajos recursos que ingresó por un programa asistencial, si bien el paciente presentaba un cuadro complejo y crónico, con un trastorno narcisista de personalidad (de acuerdo a la evaluación que consta en la historia clínica), estado de ánimo perturbado y un trastorno de ansiedad con síntomas clínicos, se le propuso un diseño focalizado, de corto plazo (12/15 sesiones en frecuencia quincenal), en dispositivo individual. El tratamiento propuesto estuvo centrado en la modificación de la conducta, ya que se trataba de un paciente externalizador (orientado a la acción, con dificultades para controlar sus impulsos), y se apeló a intervenciones y ejercicios que fomentaran sus habilidades interpersonales y la resolución de problemas de interacción. Los terapeutas que confeccionaron el diseño consideraron, entre otras cosas (de acuerdo a lo que se pudo observar durante el espacio

de supervisión en el cual se discutió el caso), que era fundamental para este paciente obtener resultados positivos relativamente rápidos de las intervenciones terapéuticas, ya que si bien manifestaba una buena disposición al cambio, su capacidad de introspección era limitada, su estilo constructivo rígido y la tendencia derrotista y evitativa de su patrón de personalidad conspiraba contra una propuesta de largo plazo que pretendiera trabajar sobre la reestructuración de esquemas cognitivos o sistemas de creencias nucleares. Como se señaló, cuanto más compleja es la disfuncionalidad y más áreas de la vida compromete, más tiempo y despliegue de recursos requerirá el tratamiento, y no siempre los pacientes disponen de estos recursos (Fernández Alvarez, 1992).

En el Caso 4, un ingeniero de 44 años con un trastorno afectivo y disfunción sexual, cuya evaluación arrojó, además, rasgos obsesivos de personalidad con conductas compulsivas de orden y comprobación y altos niveles de ansiedad (según se registró en la historia clínica), se le propuso una terapia intermedia (6 a 30 meses) en dispositivo individual, focalizada no tanto en la modificación conductual (como se podría indicar como primera opción para la disfunción sexual) como en sus problemas vinculares. La hipótesis explicativa de la terapeuta que realizó la admisión y participó del diseño de tratamiento fue que el motivo de consulta (la disfunción sexual) tenía como factor de mantenimiento un conflicto de distribución de poder dentro de la pareja, fundamentalmente vinculado a las tareas domésticas y a la crianza de los hijos. Así lo explicó V, la psicóloga entrevistada: *“Aunque se elimine el síntoma, es difícil sostener los resultados en el tiempo si no se trabaja con el estilo comunicativo, con el estilo interpersonal. En los últimos años, a partir del nacimiento de los hijos, este paciente se acostumbró a ceder, a perder poder dentro de la casa. Tiene una comunicación deficiente con su esposa, no sabe expresar lo que quiere, lo que a él le gustaría. Su relación de pareja es insatisfactoria, no puede acordar sin ceder su espacio. Un tratamiento estrictamente cognitivo conductual que solo tenga en cuenta la disfunción sexual, sin trabajar sobre lo que está manteniendo esa disfunción, puede ser efectivo en el corto plazo, pero a largo plazo el problema va a reaparecer”*. Este caso resulta particularmente ilustrativo del abordaje diferencial que propone el modelo integrativo centrado en el paciente que se aplica en la institución, al tener en cuenta otras variables además del diagnóstico sintomático. Aquí, los datos que arroja la evaluación, junto con lo que el paciente presenta como demanda en la entrevista de admisión y el juicio clínico del terapeuta, permiten establecer una hipótesis de trabajo que tiene en cuenta que la disfunción que presenta va más allá de lo estrictamente conductual (su

sexualidad), e impregna globalmente distintas áreas, asociadas a su estilo constructivo (creencias, esquemas, significados atribuidos) y a rasgos estables de personalidad (autoexigencia, perfeccionismo). Como se mencionó, el estilo constructivo del paciente tiene que ver con sus representaciones, con su manera de organizar y dar sentido a la experiencia. Cuando los que están comprometidos son los roles sociales, las formas de apego y las maneras de comunicar y vincularse, la perspectiva interpersonal, aún en un dispositivo individual, suele ser la más indicada (Fernández Alvarez, 1992). Esta manera de caracterizar al paciente y conceptualizar el caso es lo que permite ofrecerle un diseño interaccional que apunte a sus disfunciones comunicacionales como vía de acceso al síntoma que se quiere eliminar. Como ya se planteó, una buena conceptualización de caso, además de la descripción sintomática requiere hipótesis explicativas sobre la emergencia y la particular configuración de esos síntomas (Friedberg & McClure, 2005). Desde un modelo integrativo de psicoterapia centrado en el paciente, la conceptualización del caso trasciende los modelos psicopatológicos tradicionales (Fernández Alvarez, 2003).

En el Caso 5, un varón de 60 años con distimia y rasgos disfuncionales de personalidad de tipo narcisista, no llegó a diseñarse una propuesta de tratamiento ya que el paciente no volvió a la institución luego de la primera entrevista. Sin embargo, la cronicidad y complejidad del cuadro sugerían como primera opción un tratamiento abierto, de largo plazo, en dispositivo grupal, según explicó V, una de las terapeutas entrevistadas. Como se señaló, cuanto más complejo y estable sea un trastorno y más áreas de funcionamiento afecte, más se beneficiarán los pacientes de tratamientos abiertos, abordajes interpersonales y dispositivo grupal. Al contrario, cuando la demanda es más focalizada o reciente, restringida a un área específica, se privilegiarán los tratamientos focalizados (Beutler et al., 2004).

En el Caso 6, la escribana de 63 años, como se comentó en el apartado anterior, las características del encuadre terapéutico eran fundamentales por cuanto su demanda incluía la expectativa de realizar un tratamiento focalizado que se diferenciara de su experiencia psicoanalítica anterior. Se le propuso entonces un diseño de corto plazo (tres meses), en dispositivo individual y frecuencia semanal, cuyo eje central fue el ajuste de expectativas en relación a la edad y a la etapa del ciclo vital que estaba atravesando, trabajando en paralelo sobre un rasgo saliente de su personalidad, el autocentramiento. Según explicó la terapeuta que llevó adelante el proceso, las intervenciones que se realizaran debían ser “*persuasivas y poco directivas, ya que se*

*trata de una persona muy reactante que puede sentir amenazado su autoconcepto si se cuestiona su estilo personal. Si bien se trata de una paciente internalizadora, lo cual favorece el insight, es importante, para diferenciar la propuesta de sus experiencias anteriores, focalizar el tratamiento en el presente y tratar de proponer pequeñas tareas o ejercicios entre una sesión y otra”.*

Se puede concluir entonces que el diseño de tratamiento es, tal vez, uno de los mayores desafíos dentro de un proceso de admisión, ya que implica poner en juego un conjunto de variables, a partir de alguna hipótesis explicativa que las combine, y decidir dentro de múltiples opciones cuál es la mejor propuesta posible para cada paciente particular, con sus recursos y limitaciones (Fernández Alvarez et al., 2008). Las investigaciones indican que ningún diseño de tratamiento estandarizado funciona de manera universal para todos los pacientes por igual; en cambio, muchas intervenciones funcionan muy bien para algunos pacientes. De allí la necesidad de “taylorizar” los tratamientos, con el objetivo de incrementar los resultados positivos de la psicoterapia (Beutler et al., 2016). Dentro de un diseño de tratamiento taylorizado, la elección del terapeuta, como se verá a continuación, es otro aspecto fundamental.

#### 5.4.2 Estilo de terapeuta

Según la experiencia relatada por los terapeutas entrevistados para este trabajo, la elección del terapeuta es quizás una de las decisiones más complejas de tomar dentro del diseño de tratamiento. Esta elección tiene en cuenta distintos ítems, como el estilo operativo del terapeuta (si es más o menos directivo en cuanto al cumplimiento de tareas y la utilización de recursos terapéuticos), su grado de rigidez o flexibilidad, el nivel de involucramiento emocional que manifiesta o si es más o menos receptivo en cuanto a la información que trae el paciente a la consulta. Se tiene en cuenta también la experiencia acumulada en el abordaje de distintas patologías o cuadros clínicos, así como su ubicación en el ciclo vital y su estilo comunicacional en general (Fernández Alvarez, 1998; García et al., 2008). A continuación se ejemplifica con las observaciones que se pudieron recoger de las historias clínicas (y en algunos casos también a través de entrevistas) las características de los terapeutas propuestos para cada uno de los pacientes elegidos para este trabajo.

En el Caso 1, la diseñadora gráfica con trastorno de ansiedad social y ánimo deprimido, se propuso a una terapeuta mujer, de 35 años, con experiencia tanto en

dispositivo individual como grupal (por cuanto, como se mencionó, a la paciente se le ofreció un tratamiento en dos etapas, una primera etapa individual y otra en grupo). El estilo de la terapeuta es directivo, ya que el tratamiento tiene una primera fase muy orientada a la modificación conductual, a partir de la realización de tareas de activación para mejorar el estado de ánimo.

En el Caso 2, la paciente con depresión estacional, se eligió a una terapeuta mujer, de más de 60 años, con una extensa experiencia en tratamientos multinivel (que incluyen la indicación de psicofármacos) de trastornos complejos y crónicos. A su vez, la terapeuta posee un estilo empático y flexible, de alto compromiso personal y muy receptivo, lo cual resultaba importante para ayudar a la paciente a sostener la terapia en el tiempo sin abandonar, una de sus dificultades declaradas en la primera entrevista.

En el Caso 3, el paciente de 36 años que “trata mal a la gente” y está preocupado por sus “malas contestaciones”, se eligió a un terapeuta varón, de 70 años, con un estilo altamente directivo (su especialidad son los tratamientos centrados en la modificación conductual de pacientes con TOC), por su experiencia para tratar pacientes de estilo constructivo rígido y que presentan malestar crónico muy asociado a rasgos disfuncionales de personalidad. Para un paciente como éste, externalizador pero con bajos niveles de resistencia al cambio, un terapeuta de estilo directivo es la opción que más lo podría favorecer (Beutler et al., 2004).

En el Caso 4, el paciente con disfunción sexual, se eligió una terapeuta mujer, joven y con experiencia en terapias de pareja y abordajes interaccionales, con buen manejo de intervenciones de tipo sistémicas, centradas en problemas de comunicación. En el Caso 5, el paciente con ánimo deprimido y rasgos de personalidad narcisista, no se llegó a definir el terapeuta (ya que el paciente abandonó el tratamiento), pero se había pensado en un terapeuta varón, de estilo flexible y poco directivo (por el alto nivel de reactancia y resistencia al cambio que presentaba el paciente).

Finalmente, en el Caso 6, la paciente –una escribana de 63 años con una crisis del ciclo vital- llegó a la consulta por recomendación de un amiga psicóloga y pidiendo ser atendida por una terapeuta de la institución en particular. Esta terapeuta fue la que realizó la admisión y llevó adelante el tratamiento, y se trata de una mujer de más de 60 años, de estilo empático y flexible y alto involucramiento personal (la misma terapeuta que se asignó al Caso 2).

Es importante aclarar que la elección del terapeuta está condicionada por las limitaciones de cualquier institución en cuanto a disponibilidad de recursos humanos.

En este sentido, la inclusión de este componente en el diseño de tratamiento funciona no sólo como un elemento operativo, sino como un recurso de autoevaluación para el terapeuta que termine siendo asignado (aún cuando no cumpla con las condiciones “ideales” de compatibilidad), en el sentido de permitirle ajustar y capitalizar aquellos rasgos personales que mejor se ajusten a su paciente y atenuar, en cambio, aquellos que pudieran resultar un obstáculo para la relación terapéutica. Hay que decir también que los terapeutas formados dentro del movimiento integrativo (como los que trabajan y fueron observados en esta institución) comparten ciertas características comunes en su estilo personal, ya que, como se señaló, la orientación teórica elegida para el desempeño profesional tiene un efecto modulador relevante en la conformación del estilo del terapeuta (García et al., 2008; Vázquez & Gutiérrez de Vázquez, 2015).

A partir de todos estos ejemplos analizados se concluye que los rasgos idiosincráticos del terapeuta que lleva adelante un tratamiento, evaluados en relación a su compatibilidad con las características personales del paciente, deben considerarse un aspecto relevante del diseño que se proponga. Se ha comprobado que este ajuste entre terapeuta y paciente resulta uno de los predictores más importantes de éxito terapéutico, entendido como una medida del cambio psicológico deseable y posible de obtener en una psicoterapia (Corbella et al., 2009).

## **6. Conclusiones**

En el presente trabajo se han descripto, comparado y analizado distintas maneras de organización de la demanda de seis pacientes adultos durante la primera entrevista clínica, elegidos a partir de la experiencia realizada durante una práctica profesional en una institución de salud mental. Se ha focalizado en una serie de funciones cognitivas vinculadas a la formulación del malestar del paciente como son la rotulación del problema, los juicios de atribución, la evolución de la demanda y la declaración de expectativas en relación al pedido de ayuda. Se ha explicado cómo, dentro de un modelo integrativo de psicoterapia como el desarrollado en la Argentina, esas variables se articulan entre sí para orientar un diseño de tratamiento personalizado y la elección del terapeuta que lo llevará adelante (Fernández Alvarez et al., 2008).

En relación a lo expuesto se resumen algunas conclusiones generales. La primera es que los pacientes seleccionados acudieron a la primera consulta con una idea bastante clara de su demanda. Todos pudieron explicar con notable precisión el

contenido de la misma, subrayando, de acuerdo a sus experiencias previas, ya sea aspectos más subjetivos de su malestar, ya sea aspectos más objetivos de su diagnóstico cuando lo conocían, o ambas cosas. Asimismo, todos los pacientes atribuyeron en mayor o menor grado a cuestiones psicológicas internas el origen de su padecimiento, lo que permite suponer que el pedido de ayuda requiere como condición cierto nivel de introspección y de responsabilización por el problema que motiva la consulta. En cuanto a la evolución de la demanda, la mayoría de los casos (4 de 6) presentó una demanda de larga evolución (de varios años) y con reiterados intentos psicoterapéuticos fallidos previos, una tendencia cada vez más creciente en la actualidad y que no favorecería el éxito de los tratamientos (Del valle del valle et al., 2017; Fernández Alvarez, 1992). En relación a las expectativas declaradas por los pacientes, se puede concluir que esta variable constituye una de las más relevantes para el diseño que se proponga, considerando que es responsable de un 15% del cambio terapéutico (Lambert, 1992). En los pacientes estudiados, las expectativas variaron significativamente según el caso. Algunos pacientes presentaron expectativas muy modestas, otros muy ambiciosas. Algunos focalizaron su expectativa en el resultado final de la psicoterapia y otros en la modalidad del tratamiento en sí, sin mencionar los resultados esperados. Algunos pacientes expresaron que deseaban obtener cambios conductuales específicos, otros que querían atenuar su nivel de malestar, aún cuando no se produjeran cambios de conducta. En general todos los pacientes manifestaron sus expectativas a pedido del terapeuta, ninguno las planteó de manera espontánea y mucho menos como condición para el tratamiento. Esto no quiere decir que los pacientes no tuvieran una representación previa sobre la ayuda que iban a buscar, sino que quizás el pedido de explicitación de expectativas les produjo un efecto positivo de involucramiento: los posicionó en un rol activo en relación a la terapia, como protagonistas y responsables de su cambio terapéutico (Olivera et al., 2016; Patterson et al., 2008). Finalmente, en función de la articulación de estas variables mencionadas, para cada caso se pensó un diseño de tratamiento diferente (aún cuando se tratara de cuadros clínicos semejantes), que incluyó la elección de un terapeuta con determinado estilo personal, de acuerdo a los criterios de un modelo integrativo que privilegia los tratamientos personalizados basados en la evidencia y que tiene en cuenta qué intervenciones funcionan mejor para qué tipo de pacientes (Beutler et al., 2016; Fernández Alvarez, 1992).

A partir de lo desarrollado cabe preguntarse, ¿qué utilidad tiene, entonces, la exploración del contenido de la demanda del paciente en la primera entrevista? Se

puede sostener que resulta una herramienta importante para mejorar los resultados de los tratamientos y, en este sentido, es una contribución para aumentar la eficacia de la psicoterapia. Teniendo en cuenta que, de acuerdo a algunas investigaciones, sólo un pequeño porcentaje de pacientes (un 24%) experimenta una mejoría clínica significativa al término de un tratamiento, que alrededor del 75% abandona la terapia antes de la décima sesión y que un paciente típico recibiría un tratamiento promedio de seis sesiones (Margni et al., 2012), lo que sucede en las primeras entrevistas resulta de gran relevancia para evitar el abandono prematuro sin haber experimentado cambios positivos. En este contexto, la clarificación del motivo de consulta y las expectativas del paciente en esas primeras sesiones cobra especial interés, por cuanto la mayoría de los pacientes da por finalizado el tratamiento cuando cree que su motivo de consulta fue resuelto, aún cuando se ha estudiado que los terapeutas tienden a subestimar ese pedido de ayuda inicial (Olivera et al., 2013). Asimismo, como se señaló, las expectativas del paciente sobre su rol y participación dentro de la terapia anticipan los resultados de la misma. Los pacientes que reportan mejores resultados serían aquellos que se sienten protagonistas de su proceso terapéutico (Olivera et al., 2016; Patterson et al., 2008).

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, se pueden señalar varias cuestiones. En primer lugar se hallaron algunas limitaciones teóricas, por la dificultad de encontrar material bibliográfico, más allá del elaborado dentro de la institución, que diera cuenta de una exploración de la demanda del paciente durante la primera entrevista con un abordaje semejante al descrito. Por otro lado, por cuestiones metodológicas y operativas se seleccionaron para la realización de este trabajo casos de pacientes adultos tratados en dispositivo individual. La exploración de la demanda cuando el dispositivo es, por ejemplo, de pareja o familia resulta mucho más compleja, ya que supone atender, entre otras cosas, a las incongruencias o discrepancias en la formulación del motivo de consulta declarado por los distintos participantes y requiere un primer trabajo de elaboración de una demanda compartida. Algo parecido ocurre cuando los pacientes son niños y la demanda es, en realidad, de los padres o de las instituciones educativas que los derivan. Otro problema lo constituye la evaluación de pacientes severos o con trastornos de baja prevalencia (esquizofrenia, bipolaridad, trastornos de la conducta alimentaria). En estos casos, la aplicación de un protocolo de exploración de la demanda como el descrito, si bien puede contribuir, está condicionada por la complejidad del cuadro, y la evaluación diagnóstica necesariamente se ajusta más a los parámetros

categoriales tradicionales (ya que, en muchos de esos cuadros clínicos, además, no existe conciencia de enfermedad o el paciente es llevado a la consulta por otra persona).

En relación a la aplicabilidad de esta propuesta para explorar la demanda, se puede observar que, dada la relevancia que puede tener para la conceptualización del caso y la mejora de los tratamientos, la rutinización de su uso corre el riesgo de transformarla en un recurso desaprovechado. En este sentido, una sugerencia podría ser, una vez comenzado el tratamiento, utilizarla como herramienta de referencia para la evaluación, el seguimiento y el ajuste de objetivos y expectativas a lo largo de todo el proceso terapéutico, y no solo a su inicio. Teniendo en cuenta, además, que la demanda se reformula y las expectativas se van modificando, lo que arroja la exploración de la demanda en la primera entrevista debería ser un material de revisión que pueda ir corrigiéndose a lo largo de las sesiones y hasta la finalización del tratamiento, y no solo un registro para la evaluación inicial.

En esta línea, otra sugerencia para aumentar la aplicabilidad de este recurso podría ser, por ejemplo, que así como se sistematiza en la historia clínica la organización de la demanda con los datos recogidos en la primera entrevista, se sistematice también la devolución de esa primera entrevista que se hace al paciente luego de la admisión. La entrevista de devolución podría ser una instancia para chequear y corroborar (o corregir) las observaciones que hizo el terapeuta en la admisión, clarificar y explicitar objetivos y expectativas y confirmar hipótesis de trabajo o elaborar nuevas antes de iniciar el tratamiento. Como se mencionó, los desacuerdos en esta fase inicial son muchas veces los responsables de los fracasos terapéuticos (León et al., 2016). Muchas veces ocurre también que los pacientes, luego de una primera entrevista y como producto de ésta, realizan una reformulación de su demanda (esto se observó más de una vez durante la práctica). Sería importante que esta reformulación no fuera soslayada y se tuviera en cuenta en el curso de la terapia, es decir, que se considerara a la demanda como un constructo flexible y en constante redefinición. Asimismo, hay pacientes que no continúan con el tratamiento luego de la entrevista de admisión (como ocurrió con uno de los ejemplos seleccionados para este trabajo). En esos casos, tal vez resultaría útil revisar los registros disponibles de la primera entrevista (videos, audios o transcripciones) para tratar de entender qué fue lo que hizo que el paciente perdiera el impulso inicial que lo llevó a pedir ayuda, o si algo de lo ocurrido durante la entrevista lo desalentó para continuar en ese camino.

Una pregunta que surge del análisis de este abordaje de la primera entrevista es si podría implementarse, por ejemplo, en centros asistenciales públicos, que reciben una demanda masiva, y en los cuales la respuesta a esa demanda está condicionada por determinantes contextuales y normalmente no existe la posibilidad de ofrecer tratamientos personalizados. Para estos casos habría que indagar cuáles elementos de este abordaje sería beneficioso incorporar a un protocolo de primera entrevista y cuáles no podrían llegar a ponerse en práctica. Al contrario, se podría pensar que este protocolo sí podría ser muy útil para implementar en obras sociales y prepagas, dado que cuentan con mecanismos institucionalizados de admisión y una mayor oferta y variedad de terapeutas disponibles.

Con respecto al estilo personal del terapeuta, no hay duda de que se trata de un constructo fundamental para trabajar los componentes de la alianza de trabajo y el ajuste con las variables del paciente (Corbella et al., 2009). El entrenamiento de las habilidades personales del terapeuta dentro de todas las orientaciones teóricas y la aplicación de instrumentos de evaluación y programas de formación específicos sigue siendo una necesidad prioritaria (Fernández Alvarez, Kirszman et al., 2008). Sin embargo, cabe preguntarse cuál es el peso específico de las características idiosincráticas del terapeuta y cuál el de las habilidades que el propio modelo de elección fomenta y entrena, para discernir cuál es realmente la oferta diferencial que se puede brindar a los pacientes, por ejemplo, en una institución que trabaja con un único modelo y se ocupa de formar a sus terapeutas dentro de él.

Para el desarrollo de nuevas líneas de estudio, a criterio de esta pasante, dos de las variables analizadas en este trabajo se destacan particularmente y podrían merecer futuras investigaciones que permitan profundizar el conocimiento sobre su impacto en los resultados de la psicoterapia. Una de ellas, como se mencionó, es la variable *expectativas*, dada la multiplicidad de componentes que incluye y que quizás sería conveniente desagregar (ya que no es lo mismo la expectativa de resultados que la expectativa sobre los valores del terapeuta o el dispositivo terapéutico en sí). La otra variable está comprendida dentro de la evolución de la demanda, pero merecería también ser discriminada, por la relevancia que parece adquirir en las declaraciones de los motivos de consulta de los pacientes, y es la *magnitud del malestar subjetivo percibido* (Gagliesi et al., 2005). Este trabajo sugeriría que el volumen del malestar percibido por los sujetos determinaría de forma global el contexto y la organización de

la demanda, modelando las otras funciones descriptas (rotulación, atribución, búsqueda) y siendo uno de los factores principales a considerar a la hora de diseñar un tratamiento.

Se propone para finalizar una reflexión. Durante la observación de las entrevistas se escuchó a muchos pacientes preguntar al terapeuta en algún momento del encuentro: “¿Usted me va a poder ayudar?”. En algunos casos se trataba de una réplica a la pregunta de oficio, formulada de manera casi automática por el terapeuta al comienzo de la sesión, de “¿En qué lo puedo ayudar?”. Este intercambio iniciático, fundacional de la práctica de la psicoterapia, en el cual alguien pide ayuda y alguien la ofrece, no debería darse por descontado, y quizás la motivación personal de este trabajo haya tenido que ver con eso. ¿Se puede realmente responder a un pedido de ayuda? ¿Puede el paciente saber qué es lo que necesita y formularlo? Teniendo en cuenta que la psicoterapia es una práctica científica que busca favorecer cambios psicológicos significativos en el funcionamiento de las personas (APA, 2012), no se debería asumir que se está en condiciones de promover esos cambios sin evaluar qué es lo que esa persona necesita, qué está pidiendo y qué tipo de ayuda se le ofrecerá. Los resultados de la investigación de las últimas décadas demuestran que, si durante muchos años se creyó, sin evidencia empírica, que la psicoterapia ayudaba a mitigar el sufrimiento, hoy, por el contrario, se sabe que ayuda a algunos, a otros pocos los perjudica y a la mayoría no le produce ningún cambio sustancial (Barlow, 2010; Lambert, 2013). Este solo dato debería alcanzar para tomarse lo más seriamente posible ese acto inaugural de acoger a un paciente que sufre, tratando de desnaturalizar todo lo que se asume como obvio, para indagar a fondo qué se puede ofrecer y qué no, y así cumplir, al menos, con humildad y compromiso, la máxima hipocrática: “Ante todo, no hagas daño”.

## 7. Referencias bibliográficas

- American Psychological Association (2012). *Recognition of psychotherapy effectiveness*. Recuperado de <http://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy.aspx>
- Barlow, D. H. (2010). Negative effects from psychological treatments. *American Psychologist*, 65(1), 13-20. doi: 10.1037/a0015643
- Barlow, D. H., Allen, L., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.
- Beutler, L. E., & Clarkin, J. F. (1990). *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*. New York: Brunner/Mazel.
- Beutler, L. E., Consoli, A., & Lane, G. (2005). Systematic treatment selection and prescriptive psychotherapy: An integrative eclectic approach. En J. Norcross, & M. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 121-143). New York: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Moleiro, C., & Penela, V. (2004). Hallazgos de la investigación: ¿Qué funciona en psicoterapia? En H. Fernández-Alvarez, & R. Opazo (Comps.), *La integración en psicoterapia: manual práctico*. Cap. 2 (pp. 69-104). Barcelona: Paidós Ibérica.
- Beutler, L. E., Someah, K., Kimpara, S., & Miller, K. (2016). Selecting the most appropriate treatment for each patient. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16, 99-108.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. doi: 10.1037/h0085885
- Botella, L., & Maestra, J. (2016). Integración en psicoterapia en terapeutas en formación: atribución de factores comunes e ingredientes específicos en casos prototípicos de cinco orientaciones psicoterapéuticas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(1), 39-48.
- Botella, L., Maestra, J., Feixas, G., Corbella, S., & Vall, B. (2015). Integración en psicoterapia 2015: Pasado, presente y futuro. Documento de trabajo. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/284869588\\_Integracion\\_en\\_psicoterapia\\_2015\\_pasado\\_presente\\_y\\_futuro](https://www.researchgate.net/publication/284869588_Integracion_en_psicoterapia_2015_pasado_presente_y_futuro)

- Bruner, J. (2013). Los usos del relato. En *La fábrica de historias. Derecho, literatura, vida*. Cap. 1 (pp. 11-58). Buenos Aires: FCE.
- Camuñas, N., & Miguel-Tobal, J. J. (2005). Dimensiones atribucionales asociadas a la depresión. *Edupsykhé*, 4(2), 179-197.
- Casabianca, R., & Hirsch, H. (1989). *Cómo equivocarse menos en terapia. Un registro para el modelo MRI*. Buenos Aires: Universidad Nacional del Litoral.
- Castonguay, L. G., Eubanks, C. F., Goldfried, M. R., Muran, J. C., & Lutz, W. (2015). Research on psychotherapy integration: Building on the past, looking to the future. *Psychotherapy Research*, 25(3), 1-18. doi: 10.1080/10503307.2015.1014010
- Castonguay, L. G., & Goldfried, M. R. (1994). Psychotherapy integration: An idea whose time has come. *Applied & Preventive Psychology*, 3, 159-172.
- Castonguay, L., & Muran, J. C. (2014). Fostering collaboration between researchers and clinicians through building practice-oriented research: An introduction. *Psychotherapy Research*, 25(1), 1-5. doi: 10.1080/10503307.2014.966348
- Clark, L. A., & Watson, D. (2006). Distress and fear disorders: an alternative empirically based taxonomy of the “mood” and “anxiety” disorders. *British Journal of Psychiatry*, 189, 481-483. doi:10.1192/bjp.bp.106.03825
- Constantino, M., Arnkoff, D., Glass, C., Ametrano, R., & Smith, J. A. (2011). Expectations. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 184-192. doi: 10.1002/jclp.20754
- Corbella, S., Balmañá, N., Fernández Alvarez, H., Botella, L., & García, F. (2009). Estilo personal del terapeuta y teoría de la mente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(2), 125-133.
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.
- Corbella, S., & Fernández Alvarez, H. (2006). El terapeuta, posiciones, actitudes y estilos personales. En L. Botella (Ed.). *Construcciones, narrativas y relaciones: Aportaciones constructivistas y construccionistas a la psicoterapia* (pp. 299-340). Barcelona: Edebe.
- Del valle del valle, G., Carrió, C., & Belloch, A. (2017). Fases temporales y variables motivacionales: dos perspectivas complementarias en el proceso de búsqueda de ayuda por enfermedad mental. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. Publicación anticipada on line. doi: 10.1016/j.rpsm.2017.07.005

- Estrada Aranda, B. (2014). Correlaciones entre estilo personal del terapeuta y escalas clínicas del MMPI II. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(2), 153-162.
- Epston, D., White, M., & Murray, K. (1996). Una propuesta para re-escribir la terapia. Rose: La revisión de su vida y un comentario. En S. McNamee, & K. Gergen (Eds.). *La terapia como construcción social*. Cap. 7 (pp. 121-141). Buenos Aires: Paidós.
- Feixas, G., & Botella, L. (2004). Integración en psicoterapia, reflexiones y contribuciones desde la epistemología constructivista. En H. Fernández-Alvarez, & R. Opazo (Comps.), *La integración en psicoterapia: manual práctico*. Cap. 1 (pp. 33-67). Barcelona: Paidós Ibérica.
- Fergusson, D., Horwood, L. J., & Boden, J. (2006). Structure of internalising symptoms in early adulthood. *British Journal of Psychiatry*, 189, 540-546. doi: 10.1192/bjp.bp.106.022384
- Fernández Alvarez, H. (1992). *Fundamentos para un modelo integrativo en psicoterapia*. Caps. 12, 13 y 14 (pp. 249-325). Buenos Aires: Paidós.
- Fernández Alvarez, H. (1998). El estilo personal del psicoterapeuta. En L. A. Oblitas Guadalupe. *Quince enfoques terapéuticos contemporáneos*. México: El Manual Moderno.
- Fernández Alvarez, H. (2003). Claves para la unificación de la psicoterapia. Más allá de la integración. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 12(3), 229-246.
- Fernández Alvarez, H. (2006). Conferencia del V Congreso Iberoamericano de Evaluación Psicológica. Los múltiples rostros de la evaluación en psicoterapia. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(21), 149-168.
- Fernández Alvarez, H., & García, F. (1998). Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta. Buenos Aires: Aiglé.
- Fernández Alvarez, H., García, F., & Scherb, E. (1998). The research program of Aiglé. *Journal of Clinical Psychology*, 54(3), 343-359.
- Fernández Alvarez, H., Kirszman, D., & Vega, E. (2008). Programa de habilidades terapéuticas. En H. Fernández Alvarez, *Integración y salud mental*. Cap. 3 (pp. 109-137). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fernández Alvarez, H., Pérez, A., & Fraga Míguez, M. (2008). Modelo de abordaje y diseño de tratamientos. En H. Fernández Alvarez, *Integración y salud mental*.

- Cap. 1 (pp. 23-64). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fernández Alvarez, J., Díaz García, A., Robles, A., Botella, C., & García Palacios, A. (2017). La regulación emocional en los trastornos emocionales, una piedra nodal para los abordajes transdiagnósticos: una revisión de la literatura. *Agora de Salud, 4*, 111-121. doi: 10.6035/AgoraSalut
- Freud, S. (1914/1996). Observaciones sobre el “amor de transferencia”. En *Obras completas. Tomo II (1905-1915)* (pp. 1689-1696). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Friedberg, R., & McClure, J. M. (2005). Conceptualización del caso. En *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes* (pp. 25-52). Barcelona: Paidós.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2009). *La alianza terapéutica. En la terapia familiar y de pareja*. Cap. 1 (pp. 19-50). Barcelona: Paidós.
- Gagliesi, P., Lardani, A., & Salgueiro, M. C. (2005). Selección sistemática de tratamiento, un modelo de psicoterapia basada en la evidencia. Antecedentes y desarrollo de un programa de validación en la Argentina. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, 16*, 251-259.
- García, F., Castañeiras, C., & Fernández Alvarez, H. (2008). La investigación en la clínica. En H. Fernández Alvarez, *Integración y salud mental*. Cap. 4 (pp. 139-175). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Genise, G. (2015). Relación entre el estilo personal del terapeuta, estilo de apego y factores de personalidad del terapeuta. *Psicodebate, 15*(1), 9-22. doi: 10.18682/pd.v15i1.481
- Gómez Penedo, J. M., & Roussos, A. (2012). ¿Cómo sabemos si nuestros pacientes mejoran? Criterios para la significancia clínica en psicoterapia: un debate que se renueva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 21*(2), 173-190.
- Grisanzio, K. A., Goldstein-Piekarski, A.N., Wang, M.Y., Rashed Ahmed, A. P., Samara, Z., & Williams, L. M. (2018). Transdiagnostic symptom clusters and associations with brain, behavior, and daily function in mood, anxiety, and trauma disorders. *JAMA Psychiatry, 75*(2), 201–209. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.3951
- Hewstone, M. (1992). *La atribución causal. Del proceso cognitivo a las creencias colectivas*. Barcelona: Paidós Ibérica.

- Hirsch, H. (2007). *Qué y cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica*. Buenos Aires: Dunken.
- Hogan, L. R., Callahan, J. L., & Shelton, A. J. (2016). Una cuestión de percepción: impacto de diferencias de valores entre paciente y terapeuta sobre alianza y resultados. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(1), 5-16.
- Jose, A., & Goldfried, M. (2008). A transtheoretical approach to case formulation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 212-222.
- Kirsch, I. (1997). Response expectancy theory and application: A decennial review. *Applied & Preventive Psychology*, 6, 69-79.
- Kirszman, D., & Salgueiro, M. C. (2004). Una mirada integrativa a los trastornos alimentarios: ¿cómo abordarlos? En H. Fernández-Alvarez, & R. Opazo (Comps.), *La integración en psicoterapia: manual práctico*. Cap. 9 (pp. 311-333). Barcelona: Paidós Ibérica.
- Lacan, J. (1958/2013). Los sueños de “agua mansa”. En *El seminario de Jacques Lacan. Libro 5. Las formaciones del inconsciente (1957-1958)* (pp. 379-394). Buenos Aires: Paidós.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. En J. Norcross, & M. Goldfried (Eds). *Handbook of psychotherapy integration*. (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: The past and important advance. *Psychotherapy*, 50, 42–51. doi:10.1037/a0030682
- León, V., Gómez, B., & Labourt, J. (2016). La alianza terapéutica. En H. Fernández Alvarez (Comp.), *Paisajes de la psicoterapia. Modelos, aplicaciones y procedimientos*. Cap. 2 (pp. 45-73). Buenos Aires: Polemos.
- Maganto Mateo, C., & Cruz Sáez, S. (2003). La entrevista psicológica. En C. Moreno Rosset (Ed.). *Ejercicios prácticos de evaluación psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia*. (pp. 23-29). Madrid: Sanz y Torres.
- Margni, A., Molina, M. F., Sartori, N., Rebull, M. E., & Vázquez, L. (2012). Estudio descriptivo de resultados de tratamientos psicoterapéuticos en contexto natural en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(1), 15-24.
- Maristany, M., & Fernández Alvarez, H. (2008). Evaluación psicológica. En H. Fernández Alvarez, *Integración y salud mental*. Cap. 2 (pp. 65-108). Bilbao:

Desclée de Brouwer.

- Martínez Farrero, P. (2006). Del motivo de consulta a la demanda en psicología. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26(97), 53-69.
- Mazzulla, M. M., & Gómez, B. (2016). Abordaje de trastornos emocionales. En H. Fernández Álvarez (Comp.), *Paisajes de la psicoterapia. Modelos, aplicaciones y procedimientos*. Cap. 7 (pp. 191-214). Buenos Aires: Polemos.
- Muller, F., & Palavezzatti, M. C. (2015). Orientación teórica y práctica clínica: los psicoterapeutas de Buenos Aires (2012). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(1), 13-21.
- Neimeyer, R. (1998). Psicoterapias constructivistas: características, bases y direcciones futuras. En R. Neimeyer, & M. Mahoney (Comps.), *Constructivismo en psicoterapia* (pp. 29-58). Barcelona: Paidós.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Lombardo, E. (2006). De la formulación de caso al diseño de tratamiento: Uso de un modelo de resolución de problemas. En *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas* (pp.1-60). México: Editorial El Manual Moderno.
- Norcross, J. (2005). A Primer on psychotherapy integration. En J. Norcross, & M. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 3-23). New York: Oxford University Press.
- Olivera, J., Braun, M., Gómez Penedo, J. M., & Roussos, A. (2013). A qualitative investigation of former clients' perception of change, reasons for consultation, therapeutic relationship, and termination. *Psychotherapy*, 50(4), 505-516.
- Olivera, J., Juan, S., & Roussos, A. (2016). Las intervenciones terapéuticas desde la perspectiva del paciente: una aproximación cualitativa. *Anuario de Investigaciones*, 23, 43-51. Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Organización Panamericana de la Salud (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Disponible en <http://iris.paho.org>
- Patterson, C., Uhlin, B., & Anderson, T. (2008). Clients' pretreatment counseling expectations as predictors of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 55(4), 528-534.
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa. Una introducción para profesionales*. Cap. 1 (pp. 21-34). Barcelona: Paidós.

- Persons, J. B., & Tompkins, M. A. (2010). Cognitive-behavioral case formulation. En T. Eells (Ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (pp. 290-316). New York: Guilford Press.
- Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203.
- Sanjuán, P., & Magallares, A. (2006). Estilo atributivo negativo, sucesos vitales y sintomatología depresiva. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(2), 91-98.
- Soares, L., Botella, L., Corbella, S., Serra de Lemos, M., & Fernández, M. (2013). Diferentes estilos de clientes y construcción de la alianza con un terapeuta. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(1), 27-36.
- Soria, M., Otamendi, A., Berrocal, C., Caño, A., & Rodríguez Naranjo, C. (2004). Las atribuciones de incontrolabilidad en el origen de las expectativas de desesperanza en adolescentes. *Psicothema*, 16(3), 476-480.
- Uribe Restrepo, M. (2008). Factores comunes e integración de las psicoterapias. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 14-28.
- Vázquez, L., & Gutiérrez de Vázquez, M. (2015). Orientación teórico-técnica y estilo personal del terapeuta. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(2), 133-142.
- Vega, E., Cros, B., & Ortiz, C. (2015). Guías para la travesía de la clínica. En E. Vega (Comp.), *Clínica de niños y adolescentes* (pp. 369-389). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Cap. 2 (pp. 51-64). Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Wampold, B. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277.
- Weiner, B. (1972). Attribution theory, achievement motivation, and the educational process. *Review of Educational Research*, 42(2), 203-215.
- Weiner, B. (1979). A theory of motivation of some classroom experiences. *Journal of Educational Psychology*, 71(1), 3-25.
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review* 92(4), 548-573.

Youn, S. J., Xiao, H., & Castonguay, L. G. (2016). Practice oriented research: Clinical implications and benefits. *Psychotherapy Bulletin*, 51(1), 24-26.