



RELACIÓN ENTRE RASGOS DE PERSONALIDAD DEL USUARIO DE PSICOTERAPIA Y
CARACTERÍSTICAS DE ADHERENCIA Y EFICACIA EN ALGUNOS MODELOS
PSICOTERAPÉUTICOS

Relationship between personality traits of psychotherapy users and characteristics of adherence
and efficacy in some psychotherapeutic models

ESTEFANÍA CUARTAS COLORADO

Trabajo de grado para optar al título de psicóloga

Asesor, docente

Juan Gabriel Carmona Otálvaro

UNIVERSIDAD EAFIT
ESCUELA DE ARTES Y HUMANIDADES
PSICOLOGÍA
MEDELLÍN

2025

CONTENIDO

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	6
MARCO DE REFERENCIAS CONCEPTUALES	11
ADHERENCIA.....	11
AFINIDAD	12
EFICACIA	13
PERSONALIDAD	13
Neuroticismo.....	15
Extraversión	15
Apertura a la experiencia	16
Amabilidad.....	16
Responsabilidad	17
PSICOTERAPIA	17
Modelo Bioenergético.....	20
Modelo Cognitivo-conductual	21
Modelo de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares.	22
Modelo Dialéctico-conductual.....	23
Modelo Fenomenológico-existencial.....	24
Modelo Humanista.....	25
Modelo Médico o Psiquiatría.....	26
Modelo No Específico o Tradicional	26
Modelo Psicoanalítico.....	27
Modelo Psicodinámico.....	27

Pseudopsicoterapias	29
DISEÑO METODOLÓGICO.....	31
ENFOQUE Y TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	31
INSTRUMENTOS.....	34
SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	35
CONSIDERACIONES ÉTICAS	35
RESULTADOS.....	36
RASGOS DE PERSONALIDAD.....	36
MODELOS DE PSICOTERAPIA.....	42
ADHERENCIA.....	45
EFICACIA	56
DISCUSIÓN	59
CONCLUSIONES	63
REFERENCIAS.....	67
ANEXOS	84

RELACIÓN ENTRE RASGOS DE PERSONALIDAD DEL USUARIO DE PSICOTERAPIA Y CARACTERÍSTICAS DE ADHERENCIA Y EFICACIA EN ALGUNOS MODELOS PSICOTERAPÉUTICOS

Resumen

Existen muchos más modelos de psicoterapia de los que las personas pueden llegar a probar en sus vidas, cada uno con postulados, modos de intervención y técnicas que pueden diferir diametralmente entre sí. Se ha demostrado que ciertos modelos son especialmente eficaces para la intervención sobre problemáticas específicas, y se sabe de algunos factores que tienen influencia en la permanencia procedimental y el éxito terapéutico; sin embargo, se desconoce si la adherencia y la eficacia de uno u otro modelo de psicoterapia puede estar mediada por los rasgos de personalidad de los usuarios. En ese sentido, esta investigación se propone determinar la relación entre los rasgos de personalidad de usuarios de psicoterapia que habitan la región antioqueña y sus modelos de psicoterapia más afines, en términos de adherencia y eficacia. Lo anterior se hace por vía de un diseño no experimental de corte fenomenológico y transversal, con un enfoque cualitativo y un alcance esencialmente descriptivo, aplicado a una muestra de usuarios de psicoterapia adultos que han experimentado al menos un proceso de terapia constituido por mínimo cinco sesiones. Al final, se encuentra que la adherencia y la eficacia de los procesos de psicoterapia se ven más impactadas por la interacción entre usuario y terapeuta que por la relación entre los rasgos de personalidad y los tecnicismos que rondan a la distinción entre los modelos.

Palabras clave: *modelos de psicoterapia, personalidad, adherencia, eficacia, afinidad psicoterapéutica.*

Abstract

There are many more psychotherapy models than most people can experience in their lifetimes, each with postulates, intervention methods, and techniques that can differ dramatically. Certain models are especially effective for the intervention of specific issues, and some factors are known to influence procedural persistence and therapeutic success. However, it is unknown if the users' personality traits can mediate the adherence and effectiveness of a psychotherapy model. In this regard, the present research aims to determine the relationship between the personality traits of

psychotherapy users who live in Antioquia and the psychotherapy model where they feel more affinity regarding adherence and effectiveness. The above is done through a non-experimental, phenomenological, cross-sectional design, with a qualitative approach and an essentially descriptive scope, applied to a sample of adult psychotherapy users who have experienced at least one therapy process consisting of at least five sessions. In conclusion, the interaction between user and therapist impacts the adherence and effectiveness of psychotherapy more than the relationship between personality traits and the technicalities surrounding the distinction between the models.

Keywords: *types of psychotherapy, personality, adherence, efficacy, psychotherapeutic affinity.*

Introducción

El presupuesto de que la humanidad es parcialmente libre para elegir sobre su existencia ha hecho de este concepto el objeto de múltiples reflexiones y prácticas a lo largo de la historia: se llevan a cabo prácticas para resistir a lo que la cultura nos dice que debemos pensar, sentir, hacer, para tener autonomía y poder de decisión. No obstante, una vez se ejerce la libertad, el sufrimiento humano no cesa, demostrando con ello que es una característica inherente a la naturaleza humana; y, aunque las causas pueden ser muchas, existe una clara respuesta que está enraizada en los orígenes de la consciencia que la naturaleza le otorgó a nuestra especie: esa indefectible necesidad de elegir que conlleva el hecho de ser libre (Yalom, 1984; Sartre, citado en Rodríguez, 2015). Quizá por ese motivo la angustia se incrementa en función de la cantidad de opciones que se presenten como alternativas potenciales, porque, entre otras cuestiones, la incertidumbre que trae aparejada el acto de elegir, se incrementa ante la responsabilidad de elegir del mejor modo posible (Schwartz, 2005).

Ahora bien, el que exista tan amplia variedad de opciones no quiere decir que todas ellas, o incluso la mayoría, vayan a reportarle a quien toma la decisión la satisfacción, el bienestar o cualquier otra forma de retribución esperada. El asunto se torna aún más complejo si se considera la ineludible inversión de recursos propios que debe hacerse al tomar ciertas determinaciones. Lo anterior, ocurre con los procesos psicoterapéuticos: en ellos se invierte energía, tiempo y dinero, sin saber si reportarán la retribución esperada, si se logrará afinidad con el psicoterapeuta¹ de turno o el modelo de psicoterapia y la forma de llevar el proceso con el que este trabaje.

En ese sentido, es relevante señalar que, tras el surgimiento del psicoanálisis freudiano en el siglo XIX, los modelos de psicoterapia validados por la sociedad se han tornado cada vez más diversos; es tanto así que, en la actualidad, existen más de cuatrocientos dispositivos de psicoterapia (Garfield y Bergin, 1994). Lo anterior puede ser beneficioso, en tanto que las necesidades, las motivaciones, las preferencias y los deseos de quienes buscan iniciar un proceso psicoterapéutico varían tanto o más que los mismos modelos que se ofertan en el mercado. No obstante, aquello no supone necesariamente una ventaja, puesto que contar con una gran variedad de opciones y tener la libertad de elegir sobre ellas ha sido, como ya se mencionó, uno de los mayores generadores de angustia en los seres humanos (Yalom, 1984). Dicha experiencia

¹ Por economía del lenguaje, en este documento se empleará el masculino genérico para referirse a personas de género masculino, femenino y no binario.

puede evidenciarse en una búsqueda rápida por la web; hay quienes se preguntan: “¿cómo saber qué tipo de psicoterapia necesito y dónde encontrarla?”. “¿cuál es el mejor tipo de psicoterapia?”, “¿cuáles son los tipos de terapia psicológica más eficaces?”, a lo que profesionales o anunciantes responden enunciando las características generales de algunos modelos de psicoterapia que resultan conocidos o cuyo nivel de eficacia ha sido comprobado (Anguiano, 2022; Equipo Editorial Sanarai, 2023; Terapify, 2023).

Además, hay quienes ni siquiera saben de la existencia de múltiples enfoques y estilos para llevar una psicoterapia y, de saberlo, seguro no probarían los más de cuatrocientos tipos antes de decidir cuál es el que mejor se adecúa a sus necesidades, motivaciones, preferencias y deseos. Por ese motivo, puede ser frecuente que personas con una mala experiencia en psicoterapia, ya sea por quien la dirige, por el modelo como tal u otras razones, tachen a la psicoterapia en general como un desperdicio de recursos (Eloy, 2023; Gracia, 2023). Este trabajo pretende abordar uno de esos posibles móviles de la deserción y resistencia en los procesos psicoterapéuticos: la disonancia con el modelo de psicoterapia, a partir de determinar la relación de afinidad entre la adherencia y la eficacia de algunos modelos psicoterapéuticos y los rasgos de personalidad de quienes acuden a esos modelos.

En las investigaciones revisadas hasta el momento, que abordan o sugieren la correlación entre los conceptos de *psicoterapia* y *personalidad*, se encontró que existen varias en las que el vínculo entre los rasgos de personalidad del consultante y los modelos de psicoterapia, o el grado de directividad que se maneja en ellos, es claro. En dichos estudios, se concluyó que: los consultantes con un locus de control externo suelen estar más a gusto en terapias directivas, en las que se pone el foco en los determinantes externos de la conducta (Garfield, 1978, en Santibáñez et al., 2008); y que, en contraposición,

[...] consultantes con locus de control interno tienden a estar mejor con tratamientos que les proveen de mayor control y les ayudan a cambiar determinantes internos de las conductas, tales como actitudes y creencias, es decir, se beneficiarían más con terapias no directivas, tendiendo a atribuir los resultados terapéuticos a su propio esfuerzo. (Craig y Andrews, 1985, en Santibáñez et al., 2008, p. 91)

Además:

[...] consultantes con estilo defensivo externalizador, que tienden a la proyección de los conflictos, y con baja reactividad, es decir, que tienen dificultades para hacer frente a la presión ambiental y que ceden ante ella, se benefician más de terapias conductuales. En cambio,

consultantes con estilo defensivo interno y alta reactividad, se benefician más de terapias que favorecen el insight. (Beutler, 1983, en Santibáñez et al., 2008, p. 91)

En esa línea, también hay estudios con el propósito de exponer la efectividad de formas puntuales de psicoterapias para el tratamiento de grupos específicos de personas; probablemente a razón de que, en la contemporaneidad, se tiene la idea de que ciertas agrupaciones de pacientes se beneficiarían más con unas terapias que con otras (Roth y Fonagy, 1996; Blatt y Felsen, 1993, como se citaron en Krause et al., 2006). Lo anterior sirve, según Krause et al. (2006), como un punto de equilibrio en la *paradoja de la equivalencia*, “en el sentido de la búsqueda de un punto equidistante entre el reduccionismo de ‘para cada síntoma una terapia’ y ‘cualquier terapia da lo mismo’” (p. 301).

Esta pretensión de establecer nexos entre grupos de personas y tipos de psicoterapias puede suponer el deseo de hallar correspondencia entre modelos de psicoterapia y tipificaciones del trastorno mental o, cuando menos, el deseo de comprobar la efectividad de diferentes tipos de tratamientos para un mismo trastorno mental. Tal es el caso de investigaciones como las de Biagini et al. (2009), Rodríguez y Fernández (2013), Martínez y Martín (2015a), Martínez y Martín (2015b) y Vanegas et al. (2017), en las que se examina la efectividad de diversas modalidades de psicoterapia (psicoterapia existencial de grupo breve, en un grupo homogéneo de TLP y en un grupo heterogéneo de pacientes con TLP y sin patología grave de la personalidad; psicoterapia cognitivo analítica; psicoterapia relacional; psicoterapia sistémica y cognitivo-conductual, respectivamente) para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad (TLP).

En sintonía con lo anterior, González y Carral (2017) apelan a las ideas de Marcus et al. (2014) para comentar que:

[...] como parece ser el caso, algunos problemas y trastornos requieren técnicas específicas de tratamiento (por ejemplo, las terapias basadas en la exposición para los trastornos de ansiedad), mientras que otros pueden responder igual de bien a una variedad de intervenciones, los psicoterapeutas deberían tener la capacidad de evaluar cuándo las técnicas especializadas pueden ser más beneficiosas y cuando pueden prevalecer los elementos comunes de la psicoterapia, como la alianza terapéutica. (p. 103)

Por otro lado, hay estudios en cuyas conclusiones se relacionan algunos rasgos de personalidad de los consultantes con el éxito de la terapia. En ellos, se menciona que: los consultantes que tienen una imagen de sí mismos más alejada del *yo ideal* al inicio de la terapia, experimentan una mayor mejoría en su percepción de sí a lo largo del tratamiento (Feixas y

Cornejo, 1992, en Kasija y Oviedo, 2001); variables como la inteligencia, la flexibilidad, la variedad de intereses, la sensibilidad al ambiente, la habilidad para hacer asociaciones, la profundidad de los sentimientos, el nivel de energía, el grado de integración del yo, la fuerza del yo y la productividad verbal, están vinculadas con el éxito en la terapia (Garfield, 1978, en Santibáñez et al., 2008). También hay evidencia de que la expectativa de mejora del consultante, la confianza en el terapeuta y la relación terapéutica, factores que están fuertemente permeados por la personalidad del individuo que acude a consulta, inciden en el éxito terapéutico (González y Carral, 2017).

Adicionalmente, se ha indagado sobre la ligazón entre la personalidad del psicoterapeuta y el éxito psicoterapéutico o la adherencia al tratamiento psicoterapéutico. A este respecto, se ha comprobado que, efectivamente, la personalidad del terapeuta incide en el éxito del tratamiento (Benito, 2009a) y en la permanencia o deserción del proceso (Marchena et al., 2013, citado en Monsalve, 2020); y se ha encontrado que los terapeutas con una personalidad “sana” poseen mejores resultados en las terapias que orientan, contribuyendo en gran medida al cambio de sus consultantes (Bleuer et al. 1986, citado en Santibáñez et al., 2008).

Lo anterior es relevante si se considera que, para que exista el denominado éxito terapéutico, tuvo que haber adherencia al proceso y, por ende, un nivel suficientemente significativo de agrado hacia ella por parte del consultante.

Finalmente, se han llevado a cabo investigaciones en las que predomina el análisis de los vínculos entre la personalidad del psicoterapeuta y la elección de la línea teórica o del modelo con el que este trabaja. De ahí que se sepan asuntos como que, en la aplicación del Inventario de personalidad de diez ítems (TIPI) a una agrupación de terapeutas de diferentes corrientes: el grupo de terapeutas con orientación sistémica obtuvo un puntaje superior en los factores de extraversión y apertura a la experiencia; el grupo de terapeutas humanistas tuvo el puntaje más alto en el factor de amabilidad; y el grupo de psicoanalistas obtuvo la menor puntuación en extraversión, apertura a la experiencia y amabilidad (Gortari, 2016). Gracias a Muela y Sansinenea (2020), también se conoce que:

[...] la orientación teórica del terapeuta va a ejercer una influencia en la aplicabilidad de este conjunto de estrategias. Es decir, determinadas estrategias encajan mejor con determinados enfoques, y peor con otros. Por ejemplo, en lo que se refiere al estilo de afrontamiento del paciente, los terapeutas de orientación psicodinámica, sistémica o humanista van a desempeñarse mejor con aquellos pacientes que empleen estrategias de afrontamiento internalizantes, mientras

que los terapeutas cognitivo-conductuales encajarán mejor con aquellos pacientes más externalizantes. Lo mismo podría decirse del estadio del cambio: los diferentes enfoques psicoterapéuticos se adecúan mejor o peor a los distintos estadios del cambio terapéutico. A no ser que se acepte ser efectivo solamente con cierto tipo de los pacientes, los terapeutas de orientación más cognitivo-conductual tendrán que aprender a trabajar con un enfoque más interpersonal, y los terapeutas dinámicos, sistémicos y humanistas tendrán que adaptarse a trabajar con pacientes externalizantes. (p. 23)

En suma, el rastreo bibliográfico da cuenta de que ya se ha profundizado en temáticas como: la relación entre ciertos modos de psicoterapia y algunos rasgos de personalidad de quienes acuden a ellas y muestran resultados favorecedores (Garfield, 1978, en Santibáñez et al., 2008; Beutler, 1983, en Santibáñez et al., 2008; Craig y Andrews, 1985, en Santibáñez et al., 2008); la efectividad de formas puntuales de psicoterapias para el tratamiento de trastornos puntuales o grupos específicos de personas (Biagini et al., 2009; Rodríguez y Fernández, 2013; Marcus et al., 2014, citado en González y Carral, 2017; Martínez y Martín, 2015a; Martínez y Martín, 2015b; Vanegas et al., 2017); la influencia de varios rasgos de personalidad, tanto del consultante como del terapeuta, en el éxito psicoterapéutico (Garfield, 1978, en Santibáñez et al., 2008; Bleuer et al. 1986, citado en Santibáñez et al., 2008; Feixas y Cornejo, 1992, en Kasija y Oviedo, 2001; Benito, 2009a; Marchena et al., 2013, citado en Monsalve, 2020; González y Carral, 2017) que suele medirse en términos de cambio o permanencia en el tratamiento; y los vínculos entre la personalidad de estudiantes de psicología o de psicoterapeutas con la línea teórica de su elección o el modelo de psicoterapia con el que trabajan (Cariaga y Casari, 2014; Gortari, 2016).

Por lo tanto, de acuerdo con dicho rastreo, aún se desconoce si los rasgos de personalidad propios de los usuarios de psicoterapia pueden tener influencia en la adherencia y eficacia, en términos de afinidad, que tienen dichos usuarios con ciertos modelos psicoterapéuticos. Consecuentemente, esta investigación se orienta según la pregunta: *¿Cuál es la relación, en términos de afinidad, entre la adherencia y la eficacia de algunos modelos psicoterapéuticos y los rasgos de personalidad de usuarios de psicoterapia en el departamento de Antioquia?*

Así, el objetivo fundamental de este estudio es determinar la relación, en términos de afinidad, entre la adherencia y la eficacia de algunos modelos psicoterapéuticos y los rasgos de personalidad de usuarios de psicoterapia en Antioquia. En concordancia con lo anterior, los objetivos específicos son: a) describir los rasgos de personalidad más frecuentes en los usuarios

de procesos psicoterapéuticos entrevistados; b) reconocer los modelos de psicoterapia más usados por los participantes y sus respectivas características principales; c) identificar las características de la adherencia a los modelos psicoterapéuticos por parte de los usuarios, y d) discriminar algunos de los aspectos más relevantes respecto de la eficacia de los modelos psicoterapéuticos usados por los usuarios. Todo ello, con el propósito subyacente de intentar contrarrestar primeros acercamientos “a ciegas” a la psicoterapia, en los que el método de prueba y error parece tener el mando, e inversiones en procesos psicoterapéuticos cuyos modelos definitivamente no se ajustan a lo que se espera o lo que se requiere.

Marco de referencias conceptuales

Adherencia

En la literatura, es común que este concepto se encuentre asociado con respuestas de los pacientes a intervenciones médicas (Martín y Grau, 2004; Ortiz y Ortiz, 2007; Pagès-Puigdemont y Valverde-Merino, 2018); no obstante, para entender este fenómeno desde los procesos psicoterapéuticos, bien pueden extrapolarse algunas definiciones y elementos que les son comunes.

En el caso de la definición, es relevante retomar aproximaciones como las formuladas por Horne et al. (2005), que la conciben como el seguimiento que hace el paciente de las indicaciones dadas por los profesionales de la salud, o por Compton, quien menciona que se trata de “una relación colaborativa entre paciente y profesional en la consecución de los objetivos terapéuticos” (Gratacós y Pousa, 2018, p. 31).

En lo que respecta a los elementos, es fundamental tener en cuenta las consideraciones de Pagès-Puigdemont y Valverde-Merino (2018), quienes señalan que la adherencia al tratamiento “es un comportamiento complejo influenciado por múltiples factores: socioeconómicos, relacionados con el sistema sanitario, con el tratamiento, con la patología o con el paciente” (p. 251). DiMatteo y DiNicola (1982, citados en Martín et al., 2003) sumarían a dichos elementos: el régimen terapéutico que sigue el paciente, sus características psicológicas y sociales, y la relación que este establece con el profesional de la salud. Por su parte, Hotz et al. (citados en Soria et al., 2009), integrarían el contexto en el que se desenvuelve la vida del paciente, lo que supone asuntos como los apoyos sociales, la accesibilidad que tenga a los recursos de salud y el funcionamiento del equipo de salud al que pueda acudir.

Esta investigación conceptualiza la adherencia a partir de lo anteriormente enunciado, y le añade la cualidad de *permanencia* en los procesos de psicoterapia; es decir, la continuada asistencia a las sesiones hasta que se dé un cumplimiento de los objetivos por los que se acudió a la consulta o se llegue a buen puerto. En ese sentido, lo contrario a la adherencia es la *deserción del proceso*, definida por O’Keeffe et al. (2019, citado en Capella et al., 2020) como la terminación temprana del tratamiento por parte del paciente sin establecer un acuerdo con el terapeuta.

Por lo tanto, en el marco de este estudio, la adherencia se entiende con base en las siguientes categorías: *recursos invertidos*, sea en términos de dinero, tiempo y energía vital; *participación activa en el proceso*, lo que puede evidenciarse por medio de la asistencia regular a las sesiones, la formulación de preguntas o conclusiones durante las mismas, la realización de las tareas asignadas durante las sesiones o la aplicación de los saberes aprendidos a raíz del proceso en la vida cotidiana; *la alianza terapéutica*, definida por De la parra (2006) como un “fenómeno diádico que se expresaría en la capacidad del paciente de establecer una relación de confianza (básica) con el terapeuta” (párr. 16); y la *motivación* o las *resistencias* en función de los procesos psicoterapéuticos y sus características puntuales, lo que integra factores que influyen en la permanencia o en el desistimiento de un proceso, y pueden estar determinadas por el modelo de psicoterapia en cuestión.

Afinidad

Dado que esta investigación se propone la determinación de la relación, en términos de *afinidad*, entre la adherencia y la eficacia de algunos modelos psicoterapéuticos y los rasgos de personalidad de usuarios de psicoterapia, la explicitación de lo que significa la palabra *afinidad* adquiere cierta relevancia.

El origen de este concepto se remonta a las ciencias exactas, específicamente al cause empirista de las teorías químicas, en las que se lo definía como la causa que propiciaba la interacción de los materiales (Estany e Izquierdo, 1990). Al respecto, hay quienes indican que:

Originariamente corresponde a una visión antropomórfica de la naturaleza, propia del Renacimiento, según la cual los cuerpos se unen entre ellos o bien se rechazan, debido a “simpatías” o “enemistades”; se fundamenta en una tradición más antigua, propia de una concepción mágica del mundo según la cual existen relaciones complejas de similitud entre todos

los entes, de manera que algunas cosas son signo de otras y reciben un nombre que representa estas relaciones, que no siempre son evidentes. (Estany e Izquierdo, 1990, p. 355)

Extrapolado a las ciencias sociales y humanas, surge el término *afinidades electivas* para hacer referencia al vínculo que se da entre dos fenómenos distintos del tipo social o cultural y que no se reduce al establecimiento de una relación directa de causa y efecto (Peters, 2010; Löwy, 2018). En esa línea, “se trata, a partir de una cierta analogía estructural, de un movimiento de convergencia, de atracción recíproca, de confluencia activa, de combinación capaz de llegar hasta la fusión” (Löwy, 2018, p. 11), que decanta en una interacción constante o en el reforzamiento mutuo (Peters, 2010).

Eficacia

En este contexto investigativo, se entiende por eficacia psicoterapéutica a la “capacidad que tiene un tratamiento de producir cambios psicológicos en la dirección esperada que sean claramente superiores a los de la no intervención” (Ferro y Vives, 2004, p. 98). Autores como Castro (2001) defienden que el logro de los objetivos de una intervención da cuenta de la ejecución de un plan exitoso y, por ende, de la eficacia de dicha intervención.

Lo anterior, supone la evaluación de la utilidad clínica real de las intervenciones psicológicas (Bados et al., 2002), lo que puede evidenciarse a través de subcategorías como: la modificación de los síntomas; la percepción de alivio del malestar subjetivo; el logro de los objetivos psicoterapéuticos, bien sean sugeridos por el paciente o planteados por el psicoterapeuta; la contribución a una mejora en la calidad de vida, notoria en función de asuntos como el desarrollo de hábitos de vida saludable, el relacionamiento social o el rendimiento y la capacidad de gestionar problemas en el estudio, el trabajo u otras ocupaciones de la vida cotidiana (Organización de las Naciones Unidas, 1961); y la satisfacción con el proceso por parte del usuario, quien puede soportar su valoración de acuerdo con elementos como la relación con su psicoterapeuta, el espacio en el que es atendido, la duración de las sesiones o la percepción de mejora por la participación en el proceso.

Personalidad

En el marco de este trabajo, la personalidad se concibe como un sistema estructurado (Builes et al., 2017) por características distintivas, intrínsecas, dinámicas, y en ocasiones adaptativas, que nacen de las esferas biológica, psicológica y social del ser humano (Romero et al., 2002; Seelbach, 2013; Heredia, 2015; Valarezo et al., 2020). Estas características se articulan

y transforman en favor de las experiencias adquiridas a lo largo de la vida (Caballo et al., 2011; Moran et al., 2017), por lo que su configuración se constituye en un proceso inacabable; no obstante, al ser relativamente estables en el tiempo (Viruela, 2016), se prestan para su medición por medio de instrumentos como los cuestionarios o los inventarios de personalidad.

Las llamadas características o rasgos de la personalidad orientan, en gran medida, la manera como los sujetos responden ante la presencia o la ausencia de determinados estímulos (Beck y Freeman, 1995), y se hacen evidentes a través de patrones cognitivos, emocionales, afectivos o conductuales (Costa y McCrae, 1996, citados en Simkin y Azzollini, 2015) que tienden a mantenerse durante periodos relativamente prolongados (Zimmerman, 2023).

Según autores como Sánchez (2018) o Leites et al. (2019), es gracias a los rasgos de la personalidad que pueden establecerse asociaciones entre la personalidad y las preferencias de quienes la poseen, para perseguir fines como: a) la predicción de conductas futuras (Díaz et al., 2022), puesto que la personalidad es un factor determinante en la toma de decisiones (Buelow y Cayton, 2020; Díaz et al., 2022; López et al., 2023), en las acciones que emprenden los individuos (Bello et al., 2015), y en la forma cómo estos eligen destinar sus recursos (Hester, 2014; Barbosa, 2016; Espinel, 2019); y b) la identificación de vulnerabilidades que hagan que la persona sea más propensa a padecer de un trastorno mental en específico (Vergés y Gómez, 2016; Aldana y Flores, 2023) o, en contraposición, de rasgos que sirvan como factores protectores ante ciertas formas de psicopatología (De la Iglesia et al., 2019).

El nombre que se le asigna a las categorías que sintetizan estos rasgos de personalidad, así como su modo de estructuración, varía significativamente entre autores o herramientas para su valoración (Geyer, 1995; Laak, 1996; Benjamin, 2020); en esta investigación, la selección de dichas categorías se hizo tomando en cuenta el Inventario de Personalidad NEO Revisado o NEO PI-R, cuya sigla NEO hace alusión a tres de los cinco rasgos de personalidad que evalúa: Neuroticismo, Extraversión, Apertura (*openness*, en inglés); los demás son Responsabilidad y Amabilidad, en línea con el Modelo de los cinco grandes (Costa y McCrae, 2008). A continuación, se describen brevemente cada uno de dichos rasgos, nombrados en el manual del NEO PI-R como *factores*, en compañía de sus respectivas *facetas*, que son escalas más específicas diseñadas con el fin de describir aspectos detallados de cada factor (McCrae y Costa, 2008).

Neuroticismo. Este factor tiene por núcleo la tendencia a experimentar sentimientos displacenteros (como miedo, ira, melancolía, vergüenza, culpabilidad o repugnancia) de forma desorganizada (McCrae y Costa, 2008). Así, pese a que esta escala mide una dimensión de la personalidad normal y no debería considerársela como una medida psicopatológica, quienes puntúan alto pueden tener riesgo de padecer desórdenes psiquiátricos; quienes puntúan bajo son emocionalmente estables, tranquilos y relajados, y tienen la capacidad de enfrentarse a situaciones estresantes sin alterarse (McCrae y Costa, 2008).

Las facetas que integran el Neuroticismo son: *Ansiedad*, vinculada con la tendencia a pensar que las cosas podrían ir mal; *Hostilidad*, que mide la propensión a sentir ira o estados semejantes, como el rencor o la frustración; *Depresión*, enfocada en evaluar la predisposición a experimentar afectos depresivos, sentimientos de culpa, melancolía, desesperanza y soledad; *Ansiedad social*, ligada con la vergüenza, la turbación, la incomodidad con los demás, la sensibilidad al ridículo, los sentimientos de inferioridad y, por ende, la falta de soltura en situaciones sociales; *Impulsividad*, o la incapacidad de mantener los deseos y arrebatos bajo control; y *Vulnerabilidad*, puntualmente, al estrés (McCrae y Costa, 2008).

Extraversión. En el manual, este rasgo se define de acuerdo con una descripción de los sujetos extravertidos e introvertidos. En esa línea, menciona que las personas extravertidas se caracterizan por: ser sociales, asertivas, activas, habladoras, animosas, optimistas y enérgicas; querer vincularse con la gente, por lo que quizá prefieren estar en grupos y reuniones, y gustan de la excitación o la estimulación, además de tender a poseer un carácter alegre (McCrae y Costa, 2008). Por su parte, las personas introvertidas son más reservadas, independientes, constantes y sienten preferencia por estar solas (McCrae y Costa, 2008).

Las facetas que constituyen este factor son: *Cordialidad*, que se asocia con la intimidad interpersonal, la facilidad en el relacionamiento cercano con otros, el afecto, la franqueza y la amistad; *Gregarismo*, que establece la preferencia por la compañía de otras personas; *Asertividad*, orientada a la dominancia, la animosidad, el hablar sin titubeos y ser socialmente destacado; *Actividad*, indicadora de la predilección por una vida ajetreada o llena de ocupaciones; *Búsqueda de emociones*, que valora el ansia de sentirse excitado o estimulado; y *Emociones positivas*, cuyo fin es identificar la tendencia a experimentar emociones socialmente catalogadas como placenteras, del tipo de la alegría, el amor, la felicidad o el entusiasmo (McCrae y Costa, 2008).

Apertura a la experiencia. Conforme a los planteamientos de McCrae y Costa (2008):

Las personas abiertas están interesadas tanto por el mundo exterior como por el interior y sus vidas están enriquecidas por la experiencia. Desean tomar en consideración nuevas ideas y valores no convencionales y experimentan tanto las emociones positivas como las negativas de manera más profunda que los sujetos que se cierran. (pp. 24-25)

Así, quienes puntúan alto son poco convencionales, tienden a cuestionar la autoridad y se prestan para la aceptación de nuevas ideas sociales, políticas y éticas; mientras tanto, las personas que puntúan bajo tienden a ser convencionales, prefieren la familiaridad a lo novedoso, sus respuestas emocionales pueden ser apagadas, y tanto la amplitud como la intensidad de sus intereses parece ser más reducida.

Las facetas que hacen parte de esta dimensión son: *Fantasia*, dirigida al reconocimiento del nivel de riqueza imaginativa y la concepción de que la imaginación favorece a una vida creativa y rica; *Estética*, que guarda relación con la apreciación de la belleza y el arte en todas sus formas; *Sentimientos*, indicadora de una significativa receptividad ante las propias emociones o sentimientos, y de la percepción de que las emociones son parte fundamental de la vida; *Acciones*, vinculada con la tendencia a intentar nuevas actividades, conocer nuevos sitios o vivir experiencias novedosas; *Ideas*, que da cuenta de la curiosidad intelectual y el deseo de considerar nuevas ideas, tal vez poco convencionales; y *Valores*, enrutada a identificar qué tanta disposición tiene la persona para cuestionar valores políticos, sociales o religiosos (McCrae y Costa, 2008).

Amabilidad. Este factor, así como el de Extraversión, se caracteriza por delinear las tendencias interpersonales de los evaluados. De acuerdo con el manual del NEO PI-R:

La persona amable es fundamentalmente altruista. Simpatiza con los demás, está dispuesta a ayudarles y cree que los otros se sienten igualmente satisfechos de hacer esto mismo. Por el contrario, la persona desagradable o antipática es egocéntrica, suspicaz respecto a las intenciones de los demás y más bien opositora que cooperadora. (McCrae y Costa, 2008, p. 25)

Las facetas en que se desglosa la Amabilidad son: *Confianza*, por medio de la que se valora la tendencia a creer que las otras personas son honestas y bien intencionadas; *Franqueza*, que refleja la disposición a expresar los verdaderos sentimientos e ideas; *Altruismo*, relacionada con la preocupación activa por el bienestar ajeno y la prestación de ayuda a quien lo necesite; *Actitud conciliadora*, referente a las reacciones más usuales ante los conflictos interpersonales, ya sea de inhibir la agresión, olvidar y perdonar, o de agredir y competir en lugar de cooperar;

Modestia, que permite ver si la persona se inclina más a ser humilde y tratar de pasar desapercibida o a tener actitudes engreídas y arrogantes; y *Sensibilidad a los demás*, medidora de actitudes como la empatía, la preocupación y la simpatía por los otros (McCrae y Costa, 2008).

Responsabilidad. Esta dimensión está asociada con la planificación activa, la organización y la ejecución de tareas (McCrae y Costa, 2008). En el manual, la persona responsable es descrita como tenaz, voluntariosa, decidida, escrupulosa, puntual y fiable; quienes puntúan bajo en este factor no necesariamente carecen de principios morales, pero son menos rigurosas en aplicarlos, porque tienden a descuidar el trabajar por sus objetivos (McCrae y Costa, 2008).

Las facetas que componen este factor son: *Competencia*, entendida como la consciencia de la propia capacidad, prudencia, sensibilidad y eficacia para enfrentarse a los diferentes retos de la vida; *Orden*, o capacidad de organización, tanto en términos espaciales (limpieza y pulcritud) como temporales; *Sentido del deber*, que evidencia la adhesión estricta a ciertos principios éticos y el cumplimiento escrupuloso de las obligaciones morales, o el descuido en esos dos aspectos; *Necesidad de logro*, indicadora del nivel de aspiración y trabajo para conseguir los objetivos establecidos; *Autodisciplina*, en la que se evalúa la habilidad para comenzar y terminar tareas pese a las distracciones y los inconvenientes, por lo que está fuertemente asociada con la capacidad para automotivarse; y *Deliberación*, que implica la tendencia a sopesar mucho las decisiones antes de actuar (McCrae y Costa, 2008).

Psicoterapia

El origen de este concepto se remonta a la Grecia antigua, de la que se extraen las palabras *psique* y *therapeia*, la primera referida al alma y la segunda derivada del verbo *therapeuein*, que se traduce al castellano como “servir” o “cuidar” (Campo, 2021; González y Jiménez, 2015). Como término formal, fue utilizado en primera instancia por Daniel Tuke, en 1872 (Pinet, 2021), para referirse al:

[...] conjunto de métodos curativos utilizados conscientemente por los médicos más preparados, una rama especial del arte, que consista en la aplicación al tratamiento de las enfermedades de los conocimientos que actualmente poseemos acerca del influjo que la inteligencia, y todavía más la imaginación, pueda ejercer sobre las funciones del cuerpo humano. (Foville, 1886, citado en Tortosa y Civera, 2006, p. 185)

Actualmente, la *psicoterapia* está estrechamente ligada con la intervención en psicología clínica (Campo, 2021) más que con la medicina. Quizá por eso, autores como Bados (2008) la equiparan con el concepto de intervención psicológica, misma que consiste en:

[...] la aplicación de principios y técnicas psicológicos por parte de un profesional acreditado con el fin de ayudar a otras personas a comprender sus problemas, a reducir o superar estos, a prevenir la ocurrencia de los mismos y/o a mejorar las capacidades personales o relaciones de las personas aun en ausencia de problemas. (p. 2)

Y es que, como lo señala dicho autor, a diferencia de las primeras formas de psicoterapia, hoy en día no se necesita del padecimiento de un trastorno mental o psiquiátrico para acudir al espacio psicoterapéutico. De hecho, aunque el uso de herramientas como los manuales diagnósticos es común en la consulta psicoterapéutica, algunas investigaciones demuestran que, entre un tercio y la mitad de los consultantes, no tendrían que diagnosticarse con el DSM, puesto que sus problemas no encajan por completo o porque poseen niveles de subumbral para diversas categorías (Stirman et al., 2003; Westen et al., 2004, citados en Moriana y Gálvez, 2020).

A la definición previamente citada, podría agregársele lo señalado por Benito (2009a), quien afirma que, para que un procedimiento pueda ser considerado psicoterapéutico, este tiene que partir de una teoría científica sobre el funcionamiento y los cambios psicológicos o conductuales de las personas; además de ofertar una serie de técnicas, capacidades o maneras de promover mejoras en las condiciones que motivan el inicio de un proceso psicoterapéutico en quienes lo solicitan. Hay quienes son aún más concretos y teorizan que “para poder hablar de terapia psicológica, esta debe estar basada en una teoría científica de la personalidad, de sus trastornos y de la modificación de estos, y debe presentar evaluaciones empíricas de sus efectos, positivos y negativos” (Bados, 2008, pp. 2-3).

De igual modo, Bernstein y Nietzel (1980, 1988), citados en Bados (2008), integran en su definición de la terapia psicológica el hecho de que esta posee propósitos bien definidos, para cuyo cumplimiento se vale de métodos (generalmente, de naturaleza psicológica) que se soportan en teorías formales acerca de los problemas psicológicos en general y de las quejas específicas del consultante, con el fin de favorecer los cambios o movimientos que este desea. Otro de los elementos que hace parte de la definición de estos autores es la relación entre la dupla cliente-terapeuta; puntualmente, mencionan que la terapia psicológica consiste en una relación interpersonal entre al menos dos participantes: el terapeuta, quien posee saberes, conocimiento y

experiencia en el manejo de problemas psicológicos; y el cliente, quien experimenta alguna situación o circunstancia que le ha movido a ingresar a una psicoterapia para darle una respuesta determinada.

En consonancia con lo anterior, Campo (2021) asegura que la psicoterapia se logra con la construcción de una buena alianza terapéutica, misma que, a la larga, puede resultar impactante y beneficiosa tanto para el consultante como para el terapeuta. En ese sentido, varios profesionales con experticia en el ámbito psicoterapéutico han manifestado que conciben la psicoterapia:

[...] como un proceso de acompañamiento, para el crecimiento personal del paciente, que depende del establecimiento de una buena alianza terapéutica. Esta es una relación que se basa en el establecimiento de un vínculo y una alianza que permite conocer al paciente, y que genera también una conexión profunda entre las dos partes. (Campo, 2021, pp. 59-60)

Ahora bien, se sabe que las psicoterapias pueden llevarse a cabo de formas diferentes de acuerdo con la variación de asuntos como: los requerimientos o las problemáticas del consultante; el nivel de intervención que se requiera (individual, parejas, familias y grupos), o el modelo de intervención propio del terapeuta. Respecto de este último, Bados (2008) menciona que estos son útiles en tanto que permiten la organización de la información obtenida, facilitan el intercambio de conocimientos entre terapeutas que siguen un mismo modelo, y orientan la toma de decisiones de investigadores y clínicos. Igualmente, este autor numera como determinantes de la diversidad en los modelos psicoterapéuticos a: las concepciones de la conducta normal, anormal y los trastornos psicológicos; las variables que favorecen al origen, desarrollo y mantenimiento de dichas conductas y trastornos; los vínculos existentes entre aquellas variables; las maneras de recoger los datos que se asumen pertinentes; los objetivos específicos que se propone la intervención y el modo de llevarla a cabo.

Así, podría decirse que, si bien existe una definición común a todos los modelos psicoterapéuticos (la de *psicoterapia*), al igual que factores comunes y transversales que conducen a la eficacia de su implementación (en algunos casos), hay diferencias evidentes entre unos y otros modelos, que están significativamente dadas por determinantes como los mencionados en el párrafo anterior. A continuación, se ahondará en algunos de dichos modelos terapéuticos, de acuerdo con los hallazgos encontrados en las entrevistas realizadas a los participantes del presente estudio.

Modelo Bioenergético. La psicoterapia bioenergética parte de la premisa de que fenómenos psíquicos, como las emociones, son hechos corporales que se manifiestan en forma de movimientos o tensiones (Jiménez, 2020). Por lo tanto, es en el cuerpo que se albergan las experiencias vitales de las personas (Hernández y Zamora, 2017), así como sus conflictos y bloqueos psicológicos (Lowen y Lowen, 1990); no obstante, también es por medio de él que puede darse un conocimiento y una expresión de sí, para favorecer modificaciones en la armadura muscular construida en función de las vivencias propias, ayudar al flujo adecuado de la energía vital y conducir al sujeto hacia el alivio (Lowen, 1975/2011; Hernández y Zamora, 2017; Jiménez, 2020).

Fue desarrollada por Alexander Lowen, un médico y psicoterapeuta estadounidense que inspiró su trabajo en los conocimientos y saberes adquiridos durante sus años como estudiante y paciente de Wilhelm Reich (Lowen, 1975/2011), quien fue un psiquiatra vienés formado en el psicoanálisis freudiano (Ramírez, 2018; Bellido, 2020). Ambos, Reich y Lowen, reconocían la movilización de la energía biológica como un factor clave en la aparición de manifestaciones neuróticas o en el mantenimiento de un estado de salud adecuado, lo que podían evidenciar al observar la presencia o ausencia de una limitación en el deseo sexual o de tensiones musculares (Lowen, 1975/2011).

En consecuencia, y de acuerdo con Lowen y Lowen (1990), la bioenergética “combina el trabajo con el cuerpo y con la mente, para ayudar a la gente a resolver sus problemas emocionales, y a comprender mejor su potencial para el placer y el gozo de vivir” (p. 9). A su vez, en explicaciones previas, Lowen (1975/2011) advierte que este modelo retrotrae al pasado olvidado a quien decida experimentarlo y que pretende más una sanación de las heridas que la eliminación total de las secuelas que dejaron los traumas vivenciados.

Por su parte, Jiménez (2020), propone concebirla como “una psicoterapia corporal que se basa en un trabajo profundo con el cuerpo, donde se estimula a los pacientes a que permitan aflorar sus emociones reprimidas por medio de la conciencia de sus tensiones musculares” (p. 134). Para esto, esta terapia se vale de un conjunto de ejercicios especiales y procedimientos manipulativos que se hacen en sesiones de terapia, en clases y en casa:

Los procedimientos manipulativos consisten en masaje, presión controlada, y toques suaves para relajar los músculos contraídos. Los ejercicios están destinados a ayudar a la persona a entrar en

contacto con sus tensiones, y liberarlas a través de un movimiento apropiado. Es importante saber que todo músculo contraído está bloqueando algún movimiento. (Lowen y Lowen, 1990, p. 13)

Hernández y Zamora (2017) amplían un poco el panorama de técnicas bioenergéticas al mencionar, además, aquellos insumos y ejercicios de carácter psicósomático usados para identificar potenciales problemas, por medio de la mirada, la manera de hablar, la estructura y la postura del cuerpo; elementos que pueden contrastarse con la exposición verbal. Nombran, por ejemplo, los ejercicios de: respiración; vibración y motilidad; autoexpresión y autodominio, lo que incluye el pataleo o el pataleo mientras se dice “no”; afecto, sensualidad y sexualidad, como rotar las caderas, arquear la espalda o mecer la pelvis. Adicionalmente, mencionan la realización de posturas (como el asentamiento de tierra), los masajes, la meditación y el análisis de los sueños y las fantasías.

Quien dirige la terapia se encarga, entonces, tanto de guiar el trabajo sobre los músculos contraídos de los usuarios, a través de posiciones estresantes o movimientos expresivos, como de indagar en torno a los posibles problemas psicológicos que los llevaron a desarrollar tales contracciones o tensiones musculares que entorpecen el flujo natural de la energía (Jiménez, 2020). Lo anterior, tiene como resultados esperados: el aumento del conocimiento y la consciencia sobre sí mismo, la estimulación de la autoexpresión, el favorecimiento de la autoposesión y, en suma, la constitución de un yo más fuerte (Lowen, 1975/2011); también puede mejorar la figura, incrementar los sentimientos sexuales y propulsar la confianza en sí mismo (Lowen y Lowen, 1990).

Modelo Cognitivo-conductual. El modelo de psicoterapia cognitivo-conductual parte de la idea de que la mente humana funciona de acuerdo con el ciclo entre situación, pensamiento, emoción, conducta o respuesta fisiológica y, de nuevo, situación (Puerta y Padilla, 2011). Tiene la concepción de que muchos comportamientos y emociones humanas se originan a partir de la interpretación que se hace de los sucesos, y no de los sucesos en sí mismos (Ellis, en Soria, 2019; Ellis, en Pardo, 2019). Por eso, sus técnicas suelen estar asociadas con la identificación de pensamientos automáticos maladaptativos y con su posterior modificación por otros más ajustados a la realidad y que favorezcan a bienestar del paciente (Acevedo y Gálvez, 2018). Cuenta con múltiples Guías clínicas y Manuales de tratamiento, además de poseer decenas de estudios que respaldan la efectividad de la aplicación de sus herramientas y estrategias interventoras (Gálvez, 2009; American Psychological Association, 2017).

Modelo de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares. La Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por medio de Movimientos Oculares o EMDR fue desarrollada por un grupo de investigación liderado por la doctora Shapiro, desde el año 1987 (Retamal et al., 2022), a raíz de que esta descubriera que “ante pensamientos perturbadores sus ojos se movían rápidamente, haciendo que disminuyera la carga angustiada asociada a esos pensamientos” (Marín et al., 2016, p. 102). En correspondencia, este modelo, que inicialmente se pensaba como una técnica, tiene por herramienta característica la focalización de la atención en dos estímulos: la imagen perturbadora y la fuente de estimulación bilateral, que puede ser visual, auditiva, kinestésica (Marín et al., 2016) o táctil (Shapiro y Solomon, 2015; Reátegui et al., 2022).

La misma Shapiro, en compañía de Solomon (2015), definen la EMDR como un enfoque psicoterapéutico integrador que enfatiza el papel del sistema de procesamiento de información del cerebro, y la justifican asegurando que algunos problemas de salud mental –salvo aquellos que tienen por causa la falta de información, el déficit orgánico, la toxicidad o la lesión física– son producto de recuerdos procesados inadecuadamente de experiencias perturbadoras o traumáticas. Por eso, este modelo propone un abordaje del problema en ocho fases y una metodología de tres frentes para identificar y reprocesar: a) recuerdos de experiencias adversas, vivenciadas en el pasado, que subyacen a los malestares actuales; b) situaciones actuales que producen perturbación, y c) habilidades necesarias que proporcionarán plantillas de memoria positivas para guiar el comportamiento futuro del usuario (Shapiro y Solomon, 2015).

En principio, su propósito se encaminó exclusivamente a ayudar al procesamiento adecuado de recuerdos traumáticos (Marín et al., 2016; Retamal et al., 2022) en veteranos de guerra y personas abusadas sexualmente (Retamal et al., 2022), siendo el tratamiento del trastorno de estrés postraumático su foco. No obstante, comenzó a aplicarse a otras problemáticas, de tal forma que, hoy, se sabe que también puede ser provechosa para el trabajo sobre la depresión (Reátegui et al., 2022), algunas fobias (Jongh y Broeke, 2009) y varios síntomas de la ansiedad y el trastorno de pánico (Yunitri et al., 2020).

Para dicho tratamiento, este modelo se vale de ocho fases que confieren orden y estructura a la terapia: “historia del paciente, preparación del paciente, evaluación de los aspectos primarios del recuerdo, desensibilización del recuerdo, instalación de la cognición positiva y reprocesamiento, examen corporal, reevaluación y cierre” (Marín et al., 2016, p. 102); en las que

se aplican procedimientos estandarizados que incluyen series de movimientos oculares u otros estímulos que fomentan la atención dual bilateral y, por consiguiente, el acceso a recuerdos del usuario para propiciar que este los procese adaptativamente (Shapiro y Solomon, 2015).

Modelo Dialéctico-conductual. Esta terapia nace en el marco de las terapias de tercera generación, caracterizadas por contemplar factores tanto biológicos como ambientales en la génesis y la persistencia de las disfuncionalidades comportamentales (Ramírez y Vargas, 2012) o emocionales (Soler et al., 2016) de los pacientes.

Originalmente, fue ideada por la psicóloga Marsha Linehan para el tratamiento de mujeres con un historial de automutilaciones, ideación suicida e intentos de suicidio (Ramírez y Vargas, 2012); o, en otras palabras, para el abordaje de los síntomas derivados del Trastorno Límite de la Personalidad, especialmente de aquellos asociados con la inestabilidad e impulsividad que llevan a la ejecución de conductas suicidas o parasuicidas (Lynch et al., 2007; De la Vega y Sánchez, 2013). En sintonía con esto, su autora la define como una psicoterapia comportamental ambulatoria diseñada para sujetos crónicamente parasuicidas, con condiciones diagnósticas semejantes al TLP (Linehan et al., 1991). Otros autores, como Ramírez y Vargas (2012), añaden a aquella definición el carácter dialéctico que se plantea como central para la promoción del cambio comportamental en los usuarios de esta psicoterapia; este carácter dialéctico busca conducir a un balance entre el reconocimiento del comportamiento problemático –como una estrategia defensiva dada en función de un contexto determinado– y de la necesidad de cambiar.

En conjunto con dicha perspectiva dialéctica, este modelo, al que también se conoce como DBT por sus siglas en inglés, integra planteamientos conductuales y cognitivos clásicos para favorecer el cambio comportamental, con aproximaciones de validación y aceptación del sufrimiento inspiradas en las filosofías budista y zen (Lynch et al., 2007; Ramírez y Vargas, 2012; De la Vega y Sánchez, 2013; Soler et al., 2016). Su fin último es, entonces, ayudar a los pacientes a construir una vida que valga la pena vivir (Lynch et al., 2007), por medio de la incorporación de habilidades que les permitan regular sus emociones y su conducta (De la Vega y Sánchez, 2013) y adquirir un marco que favorezca a la síntesis entre el cambio y la aceptación (Soler et al., 2016).

Para lograr lo anterior, se vale de técnicas como la exposición, el aprendizaje por modelos, el modelamiento, el juego de roles, las instrucciones y las autoinstrucciones, los

refuerzos, la retroalimentación y, fundamentalmente, la validación de las experiencias emocionales del paciente (De la Vega y Sánchez, 2013). Estas se implementan en un paquete transversal que incluye: la psicoterapia individual, en la que la relación terapéutica adquiere un rol central, de manera que “el paciente debe concebir al terapeuta como alguien con el que se puede contar, y el terapeuta debe esforzarse por no repetir el ambiente patológico invalidante que el paciente ha experimentado a lo largo de su vida” (De la Vega y Sánchez, 2013, p. 47); el entrenamiento en habilidades básicas de consciencia, de eficiencia interpersonal, de regulación emocional y de tolerancia al malestar, que se asocian, en correspondencia, con los síntomas diana de confusión acerca del yo, caos interpersonal, inestabilidad emocional e impulsividad; la atención telefónica, que se da cuando el paciente está en crisis y en la que el terapeuta intentará promover la utilización de técnicas específicas según las demandas de la situación; y las reuniones periódicas de supervisión del psicoterapeuta con sus pares, realizadas con el objetivo de velar por el cuidado de quienes orientan los procesos de psicoterapia (De la Vega y Sánchez, 2013).

Finalmente, no sobra decir que, aunque en principio esta terapia se pensó para el tratamiento del TLP, en la actualidad, también se ha comprobado su utilidad para los procesos de usuarios con trastornos de la conducta alimentaria (Safer et al., 2001; Telch, et al., 2001), trastornos por abuso de sustancias (Soler et al., 2016), trastorno depresivo mayor (Soler et al., 2016), y síntomas del déficit de atención con hiperactividad en adultos (De la Vega y Sánchez, 2013).

Modelo Fenomenológico-existencial. Este modelo cuenta con múltiples autores que contribuyeron a su origen, en especial dado que se fundamenta en dos corrientes filosóficas ampliamente trabajadas: la fenomenología, definida por Husserl como un “estudio de los fenómenos tal como los experimenta el individuo, con el acento en la manera exacta que un fenómeno se revela en sí a la persona que lo está experimentando, en toda su especificidad y concreción” (Brennan, 1999, p. 295); y el existencialismo, del que Samour (2022) afirma que se trata, sobre todo, de “un modo de plantear los problemas, una perspectiva sobre la realidad que interpreta los fenómenos relativizándolos al ponerlos en relación con la existencia humana concreta, siempre en constante proceso, tanto a escala individual como social” (p. 36).

En ese sentido, la terapia fenomenológica-existencial se orienta de acuerdo a principios como el intento de evitar un entendimiento prejuiciado de la realidad y el estudio de las

estructuras de la conciencia conforme lo experimenta el propio usuario (Montagud, 2019), cuestiones que se desprenden de la fenomenología; y, de la perspectiva existencialista, acoge la premisa de que uno de los motores de la angustia humana es la responsabilidad, misma que está ligada al poder que tiene el sujeto para tomar decisiones, es decir, a su libre albedrío (Ruz, 2022). En ese sentido, Moreira et al. (1995) manifiestan:

[Bajo la perspectiva de la psicoterapia fenomenológica-existencial,] el hombre se hace, como un proyecto que se vive subjetivamente. [...] Para el existencialismo sartreano el hombre tiene libertad de escoger, de opción y, también, angustia. Está condenado a ser libre en la medida en la que se crea a sí mismo, siendo responsable por lo que haga y teniendo el destino en sus propias manos. (p. 124)

La terapia, entonces, tiene como objetivo metodológico el hacer una exploración exhaustiva y fructífera de la experiencia (Moreira et al., 1995), y presentar al usuario una oportunidad para que dé cuenta de todos los fenómenos emergentes de una manera detallada, permitiéndole “clarificar y aprehender lo que es esencial. A través de la descripción, el cliente podrá entrar en contacto consigo mismo y, en una dimensión amplia, con sus cuestionamientos sobre diferentes aspectos” (Moreira et al., 1995, p.125). De esta manera, su fin último es el de dar agencia a la persona, que esta tenga tanta comprensión de su propia experiencia como para tomar decisiones, empezando a poner en práctica su libertad y responsabilidad, encontrando una visión amplia de la experiencia y la capacidad de sostener las decisiones que se toman con los malestares que impliquen.

También es importante anotar que, desde este enfoque, no se realizan diagnósticos. La terapia fenomenológica-existencial se aleja del modelo médico para trabajar a partir de las experiencias y expectativas del usuario. La formulación de casos se realiza desde la exploración en la experiencia.

Para hacer lo anterior, se vale de las que llama conversaciones poderosas, dando cuenta de que el método de la terapia fenomenológica existencial prima el tipo de encuentro que se genera entre terapeuta y cliente, la posibilidad de generar un diálogo genuino y la aplicación de estrategias que le permitan al terapeuta acercarse al paciente y los fenómenos que aparecen en este de una manera respetuosa, comprensiva y de cierta forma objetiva (Martínez, 2017).

Modelo Humanista. El modelo humanista, también nombrado La tercera fuerza, luego del psicoanálisis y el conductismo,

[...] se gesta en un momento histórico, en el que convergen o se sincronizan diversos autores y posturas, como reacción al determinismo o condicionamientos que ofrecían las corrientes operantes antes de los años 60, su configuración se va dando a través de discontinuidades y rupturas tanto en Europa como en Norteamérica. (Henaó, 2013, p. 84)

Ubica a la persona en el centro de la reflexión (Aizpuru, 2008), se focaliza en la exploración de la vivencia subjetiva en el momento presente (Corporación Universidad de la Costa, 2020) y busca el desarrollo de las potencialidades humanas (Riveros, 2014), en lugar de la asignación de etiquetas diagnósticas, y la intervención sobre ellas, a los que se suelen denominar *clientes* (Rosso y Lebl, 2006).

Desde su nacimiento, esta corriente se ha encargado de indagar en asuntos que no eran ejes centrales de la psicología tradicional, como la identidad, la autenticidad, el crecimiento personal, la autorrealización y la trascendencia (Lyons, 2006, en Peláez et al., 2013). En esa línea, se ha constituido como “una búsqueda constante por significar al ser humano desde sus verdaderas necesidades, las cuales resuenan en su interior como expresión de su permanente tendencia a la actualización y a la coherencia” (Peláez et al., 2013, p. 422).

Modelo Médico o Psiquiatría. De acuerdo con Benito (2009b), la psiquiatría puede definirse como “la rama de la medicina que se especializa en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales” (p. 1), para lo que tiende a adoptar el llamado modelo médico de la salud, mismo que asume que las enfermedades o trastornos se explican netamente por desviaciones de variables biológicas medibles, sin dejar lugar a la consideración de las dimensiones psicológicas, sociales y ambientales que pueden incidir en la persistencia del problema (Engel, 2012). Por lo tanto, los tratamientos más característicos aplicados por la psiquiatría implican la receta de fármacos, electrochoques o cirugías, que pretenden intervenir sobre los sistemas biológicos del cuerpo para reducir o mitigar los efectos de la enfermedad o trastorno; no obstante, dichas recetas también pueden complementarse con un proceso de psicoterapia llevado a cabo por el mismo psiquiatra (Benito, 2009b), partiendo del aludido modelo médico o de otros como el biopsicosocial (Elío, 2023). El psiquiatra, a su vez, puede acogerse a uno de los modelos de psicoterapia como los descritos antes o en lo que sigue.

Modelo No Específico o Tradicional. En esta categoría se enmarcan todos aquellos procesos de psicoterapia que no cuentan con una orientación epistemológica, teórica o práctica claramente definida para muchos de los usuarios de psicoterapia entrevistados. Dicho de otro

modo, este apartado se creó dado que varios participantes de la investigación no sabían la corriente bajo la cual su terapeuta estaba llevando el proceso; en consecuencia, las características de este modelo son las mismas descritas en el subtítulo global de Psicoterapia, destacándose el diálogo como la herramienta principal usada en las sesiones.

Modelo Psicoanalítico. El modelo psicoanalítico fue el primero registrado en la historia. Freud (1923/1998), su fundador, lo describió como un procedimiento útil para la indagación de los procesos anímicos difícilmente accesibles por otras vías, un compendio de conocimientos derivados de esa indagación y una forma de tratamiento de las perturbaciones neuróticas. Además, llegó a sugerir la idea de que este modelo suponía una cura a través de la palabra (Lanusse, 2019). Es así como, en la actualidad, esta forma de psicoterapia implementa técnicas que incluyen: la atención flotante, en la que se privilegia la escucha atenta del discurso global del paciente en lugar de centrarse en algún asunto (García, 2010); la asociación libre, que se concibe como “un método para hacer que algunos aspectos de las ideas y recuerdos que resulten demasiado traumáticos para poder ser accesibles por la consciencia (entendida dentro del marco teórico del psicoanálisis) puedan ser revelados indirectamente a través del lenguaje” (Triglia, 2017, párr. 4); y el análisis y manejo de la transferencia, o la relación terapéutica entre analista y consultante (Lopera, 2017). Lo anterior, con el propósito de ayudar al paciente a encontrar nexos entre los síntomas que manifiesta en el presente y sucesos de su historia de vida, o interpretaciones de estos, que pueden no estar en la consciencia de la persona en cuestión (Escobar, 2010).

En ese orden de ideas, el psicoanálisis suele implicar una revisión profunda de los aspectos del ser, una exploración del inconsciente (Escobar, 2010) y, por ende, la remoción de recuerdos, experiencias y sensaciones ya vividas (Merlín, 2018). Lo anterior, puede hacerse partiendo de alguna de las diferentes sub-escuelas que surgieron en el psicoanálisis con el curso de los años, como el psicoanálisis freudiano (Greenson, 1976/2004), el jungiano (Jung, 1954/2006; Alonso, 2004) o el lacaniano (Lacan, 1964/1987; Miller, 2006).

Modelo Psicodinámico. La terapia psicodinámica encuentra su origen en el modelo psicoanalítico freudiano (Maganto y Ávila, 1999). De allí que coincidan en su interés por asuntos como los productos del inconsciente y sus efectos en el presente, la transferencia, la contratransferencia, y el impacto actual de las experiencias y las relaciones vivenciadas en los primeros años de vida (Rodríguez y Gil, 2022). No obstante, en línea con lo expuesto por

Rodríguez y Gil (2022), el énfasis de la psicodinámica está en la relevancia que otorga a la historia del usuario, a su desarrollo psicológico y a la interpretación que este hace de los sucesos críticos que vivió y de sus repercusiones. Además, mencionan que uno de los focos centrales de este modelo es

[...] el análisis y elaboración de los efectos de las experiencias tempranas y del pasado en la formación de patrones de conducta y de pensamiento y en los estilos de interacción interpersonal que se han vuelto repetitivos e interfieren con la actividad e integración sanas del individuo en su ambiente social. (Rodríguez y Gil, 2022, p. 32)

Por lo tanto, bien podría decirse que, uno de los aspectos clave en la distinción entre psicoanálisis y psicodinámica, radica en que el primero, ubicado tras el lente de la teoría pulsional clásica, concibe al ser humano como individuo en el planteamiento de sus metas y deseos; mientras que el segundo, soportado en la lógica de la teoría relacional, percibe a la persona como un ser fundamentalmente social, cuya satisfacción solo puede realizarse en un contexto colectivo (Maganto y Ávila, 1999).

En consecuencia, el objetivo de esta terapia decanta en la identificación y tramitación de conflictos inconscientes (Torres, 2017) que turban la existencia del usuario e interfieren perjudicialmente en su relacionamiento con los otros (Rodríguez y Gil, 2022). Estos conflictos pueden darse

[...] entre lo inconsciente y lo consciente o lo preconscious, entre las pulsiones del ello, el yo y el superyó, entre los principios del placer y de realidad, entre las pulsiones sexuales y de autoconservación, o entre las pulsiones de vida y de muerte. (Rodríguez y Gil, 2022, p. 31)

Ahora bien, para la identificación y tramitación de dichos conflictos, sea cual fuere su naturaleza, la psicodinámica se sirve de técnicas como: la asociación libre, la detección y desactivación de los mecanismos de defensa, el análisis de los sueños, y la lectura de la transferencia y la contratransferencia (Torres, 2017; Equipo de Expertos en Ciencias de la Salud, 2023); algunos psicoterapeutas, con una forma de proceder más ecléctica, implementan técnicas enmarcadas en otras orientaciones teóricas, como la silla vacía o la exposición (Torres, 2017), propias de la psicoterapia humanista y cognitiva, respectivamente. Asimismo, este modelo recurre a herramientas como el sistema Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado u OPD (por sus siglas en inglés), un manual de entrenamiento e inventario diagnóstico creado a causa del descontento de varios psicodinámicos con los sistemas diagnósticos prescritos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de

Enfermedades (CIE), ya que estos carecían de denominaciones referentes a los conflictos intrapsíquicos e interpersonales, y no daban cabida a la mención explícita del grado estructural del usuario y su manera de experimentar la enfermedad (Cierpka et al., 2006). Por consiguiente, este sistema desarrolla un diagnóstico a partir de cinco ejes: (1) la manera que tiene el usuario de vivenciar su enfermedad, las motivaciones para iniciar el tratamiento y los recursos cognitivos, afectivos y ambientales con los que cuenta para hacerlo; (2) el diagnóstico de la conducta relacional problemática recurrente; (3) los conflictos dinámicos inconscientes que presenta, en su versión activa o pasiva; (4) el nivel de estructuración psíquica del usuario, lo que se determina al evaluar distintas capacidades o funciones psíquicas; y, finalmente, (5) el diagnóstico sindromático, que sirve como puente entre las conclusiones sacadas a partir de los ejes anteriores y el modelo médico representado en el CIE (Cierpka et al., 2006).

Finalmente, cabe subrayar cinco afirmaciones que, según Westen, constituyen los cimientos de la psicoterapia dinámica:

1. Gran parte de la vida mental –incluyendo los pensamientos, sentimientos y motivaciones– es inconsciente, lo que significa que las personas pueden comportarse de manera, o desarrollar síntomas, que no se pueden explicar a sí mismos.
2. Los procesos mentales, incluyendo los procesos afectivos y motivacionales, operan en paralelo de tal modo que los individuos pueden tener sentimientos que están en conflicto, hacia la misma persona o situación, que les motivan a actuar de modos opuestos y que, a menudo, llevan a soluciones de compromiso.
3. Los patrones estables de la personalidad empiezan a formarse en la niñez y las experiencias infantiles juegan un papel importante en el desarrollo de la personalidad, especialmente en cuanto a dar forma a las relaciones sociales posteriores.
4. Las representaciones mentales del yo, los otros y las relaciones, guían la interacción de las personas con los demás e influyen en cómo se vuelven psicológicamente sintomáticas.
5. El desarrollo de la personalidad no solamente implica el aprender a regular los sentimientos sexuales y agresivos sino que también incluye aprender a cambiar de un estado inmaduro y socialmente dependiente a un estado maduro e interdependiente. (Rodríguez y Gil, 2022, pp. 33-34)

Pseudopsicoterapias. Conforme lo expuesto por De Celis (2019), una pseudopsicoterapia es toda aquella sustancia, producto, actividad o servicio con aparente fin sanitario, pero sin soporte en conocimiento o evidencia científica que garantice su seguridad y

eficacia. Así, algunos de los procesos derivados de estas prácticas, que pueden ser o no malintencionadas,

[...] apenas tendrían efecto beneficioso de ningún tipo, en algún caso a sabiendas de los que los promocionan –sanitarios o no–, y se pueden considerar directamente un fraude, que sería el caso donde el prefijo pseudo podría estar aplicado con mayor propiedad. Otros puede que contribuyan al bienestar del usuario pero sin estar reconocidos oficialmente como un tratamiento, basándose los profesionales que los emplean en experiencia propia o ajena de que tendrían un efecto beneficioso sobre ciertas dolencias, aunque a día de hoy no haya investigación empírica que respalde de manera suficiente esta afirmación. (De Celis, 2019, p. 4)

Constelación Familiar. Las constelaciones familiares nacieron a mediados de los ochenta (Alonso, 2005) a partir de los planteamientos de Bert Hellinger (Stones, 2006), quien intentó ubicarlas dentro de las categorías de terapia sistémica o terapia breve orientada a soluciones (Rivera et al., 2021) y definió su proceder como una forma de psicoterapia fenomenológica, lo que supone que quien oriente el proceso se someta a conexiones y contextos que pueden superar su entendimiento, y enfrente lo que se dé de la forma en que es (Franke, 2003). No obstante, hay quienes relegan las constelaciones familiares a la denominación de técnica psicoterapéutica (Alonso, 2005), siendo su fin, en ambos casos, develar cómo las dinámicas ocultas de un sistema familiar impactan a cada uno de sus miembros (Hellinger, 1999), en especial a quien funge como cliente. Para conseguirlo, recurre al análisis de una representación completa de la constitución familiar y de los aspectos traumáticos más relevantes –como las desapariciones, muertes, separaciones o exclusiones por motivo de orientación sexual, enfermedad o crimen– que podrían estar afectando, inconscientemente, la vida presente del usuario (Alonso, 2005). En esa línea,

[...] el esquema terapéutico que maneja la CF recuerda intensamente al psicoanálisis, puesto que se trata de sacar a la luz contenidos inconscientes o no expresamente conocidos (aunque el dominio de esos contenidos sea la familia diacrónicamente considerada, y no una psique individual) y transformarlos a través de una vivencia controlada en la sesión terapéutica. (Alonso, 2005, p. 87)

Así, se entiende que este modelo no solo busca ahondar en cuestiones problemáticas vinculadas con las relaciones familiares, sino también proponer órdenes o características clave para ayudar al flujo del sistema cuando este es vulnerado o afectado por un trauma (Stones, 2006), puesto que se da por hecho que los problemas psicológicos actuales suceden a raíz de una

transmisión de conflictos, preocupaciones o modos de comportarse a través de las generaciones (Alonso, 2005), de tal modo que

[...] determinados hechos impactantes tienen un efecto residual en todos los miembros de la familia en la que ocurren, y que las dinámicas no resueltas que persisten tras tales hechos se transmiten a generaciones posteriores. Se trata de una herencia sutil e inconsciente de obligaciones que fueron contraídas por familiares precedentes, y que viajan a través de las generaciones formando parte del acervo cultural familiar. (Alonso, 2005, p. 87)

Por ende, siguiendo las ideas de Alonso (2005), bien podría decirse que el foco de actuación de las constelaciones familiares son los problemas personales o manifestaciones sintomáticas que, se sospecha, tienen origen en la esfera relacional familiar; también se las ha encontrado útiles en el ámbito escolar, como instrumento para el abordaje de conflictos madres o padres y escuela, o en el aula.

De acuerdo con Alonso (2005), las constelaciones familiares siempre se realizan en grupo y durante una única sesión; sin embargo, por la experiencia de una de las personas entrevistadas para este estudio, es claro que ese no es el caso de todos los procesos que se sirven de este enfoque.

Ahora bien, es importante aclarar que este modelo se ubica bajo el subtítulo de pseudopsicoterapia dado el carácter controversial que ronda su denominación como psicoterapia (Alonso, 2005; Rivera et al., 2021). Lo anterior se debe, entre otras razones, a que: “en la CF no llega a existir entre terapeuta y cliente una relación psicoterapéutica en sentido estricto” (Alonso, 2005, p. 92); no existe evidencia sobre la efectividad en su manera de proceder, cuestión que se ha estudiado tanto cuantitativa como cualitativamente (Rivera et al., 2021); y, según revisiones realizadas por Rivera et al. (2021), las constelaciones familiares están fundamentadas en nociones culturales y espirituales experimentadas por su autor, Hellinger, en lugar de tener sustento en una teoría psicológica.

Diseño metodológico

Enfoque y tipo de investigación

El presente estudio posee un enfoque cualitativo, en tanto que pretende obtener una comprensión profunda de los fenómenos antes mencionados con base en los atributos y las experiencias de los participantes, así como en los significados y los símbolos que estos atribuyen a esas experiencias (Salgado, 2007). En consecuencia, el diseño implementado es un estudio de

caso de corte fenomenológico y transversal, puesto que supuso el análisis de varios elementos sin que hubiese una intervención directa de por medio (López, 2013), e implicó la recolección de información de un grupo delimitado (Martínez, 2006) de usuarios de procesos psicoterapéuticos en un tiempo y espacio específicos. El complemento *fenomenológico* se debe a que el objetivo principal gira en torno a “explorar, describir y comprender las experiencias de las personas con respecto a un fenómeno y descubrir los elementos en común de tales vivencias” (Hernández et al., 2014, p. 493). Por su parte, el que sea *transversal* quiere decir que solo se realizó en un tiempo específico y delimitado, en lugar de un intervalo prolongado; es decir que no hay un seguimiento de los posibles cambios de las variables en los participantes a lo largo del tiempo (Cvetkovic et al., 2021).

En cuanto al alcance de la investigación, es esencialmente descriptivo, dado el carácter cualitativo del estudio y porque su fin último es ahondar en características relevantes de los procesos de psicoterapia, diferenciados por modelos, y las personalidades de los participantes, para describir las tendencias de un segmento de la población que es usuaria de procesos de psicoterapia en Antioquia (Hernández et al., 2014). No obstante, es un hecho que pretende ir más allá al establecer relaciones entre diversas categorías derivadas de las variables antes enunciadas.

Participantes

Para la selección de la muestra, se tuvo en cuenta que los participantes: fuesen mayores de edad (lo que en el contexto colombiano sucede al cumplir los dieciocho años); hubiesen vivido durante la mayor parte de su vida en Antioquia, y recibieran al menos una clase de tratamiento psicoterapéutico en esta misma delimitación geográfica, durante al menos cinco sesiones, dado que algunas instituciones establecen dicha cifra como número límite y, para este momento, suele haberse iniciado un proceso estructurado en el que comienzan a evidenciarse mejoras (Crits-Christoph et al., 2001; Botella et al., 2006; Delgadillo et al., 2014), la alianza terapéutica está incipientemente consolidada (Zilcha-Mano y Errázuriz, 2017; Da Costa et al., 2019) y ya se han establecido objetivos claros para la intervención. Además, se consideró el hecho de que los usuarios no padecieran condiciones mentales que implicaran una alteración de la realidad, como las psicosis o la demencia. En consecuencia, se empleó un muestreo del tipo no probabilístico, orientado fundamentalmente por la oportunidad, la diversidad y los casos críticos, que dio lugar a la participación de 15 personas, cuyas características sociodemográficas pueden apreciarse en la Tabla 1.

Tabla 1*Datos sociodemográficos de los participantes de la investigación*

Participante	Caracterización sociodemográfica					
	Edad	Género	Nivel de estudios	Ocupación	Lugar de crianza	Estrato
01SLO	21	F	Bachiller	Estudiante universitaria	Medellín	5
02DZL	19	M	Bachiller	Estudiante universitario	Medellín	1
03RJC	21	F	Bachiller	Estudiante universitaria	Envigado	5
04SAH	18	F	Bachiller	Estudiante universitaria	Medellín	3
05MAB	19	F	Técnica	Estudiante técnica	de Bello	2
06DAC	24	F	Técnica	Radióloga	Marinilla	3
07SMH	23	F	Bachiller	Estudiante universitaria	Medellín	4
08JAG	19	M	Bachiller	Estudiante universitario	Medellín	4
09MJP	27	F	Bachiller	Estudiante universitaria	Medellín	2
10EVH	23	M	Bachiller	Estudiante universitario	Medellín	4
11DAP	22	M	Bachiller	Estudiante universitario	Envigado	4
12JDA	24	M	Bachiller	Estudiante universitario	Medellín	4
13MPG	25	F	Pregrado	Desempleada	Medellín	3

14SSA	22	M	Bachiller	Estudiante universitario	Medellín	4
15CLG	22	F	Bachiller	Estudiante universitaria	Llano Grande	5

Instrumentos

La variable *Personalidad* se midió a través de la adaptación española del Inventario de personalidad NEO revisado (NEO PI-R), originalmente diseñado por McCrae y Costa en 1985 (Sanz y García, 2009) con el propósito de evaluar la personalidad adulta normal a través de la medición de las dimensiones de la personalidad ampliadas en el marco teórico de esta investigación, es decir: Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la experiencia, Amabilidad y Responsabilidad (McCrae y Costa, 2008). Según su manual de aplicación,

El NEO PI-R implica un modelo conceptual que condensa décadas de análisis factoriales sobre la estructura de la personalidad. Las propias escalas se desarrollaron y se depuraron mediante la combinación de métodos racionales y factoriales y han sido objeto de intensas investigaciones llevadas a cabo a lo largo de 20 años con muestras clínicas y de adultos normales. Las comprobaciones sobre la fiabilidad y estabilidad de cada escala así como su validez de constructo se han recogido detalladamente en un gran número de publicaciones (McCrae y Costa, 2008, p. 10)

En esa línea, es importante mencionar que se ha reportado que sus índices de validez y confiabilidad son lo suficientemente buenos (Zambrano, 2011; Salgado et al., 2016; Sanz et al., 2024). En términos más explícitos, el manual informa que su validez de constructo y la validez convergente de sus facetas se ha verificado por medio de correlaciones entre los resultados del NEO PI-R y otros instrumentos que evalúan la personalidad o constructos análogos, respectivamente (McCrae y Costa, 2008); además, en cuanto a la validez externa de los datos, “el NEO PI-R se ha demostrado relativamente impermeable a un estilo de respuesta socialmente deseable, al menos con sujetos que desean cooperar” (McCrae y Costa, 2008, p. 61, citando a McCrae y Costa, 1983b). A su vez, la confiabilidad que se le atribuye, en lo que respecta a la consistencia interna, se estima con un alfa de Cronbach que suele ubicarse entre el 0.70 y el 0.90, para los cinco rasgos principales y las facetas que se derivan de ellos; por su parte, algunos

estudios longitudinales han demostrado que los puntajes tienden a ser estables en el tiempo, lo que garantiza la confiabilidad test-retest.

La evaluación de los factores de personalidad se complementó por medio de la realización de una serie de preguntas en una entrevista semiestructurada, definida como un tipo de conversación dirigida en la que, quien entrevista, posee una guía de preguntas y tiene la libertad de introducir nuevos interrogantes o modificar ligeramente los prediseñados con el propósito de hacer claridades, precisar conceptos u obtener más información (Hernández et al., 2014). A través de ella se pretendió, igualmente, la recopilación de información en torno a los *Modelos de psicoterapia* y las características de la *Adherencia* y la *Efectividad* de los procesos psicoterapéuticos vivenciados por los participantes. Los ítems de dicha entrevista pueden apreciarse en el Anexo 1.

Sistematización y análisis de la información

La sistematización de la información se basó en tres matrices: bruta, discriminada y de tendencia; allí se recogieron y organizaron los datos obtenidos en las entrevistas. En este orden de ideas, la matriz de información bruta contiene las respuestas completas de los participantes, la matriz discriminada favorece a una visualización organizada de la información según los datos más relevantes de las respuestas, y la matriz de tendencia permite evidenciar los patrones encontrados en los resultados de todas las entrevistas agrupados por subcategorías. De este modo, se realizó un análisis de cada subcategoría a partir del establecimiento de patrones, tendencias, o aspectos comunes en las respuestas de los participantes. Con la información arrojada por las tendencias se procedió a establecer relaciones, diferencias, entre otras formas asociativas de manera intra e inter categorial, de acuerdo con los resultados arrojados por el Inventario de personalidad NEO revisado (NEO PI-R), para propiciar la construcción de los resultados y discusión y, en consecuencia, favorecer el cumplimiento de los objetivos de esta investigación.

Consideraciones éticas

Anticipadamente, los participantes fueron informados acerca de la investigación, sus objetivos y la manera cómo se usaría la información que brindarían. De acuerdo con esto, se construyó un consentimiento informado, el cual fue firmado por cada uno de ellos, con el propósito de avalar la protección de los datos suministrados y garantizar que la información recolectada se utilizaría con fines meramente investigativos y académicos, amparados según lo

expuesto en la Ley 1090 de 2006 y en la Resolución 8430 de 1993, artículo 11, cumpliendo con los criterios éticos básicos de la investigación cualitativa. Asimismo, este estudio privilegió la participación voluntaria durante todas las etapas, de forma que era posible desistir cuando así se quisiera.

En esa línea, es importante indicar que, según lo estipulado en el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993, esta investigación hace parte de la categoría A o investigación sin riesgo, debido a que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada a las variables psicológicas o sociales de los individuos que hicieron parte del estudio al aplicar los instrumentos de investigación (Ministerio de Salud, 1993), que, como bien se dijo, fueron: un cuestionario para la evaluación de la personalidad y una entrevista semiestructurada.

Resultados

En lo que sigue, se dan a conocer los resultados obtenidos a partir de las entrevistas semiestructuradas que se realizaron a quince usuarios de psicoterapia, enmarcados en el contexto antioqueño, con los objetivos específicos de : a) describir los rasgos de personalidad más frecuentes en los usuarios de procesos psicoterapéuticos entrevistados; b) reconocer los modelos de psicoterapia más usados por los participantes y sus respectivas características principales; c) identificar las características de la adherencia a los modelos psicoterapéuticos por parte de los usuarios, y d) discriminar algunos de los aspectos más relevantes respecto de la eficacia de los modelos psicoterapéuticos usados por los usuarios. De igual forma, se comparten los estadísticos descriptivos y la interpretación derivada del análisis de las quince pruebas de personalidad completadas por los participantes, con la finalidad de complementar los autorreportes comunicados durante las entrevistas a través de un instrumento validado.

Buscando un análisis ordenado y riguroso, la presentación de los resultados se segmenta de acuerdo con las categorías de análisis bajo las cuales se diseñó la entrevista: rasgos de personalidad, modelos de psicoterapia, adherencia y eficacia; mismas en cuyas subcategorías también se profundiza. Adicionalmente, estos hallazgos se sustentarán con fragmentos del discurso de los participantes, seleccionados a partir de su relevancia y utilidad para ejemplificar lo encontrado.

Rasgos de personalidad

La valoración de los rasgos de personalidad de los usuarios se hizo por medio del Inventario de Personalidad NEO Revisado y de preguntas incluidas en la entrevista

semiestructurada. A partir del primer instrumento, se halló que los participantes poseen una clara tendencia a presentar rasgos inclinados al neuroticismo, la apertura a la experiencia y la irresponsabilidad, como puede evidenciarse en la Tabla 2; los resultados de los factores *Extraversión* y *Amabilidad* fueron más propensos a variar en el continuo del espectro.

Tabla 2

Descriptivos de los puntajes transformados resultantes del NEO PI-R en la muestra

	Media	Desviación Estándar	Varianza	Rango	Mínimo	Máximo
NEUROTICISMO	68.000	6.990	48.857	20.000	53.000	73.000
Ansiedad	65.400	9.006	81.114	26.000	47.000	73.000
Hostilidad	58.333	10.279	105.667	30.000	43.000	73.000
Depresión	69.133	6.685	44.695	22.000	51.000	73.000
Ansiedad social	63.400	9.590	91.971	28.000	45.000	73.000
Impulsividad	63.533	8.634	74.552	27.000	46.000	73.000
Vulnerabilidad	63.800	8.161	66.600	20.000	53.000	73.000
EXTRAVERSIÓN	43.733	12.859	165.352	44.000	27.000	71.000
Cordialidad	48.133	11.819	139.695	39.000	27.000	66.000
Gregarismo	40.800	11.447	131.029	33.000	27.000	60.000
Asertividad	42.533	10.357	107.267	39.000	27.000	66.000
Actividad	41.200	9.352	87.457	26.000	27.000	53.000
Búsqueda de emociones	57.000	11.526	132.857	36.000	37.000	73.000
Emociones positivas	48.933	11.260	126.781	42.000	29.000	71.000
APERTURA	66.867	9.418	88.695	36.000	37.000	73.000
Fantasía	65.667	9.139	83.524	27.000	46.000	73.000
Estética	66.067	8.996	80.924	31.000	42.000	73.000
Sentimientos	61.067	9.114	83.067	28.000	45.000	73.000
Acciones	46.200	10.428	108.743	34.000	29.000	63.000
Ideas	60.333	11.462	131.381	42.000	31.000	73.000
Valores	66.600	7.239	52.400	23.000	50.000	73.000
AMABILIDAD	45.467	10.703	114.552	36.000	27.000	63.000
Confianza	48.800	11.014	121.314	46.000	27.000	73.000

Franqueza	42.667	10.594	112.238	39.000	27.000	66.000
Altruismo	47.067	9.765	95.352	39.000	27.000	66.000
Actitud conciliadora	37.400	7.179	51.543	24.000	27.000	51.000
Modestia	55.667	13.383	179.095	46.000	27.000	73.000
Sensibilidad a los demás	52.133	10.134	102.695	36.000	37.000	73.000
RESPONSABILIDAD	29.333	3.016	9.095	10.000	27.000	37.000
Competencia	34.067	7.035	49.495	24.000	27.000	51.000
Orden	36.133	9.819	96.410	27.000	27.000	54.000
Sentido del deber	32.467	5.963	35.552	16.000	27.000	43.000
Necesidad de logro	31.000	6.425	41.286	22.000	27.000	49.000
Autodisciplina	28.133	3.357	11.267	13.000	27.000	40.000
Deliberación	33.600	7.772	60.400	23.000	27.000	50.000

Nota. Los puntajes transformados que arroja el Inventario están circunscritos en los baremos de la población general colombiana, que gráficamente se exponen entre el número 25 y el 75.

En concreto, estas puntuaciones indican que los participantes pueden experimentar con frecuencia sentimientos displacenteros (como culpa, ira, miedo, melancolía o vergüenza), ser propensos a tener pensamientos maladaptativos, poco capaces de controlar sus impulsos o enfrentarse al estrés con menos facilidad que las demás personas; lo que no quiere decir que estas descripciones formen parte de la manera habitual de comportarse o tengan la misma intensidad y frecuencia en todos los participantes. Además, los puntajes en el factor *Apertura* dan cuenta de la tendencia a una imaginación rica, un gusto por la apreciación del arte y la belleza diversa, y una disposición al cuestionamiento de valores y creencias en función de las demandas contextuales; el emprendimiento de acciones en función de la novedad, la consideración de ideas nuevas o poco convencionales y la aceptación de las propias emociones es menor en relación con las otras dimensiones evocadas. De acuerdo con los resultados del factor *Responsabilidad*, también se infiere que la muestra es poco responsable en lo que respecta a la percepción de su capacidad para enfrentarse a desafíos, su dificultad para mantener un orden, el descuido en la adhesión estricta a ciertos principios éticos y morales, su escasa tendencia a fijarse metas y trabajar para lograrlas, su dificultad para esforzarse con constancia en las tareas y su bajo nivel de deliberación en la toma de decisiones.

Dadas las divergencias en los puntajes de los factores de *Extraversión y Amabilidad*, es subrayable el hecho de que los usuarios de psicoterapia pueden presentar rasgos tanto extravertidos como introvertidos, así como ser tendientes o no a la amabilidad. Esto, a su vez, señala una diferencia significativa en las variaciones entre los rasgos de personalidad que remiten a la relación interpersonal directa, como lo son *Extraversión y Amabilidad*, con respecto a los demás factores.

A propósito de los descubrimientos procedentes de las entrevistas, se obtiene una corroboración de los resultados arrojados por el inventario para los rasgos *Neuroticismo y Apertura a la experiencia*. En lo que atañe al neuroticismo, la mayoría de los participantes informan experimentar sensaciones displacenteras con relativa frecuencia; así lo manifiesta, por ejemplo, SLO: “Yo creo que a mí la mayoría de las emociones siempre terminan traducéndose a tristeza y/o ansiedad. Entonces, me enojo con alguien y me empiezo a sentir ansiosa porque tengo un problema con esa persona o estamos enojados...” (SLO, comunicación personal, 28 de agosto de 2024). Las emociones más sentidas cuando surge el malestar son: el enojo, la ansiedad y la tristeza; y las reacciones ante el malestar son proporcionalmente iguales hacia afuera (externalizantes) y hacia adentro (internalizantes), siendo más frecuentes la asunción de una actitud distante y el llanto, y el encapsulamiento en los propios pensamientos o la evasión, respectivamente.

Con respecto a la apertura, la mayoría de los participantes manifiesta tener sensaciones agradables cuando se refieren a los conceptos de “exploración” y “novedad”. Las sensaciones más reiteradas son intriga, curiosidad o expectativa y emoción o exaltación. En torno al término "desconocido" se observan respuestas ambivalentes; la ligera inclinación hacia la curiosidad, sobre el miedo, refuerza la predisposición hacia la búsqueda de nuevas experiencias y la asunción de comportamientos exploratorios y receptivos ante lo novedoso. No obstante, también se tiende a asociar la palabra “zona de confort” con sensaciones igualmente agradables, como la tranquilidad, la seguridad y la comodidad; lo que da pie a pensar que la pregunta por dicho concepto no ofrece información lo suficientemente precisa como para discernir sobre la propensión hacia la apertura, o que muchos de los participantes reconocen el valor de estar en una zona de confort pese a preferir experiencias novedosas, tal cual lo expresa SAH:

Yo no soy muy amiga de las zonas de confort, pero tampoco de siempre estar cambiando. Siento que hay que tener una nivelación entre las dos. [...] el tipo de zona de confort, de conformarse,

necesita un cambio; y el momento en que el cambio se vuelve frustrante, o que no tienes bases, o un ancla, necesita cierta zona de confort. Yo creo que ahí encontraría el medio. (SAH, comunicación personal, 10 de septiembre de 2024)

Sobre el factor *Responsabilidad*, se encuentran verbalizaciones discordantes en contraste con los datos arrojados por el inventario, dado que la mayoría de los participantes señalan que, al enfrentarse a una tarea, consideran importantes aspectos que reflejan una actitud responsable, como “hacerlo bien”, “poder sacarle tiempo a la ejecución de la tarea” y “tener claridad sobre los aspectos que giran en torno a la tarea” o “darles un orden”. Además, cuando olvidan un compromiso, todos los participantes asumen conductas que dan cuenta de una actitud responsable (como lo es pedir perdón e intentar buscar soluciones en el menor tiempo posible); aunque una pequeña parte de la muestra admite que, en determinadas circunstancias – dependiendo del contexto, la persona que asignó la tarea, el grado de confianza y la importancia de la tarea– pueden tener comportamientos irresponsables:

[...] depende: a veces pido disculpas, y acepto; a veces saco excusas, tipo: “Ay, no”. O, a veces digo de frente: “es que se me olvidó”. Depende de la persona, del nivel de confianza, de la gravedad de la tarea, de cómo podría reaccionar la otra persona... de muchos factores. (SLO, comunicación personal, 28 de agosto de 2024)

[...] si me di cuenta muy encima, intento hacer lo que pueda. Si siento que definitivamente no va a salir algo bien, o si directamente me olvidé y siento que es algo importante con lo que me comprometí, soy de hablar con esa persona, como: “Mira, no alcancé”, buscando un poquito más de plazo o alternativas. Si siento que es algo muy irrelevante, me hago el bobo, la verdad. (DAP, comunicación personal, 20 de diciembre de 2024)

Adicionalmente, todos los participantes valoran como importante o necesaria la existencia de las normas y de la ética; sin embargo, algunos reconocen que dichos constructos pueden ser cuestionados o modificados según la evolución del pensamiento humano, asunto que puede asociarse con el bajo puntaje en la faceta *Deliberación*, pese a que, con una explicación en profundidad, este no sea necesariamente el caso:

[...] la ética es muy bonita, pero la ética y las normas tienen que evolucionar al igual que evoluciona el ser humano. Como que a medida que el ser humano se va volviendo de cierta forma, va cambiando a medida del tiempo, esas normas, esos valores y esas éticas también tienen que moldearse a eso. (SMH, comunicación personal, 20 de noviembre de 2024)

[...] la ética yo creo que es muy importante que cada persona tenga definido sus valores y que actúe de manera acorde a ellos. [...] Por el lado de las normas, creo que está bien cumplirlas,

siempre y cuando sean acordes a las cosas en las que yo mismo creo. [...] yo no siento que estoy haciendo lo correcto por cumplir una norma... Si yo cumplo las normas es porque he pensado en eso y digo “estoy de acuerdo con esa norma”, pero si no estoy de acuerdo con la norma, no; buscaré la manera de pronto de no antagonizar mucho, pero de hacer las cosas que yo creo que están bien. (JDA, comunicación personal, 18 de diciembre de 2024)

Finalmente, la mayoría de los participantes se perciben a sí mismos como sujetos responsables por motivos como: hacer lo posible para cumplir las tareas con las que se comprometen, tener responsabilidad afectiva, ser conscientes y actuar en pro de su responsabilidad social, poseer un gusto por hacer las cosas bien, asumir las consecuencias de las propias equivocaciones y ser consecuentes.

Así, la mencionada discordancia entre los datos proveídos por ambas herramientas puede deberse a que la concepción de responsabilidad que tienen los participantes no se corresponde por completo con la que orienta el NEO PI-R, por contemplar aspectos que pueden excederla.

En relación con las autoevaluaciones sobre la *Extraversión*, se encontró una leve predominancia de introvertidos y ambivertidos, frente a una minoría de participantes que se consideran extrovertidos, cuestión que se observa, igualmente, en la información derivada del Inventario. Esto sugiere la prevalencia de un estilo más reservado e introspectivo, en el que prepondera el gusto por los espacios consigo mismo en lugar de ambientes sociales que demanden mucha energía hacia el entorno. Por otro lado, los autorreportes que implican a la *Amabilidad* apuntan a una inclinación hacia este rasgo por parte de los participantes, puesto que la mayoría asegura tender al trato amable, u otros adjetivos acordes con la definición de esta dimensión de la personalidad:

Yo soy muy amable. [...] Yo tengo un lado muy positivo de las personas, porque yo de primerazo pienso muy bien de las personas. O sea, a mí me pueden venir a robar, y yo voy a ser como: “Ve, de pronto tuvo una mala vida”. (SAH, comunicación personal, 10 de septiembre de 2024)

[...] en general, bien... Sí, pues, no sé cómo más describirlo, creo yo. Habría que preguntarle a cada persona; pero intento ser muy amable con la gente, y muy respetuosa, en general. (MPG, comunicación personal, 13 de diciembre de 2024)

[...] yo intento que mi trato con los demás sea siempre en base a que todos estemos cómodos con lo que vayamos a compartir, no necesariamente comodidad en el sentido de yo poder contar mi vida y la otra persona poder contar la de él, sino ya también en el poder expresar las ideas y en el

poder sentir [...] que no va a pasar nada que no se quiera. (SSA, comunicación personal, 29 de diciembre de 2024)

Este patrón se refuerza con las reacciones expresadas ante los desacuerdos, en los que la mayoría de los participantes dicen asumir una postura conciliatoria y considerada con el otro, lo cual es un indicio claro de las facetas *Actitud conciliadora*, *Modestia* y *Sensibilidad a los demás*.

En conclusión, se observan resultados semejantes en ambos instrumentos para los factores de *Neuroticismo* y *Apertura a la experiencia*, señalando una evidente tendencia hacia los rasgos neuróticos y de apertura. En el caso de la *Amabilidad* y la *Extraversión* también se encuentran coincidencias en los datos proporcionados por ambos instrumentos, mismos que dan cuenta de variaciones significativas en el espectro de estos rasgos dentro de los participantes de la investigación. Para finalizar, se hallan resultados dispares en el factor de *Responsabilidad*, lo que podría explicarse por la consideración de aspectos desiguales, entre el NEO PI-R y los participantes, en la definición del término.

Modelos de psicoterapia

En relación con los *saberes previos* sobre los modelos de psicoterapia, se tuvo que la mayoría de los participantes conocían o infirieron acertadamente el significado de “modelos de psicoterapia”; se dieron elaboraciones como: “‘Modelos’, es como que hay diferentes tipos de psicología o de terapias psicológicas. Entonces, por ejemplo, está el psicoanálisis, el DBT. [...] Entiendo eso por “modelos”, como diferentes formas de tratar psicológicamente a alguien” (SLO, comunicación personal, 28 de agosto de 2024).

No obstante, fue bastante común que no tuvieran conocimiento sobre la distinción entre los modelos de psicoterapia, que desconocieran las implicaciones de dicha distinción y, en menor medida, que confundieran procedimientos ajenos a la psicoterapia (ej.: terapia de choques o medicación psiquiátrica) como algunos de sus modelos; tal fue el caso del participante DZA, quien dijo: “Se me viene a la mente como maneras de enfrentar como los problemas. [...] con un ejemplo: un modelo de psicoterapia es una charla, y otro podría ser la terapia de shock” (DZA, comunicación personal, 16 de agosto de 2024).

En general, la razón por la que algunos de los participantes sabían de la distinción entre los modelos de psicoterapia era porque alguno de sus terapeutas o una persona cercana con conocimientos sobre la psicología se los había explicado:

Antes de empezar mis primeros procesos de terapia, no tenía idea, pero para el punto en el que conseguí un psicólogo que me empezó a hablar como al respecto y todo eso, sí sabía más o menos que era el psicoanálisis. (JAG, comunicación personal, 18 de noviembre de 2024)

Otros acontecimientos vitales destacables en el descubrimiento de esta distinción son el curso de un programa en psicología o los rumores de la presente investigación. Es frecuente que, antes de estas vivencias, se creyera que la psicoterapia se prestaba bajo un único modelo, como lo ilustra la participante SMH: “Yo pensé que la psicología clínica era un modelo específico. [...] O sea, no era un modelo en el cual se ramificaban más modelos, sino que era uno solito. [...] Pero ya estudiando psicología las cosas cambian” (SMH, comunicación personal, 20 de noviembre de 2024).

Ahora bien, en lo que concierne a la *experiencia personal*, existe una tendencia a no conocer sobre los modelos de psicoterapia a la hora de ingresar en el primer proceso, y se manifiesta como recurrente el inicio de procesos sin conocer para nada o con poca exactitud la corriente con la que trabaja el terapeuta del proceso que se está empezando. Así lo relatan usuarios como EVH, JDA o CLG:

Cuando entré al primer proceso, la verdad, no conocía nada. [...] conocía que el psicoanálisis era lo más fuerte en el imaginario colectivo y ya, porque cuando se habla de psicología, como que todo el mundo lo relaciona con Freud. (EVH, comunicación personal, 18 de noviembre de 2024)

Antes de iniciar el primero, no conocía de la distinción. Antes de iniciar el segundo, sí. (JDA, comunicación personal, 18 de diciembre de 2024)

No conocía de los modelos antes de empezar. Ni siquiera sabía que la conductivo-conductual era un tipo de modelo. (CLG, comunicación personal, 03 de enero de 2025)

En ese sentido, podría decirse que el modelo de psicoterapia no es un factor que la mayoría considere como relevante al empezar un proceso de psicoterapia, por lo que no se tiene en cuenta en la toma de decisiones. Sin embargo, también existe una tendencia marcada a iniciar procesos psicoterapéuticos con determinado terapeuta por recomendación, independiente de si se conoce o no sobre la distinción entre los modelos de psicoterapia. Además, muchos de los procesos de psicoterapia se comenzaron sin tener facultad sobre la elección del modelo, bien sea porque se solicitó una cita a través de la Entidad Prestadora de Salud (EPS) o de la institución educativa (universidad o colegio) a la que el usuario estaba adscrito. Lo anterior puede ejemplificarse bien con una de las intervenciones de JAG, quien menciona: “La verdad, la gran mayoría han sido porque mi mamá me los recomienda. A ese criterio hay dos excepciones, que

son las dos de la universidad, que las busqué yo. Ahí básicamente la asignación del terapeuta fue aleatoria” (JAG, comunicación personal, 18 de noviembre de 2024).

Como se evidencia en la Tabla 3, los modelos de psicoterapia más frecuentemente experimentados son: el cognitivo-conductual y el indeterminado. El modelo médico o psiquiátrico, el humanista, el psicoanálisis, el dialéctico-conductual, el bioenergético, el psicodinámico, el fenomenológico-existencial, las constelaciones familiares y el EMDR, también se mencionaron como algunos de los modelos experimentados por al menos uno de los participantes, pero en menor medida. Aun así, las características que más se destacan de los procesos, cuando no se pregunta específicamente en torno al modelo, bien pueden ser transversales a cualquier tipo de psicoterapia; tal es el caso de cualidades como: los beneficios obtenidos a partir de la psicoterapia, y la sensación de escucha y orientación que proceden de una persona que se formó para hacerlo, lo que se traduce en confianza y disposición a la cooperación. Lo anterior es más frecuente a la mención de características puntuales de los modelos bajo los cuales se ha trabajado, lo que puede deberse a la falta de conocimientos técnicos sobre los modelos de psicoterapia por parte de la población general. Esto, a su vez, da pie a pensar que las personas priorizan en su valoración los factores humanos por encima de los tecnicismos que rondan a la distinción entre modelos.

Tabla 3

Frecuencia de los modelos de psicoterapia experimentados por los participantes

Modelo de psicoterapia	Número de participantes que lo experimentaron
Cognitivo-conductual	9
Indeterminado	9
Médico Psiquiátrico	5
Psicoanalítico	4
Humanista	4
Dialéctica conductual	2
Bioenergética	1
Constelaciones familiares	1
EMDR (Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares)	1
Fenomenológica-existencial	1
Psicodinámica	1

De esta forma, es relevante precisar que, al momento de buscar un psicoterapeuta, no se menciona el tipo de modelo con el que trabaje como un filtrador existente; sin embargo, existen casos en los que se atiende a modelos específicos (como el médico) por derivación del psicólogo o de una institución educativa, tal cual lo enunciaron MPG –“Fueron dos citas y en la segunda me mandaron para psiquiatría” (MPG, comunicación personal, 13 de diciembre de 2024)– y MAB:

Y, entonces empecé mi proceso en la EPS. Me mandaron a psiquiatría en Samein. [...] Yo seguí yendo porque yo sentía la necesidad de hacerlo y también, lastimosamente, yo sentía la necesidad de que si yo no tenía una pastilla, sertralina, fluoxetina, yo sentía que yo no era capaz de ir al colegio, porque no era capaz de levantarme. (MAB, comunicación personal, 27 de septiembre 2024)

Adherencia

Respecto de los *recursos invertidos*, se encontró que el tiempo de las sesiones de psicoterapia tiende a oscilar entre los 45 y los 60 minutos, si son particulares o dentro de una institución educativa; si son por vía de la EPS, duran entre 20 y 30 minutos, cuestión que disgusta a usuarios como MAB:

[...] no sé cómo será, pero yo creo que necesitaba esas sesiones más seguido que por ahí en uno o dos meses, porque a mí me las daban mensuales o a veces es “cuando había disponibilidad”. O sea, podían pasar un mes, mes y medio, dos meses. Y eran de 20 minutos. Eso es lo que no me gustaba tampoco. 20 minuticos pa’ hablar, no. (MAB, comunicación personal, 27 de septiembre 2024)

Además, se acostumbra a que las sesiones de psicoterapia tengan una frecuencia semanal, quincenal o una mezcla de ambas, de acuerdo con las posibilidades o las necesidades del usuario. Es menos usual que se programen cada mes, cada dos o tres meses o cuando hubiese disponibilidad, lo que suele darse como consecuencia de la disponibilidad del profesional con el que se está llevando el proceso. Se agendan, también, dependiendo de la condición del usuario o de si presenta algún tipo de crisis.

En esa línea, la mayoría de los participantes fueron regulares en al menos uno de sus procesos. Los motivos más enunciados para justificar dicha regularidad fueron: el querer mejorar, sentirse mejor o estar bien y tener interés en el propio proceso o compromiso como paciente. Otras razones mencionadas fueron: tener madres o padres comprometidos con el proceso, poder pagar un proceso de psicoterapia particular –es decir, no por la EPS–, aprovechar

el espacio de las citas dada su escasez o dificultad para conseguirlas, poseer un gusto por la psicología y el aprendizaje, presentar crisis o estar atravesando por problemas y tener la esperanza de que habría mejoría a pesar de no notar cambios inmediatos:

Yo creo que es un tema de compromiso de uno como paciente..., de saber que, bueno, yo necesito eso, estoy yendo allá porque siento que lo necesito, porque me va a hacer bien, o con la esperanza de que me haga bien, entonces voy a ir. En ese primer caso, yo no sentía que estuviera avanzando, pero yo pensaba: “Bueno, de pronto es que esto no es inmediato, entonces voy a seguir yendo”. (JDA, comunicación personal, 18 de diciembre de 2024)

Por su parte, los participantes que manifestaron ser irregulares en al menos uno de sus procesos de psicoterapia dieron a conocer motivos muy dispares; los más frecuentes fueron olvidar las citas dada la extensión en el tiempo entre la solicitud de la cita y el día en que se llevaría a cabo y no sentir la necesidad de ir por no saber sobre qué hablar en el espacio. Otras razones mencionadas fueron: largos desplazamientos para ir a la zona donde se tendría la cita, necesidad de acompañamiento de la madre y dificultades con la misma, sentir desconexión con el terapeuta, no tomarse en serio la ayuda de las psicólogas, estar incómodo con el proceso y no sentir avances:

[...] era muy irregular. [...] porque era muy lejos. Era acá, en Aguacatala. Y yo vivo en Bello, ¿sabe? Entonces, primero eso; segundo, porque yo tenía que ir con mi mamá. A mí no me gustaba ir con mi mamá. (MAB, comunicación personal, 27 de septiembre de 2024)

[...] es más irregular, porque a mí se me olvida mucho; o bueno, con la psicóloga era regular. Pero, con el psiquiatra, como son periodos de tiempo tan extensos, a veces se me olvida agendar. (EVH, comunicación personal, 18 de noviembre de 2024)

Yo pienso que las primeras era porque no me tomaba muy en serio la ayuda de las psicólogas. No sé si era porque no hacía clic o porque no sabía aprovechar como tal los procesos, pero yo no me sentía tan cómodo con el proceso. (SSA, comunicación personal, 29 de diciembre de 2024)

Lo anterior permite concluir que la demanda de tiempo que implican las sesiones de psicoterapia no es un factor que perjudique la adherencia al tratamiento; sin embargo, varios usuarios reportaron que el excesivo espacio de tiempo en las citas dificultaba la recordación del evento y, por ende, podía incidir en su desprendimiento del proceso.

En lo que concierne a los recursos económicos, se halló que el costo por sesión puede ser un factor determinante tanto para continuar o desertar de un proceso —si ocurren crisis financieras o si se considera que lo que se está pagando no justifica lo que se está recibiendo—, como para

determinar la frecuencia de la asistencia al proceso. Esto, independientemente de la capacidad adquisitiva del usuario:

Con María Paula era media hora, pero es porque le estaba pagando menos..., porque no iba a pagar \$90.000, entonces ella me lo bajó a 50.000, pero era solo por media hora. Era demasiado caro. (SLO, comunicación personal, 28 de agosto de 2024)

Apenas me enteré que valían como [...] \$70.000... A mí se me caía el mundo porque no teníamos plata y yo era como que: “Uy, no. Qué estoy haciendo”. [...] Entonces esa duró, cuatro consultas... Porque la psicóloga me decía: “Daniel, ¿está bien si nos vemos la próxima semana?”. Yo era como: “Ah, pues, me lo está proponiendo: es porque se puede”. [...]. Y ya luego me enteré. Entonces ya, a la última consulta, ella me preguntó eso: “¿está bien si nos vemos la próxima semana?”, y yo le dije: “No, pues. Está bien así, yo creo que ya aprendí lo que había que aprender. Gracias”. (DZA, comunicación personal, 16 de agosto de 2024)

Por otro lado, existe una tendencia marcada a experimentar sensaciones placenteras a raíz de estar en un proceso de psicoterapia; las más repetidas fueron: tranquilidad o seguridad, sensación de que se está haciendo algo que implica responsabilizarse por el propio ser y sensación de aprendiz. No obstante, muchos participantes también manifestaron tener sensaciones displacenteras; las más reiteradas fueron: estancamiento o pereza debido a dicha sensación de estancamiento, e incomodidad o sensación de extrañeza debido a estigmas sobre la salud mental. Como factores influyentes en el tipo de sensaciones sentidas, se mencionan: el terapeuta y su estilo, el sentir si el proceso estaba o no sirviendo, las técnicas implementadas en las sesiones y el momento vital o la postura que se tiene ante la vida en dicho momento.

Asimismo, la mayoría de los participantes asegura sentir agotamiento a causa de estar en un proceso de psicoterapia. La razón más frecuente la constituyen los temas que se abordan en la cita; cuando estos son más complejos o implican enfrentarse a problemas, pensamientos o sentimientos a los que cuesta hacer frente, es cuando las citas agotan más. Sin embargo, los participantes también tienden a reconocer que se trata de un agotamiento necesario; quizá, por lo tanto, no se considera como un factor influyente en el desistimiento del proceso:

[...] es como un poco complejo a veces porque yo siempre salgo muy aporreada mentalmente de donde la psiquiatra. Es como que me da un cansancio mental necesario tener que enfrentarme a todas las cosas con las que me tengo que enfrentar cuando voy donde la psiquiatra. (RJC, comunicación personal, 10 de septiembre de 2024)

[...] terminaba muy cansada, pero siento que era un cansancio necesario. (SMH, comunicación personal, 20 de noviembre de 2024)

Otros motivos por los que los participantes aseguran sentir agotamiento son: la personalidad o el estilo del terapeuta, no querer estar en el proceso, las tareas o las técnicas llevadas a cabo durante la sesión, interactuar con muchos profesionales al tiempo, estar en la obligación de abandonar un pasatiempo que gusta por asistir a terapia, asistir a terapia en modalidad virtual, tener que desplazarse significativamente al lugar de la terapia, y sentir que el proceso no está sirviendo. Por elaboraciones póstumas, se deduce que factores asociados con el terapeuta o con la sensación de que el proceso no sirve, constituyen posibles móviles para desertar de un proceso de psicoterapia:

[...] yo creo que para mí la estructura es como importante, lo que te dije de la humanista, que fue como que le faltaba estructura, a veces. Yo creo que también depende mucho del terapeuta. No me han tocado los mejores; pero, en los que yo he estado, siento como que le falta mucho esa estructura, y de comunicarse con el paciente o con el cliente en ese caso. (MJP, comunicación personal, 14 de noviembre de 2024)

[...] cuando ya llevo mucho tiempo en esas citas y siento que dejo de progresar en esos aspectos en los que quiero progresar, por los que estoy yendo a las terapias y todo, me desespero mucho, y como que le pierdo la gana a ir a las citas, por decir como: “Pues, igual no me sirve pa’ nada porque no me ha servido en todo este rato”, entonces me voy. (JAG, comunicación personal, 18 de noviembre de 2024)

Así, se infiere que, de los recursos invertidos, aquellos que pueden tener una mayor incidencia en la adherencia al proceso de psicoterapia son: el tiempo, en tanto que la excesiva extensión de tiempo entre las citas puede propiciar el desprendimiento del proceso; el dinero, en especial cuando se cuenta con recursos económicos limitados; y el agotamiento debido a inconformidades con el proceso o con el terapeuta. En general, se entiende que las sensaciones displacenteras hacen parte de la psicoterapia, por lo que no se consideran un factor decisivo en la deserción.

A propósito de la *participación activa*, algunos usuarios declaran que los terapeutas no favorecen, en todos los casos, la explicitación de los objetivos psicoterapéuticos que orientarán sus procesos. En el marco de los casos en los que sí se definieron objetivos, o en los que estos se definen sobre la marcha, la mayoría de los participantes reportó que quien establece estos

objetivos es el psicoterapeuta de turno, generalmente teniendo en cuenta la información proveída por el paciente:

Yo siento que con la psicóloga dinámica era como ella. Con la de ahora es-, soy yo. (SMH, comunicación personal, 20 de noviembre de 2024)

Con el psiquiatra, sí, en el curso de la terapia llegó un momento en el que, [...] se dio el diagnóstico definitivo, que fue como que: “Bueno, lo que vos tenés es esto. Según lo que hay en información científica, los objetivos principales mientras vos tengas esto es proceder de esta manera y de esta manera”. (EVH, comunicación personal, 18 de noviembre de 2024)

[...] en la primera fue propuesta por ella y la segunda por mí, porque en la primera yo le comenté mis dos grandes problemas y ya ella me lo propuso en base a eso. (SSA, comunicación personal, 29 de diciembre de 2024)

Igualmente, hay casos en los que los pacientes aseguran haber tomado la iniciativa en la definición de los objetivos:

El último objetivo que trabajé fue “el miedo”. [...] había muchas cosas que descubría, [...] Entonces los pongo más yo. Mi psicólogo me ayuda a unir todo eso. (SAH, comunicación personal, 10 de septiembre de 2024)

En la mayoría hemos tomado parte como de igual manera, pero creo que he tomado más parte yo en el sentido de que siempre se trabaja en base a lo que yo quiero o lo que yo expreso que quiero mejorar, por ejemplo. (JAG, comunicación personal, 18 de noviembre de 2024)

Por otro lado, la mayoría de los participantes considera que, en al menos uno de sus procesos, la conversación durante las sesiones es equilibrada –lo que quiere decir que paciente y terapeuta hablan de manera equitativa– y que sentían que sus intervenciones (fuesen en forma de preguntas o conclusiones) se tenían en cuenta para orientar las futuras sesiones. Los procesos en los que se manifestó que aquello de tomar en cuenta las intervenciones no ocurría, no seguían vigentes para el momento de la entrevista; lo que puede indicar que, el no tener en cuenta las preguntas y las conclusiones del usuario para orientar el porvenir de su proceso, es un motivo inadvertido para el desistimiento.

En relación con las tareas, es frecuente que a los participantes les fueran asignadas en al menos uno de sus procesos de psicoterapia. Hay una marcada tendencia a realizar las tareas porque se confiaba en que serían de ayuda, como en el caso de DAC, y a no realizarlas por pereza, ya fuese a llevar a cabo los procesos motrices para completar la tarea o a enfrentarse a las propias emociones, como lo refieren RJC y JAG:

[...] es que yo digo que, si uno va a hacer las cosas, las va a hacer bien. Y sacar la platica, el tiempo, y como abrirse, uno lo hace es para que le den herramientas para poder mejorar y cambiar ese aspecto que uno quiere cambiar. (DAC, comunicación personal, 07 de noviembre de 2024)

[...] donde la psiquiatra tengo tareas... Pero no las hago, porque me da pereza tener que lidiar con esas tareas. [...] O sea, es que..., a mí me da como... pereza, tener que..., hacer cosas que me hagan tener que lidiar con mis emociones. (RJC, comunicación personal, 10 de septiembre de 2024)

Uy, la mayoría de veces no. [...] porque la verdad me da tanta pereza, y lo procrastino un montón. (JAG, comunicación personal, 18 de noviembre de 2024)

Para finalizar, todos los participantes aseguraron aplicar parte de lo aprendido en al menos uno de sus procesos a sus vidas cotidianas. Los aprendizajes más comúnmente aplicados son las herramientas conocidas en consulta, mismas que van desde la implementación de agendas o diarios hasta la puesta en práctica de ejercicios de respiración, atención plena y estiramiento; otros aprendizajes que también se repitieron con frecuencia fueron: el entendimiento de sí y la práctica de competencias emocionales.

Así, podría decirse que la participación activa de los usuarios entrevistados, evidenciada por medio de su contribución a la formulación de objetivos del proceso, la conversación equilibrada, la realización de preguntas y comunicación de conclusiones al terapeuta, la elaboración de las tareas y la aplicación de los aprendizajes en consulta a la vida cotidiana pueden constituirse como indicadores del nivel de agrado que se tiene con la psicoterapia y, en consecuencia, pueden usarse como predictores de la permanencia.

En lo competente a la *alianza terapéutica*, la mayoría de los participantes sugiere haber experimentado sentimientos placenteros hacia sus terapeutas en al menos uno de sus procesos. Las acciones más reiteradas que permiten inferir aquello son: la evocación del nombre del terapeuta en un contexto agradable, la apertura y la transparencia en las comunicaciones que aseguran haber tenido con ellos y el reconocimiento de la sensación de apoyo o ayuda que prestaba el terapeuta. En esa línea, los participantes presentaron una tendencia a describir la relación, con al menos uno de sus terapeutas, valiéndose de adjetivos que denotan: confianza; buen trato; respeto y reconocimiento de su labor como profesionales; y cariño, aprecio o admiración:

Yo por lo general soy muy expresiva y me interesa mucho hacer sentir especial a la gente que me aporta tanto en la vida, entonces, ejemplo, yo donde la doctora jamás llego mani vacía, yo

siempre llego con su aliguito, su dulce, su postre; intento ser muy atenta en agradecimiento de las cosas tan chéveres que me ha aportado y de la manera en la que me ha guiado en todo el proceso. (DAC, comunicación personal, 07 de noviembre de 2024)

En ese orden de ideas, muchos participantes afirman haber sentido confianza hacia sus terapeutas en al menos uno de los procesos en que estuvieron. Los móviles de dicha confianza oscilan entre la actitud asumida por el terapeuta, la experticia demostrada por este y los resultados evidenciados a raíz de la psicoterapia, como lo señalan JDS, MPG y DZA, respectivamente:

[...] con Estefa, diría que hay mucha confianza, hay interés de parte de ella en las cosas que le cuento, en mi vida... Es muy fluida la relación que tenemos. (JDA, comunicación personal, 18 de diciembre de 2024)

Ahora sí confío en mi terapeuta, porque se nota que ella sabe lo que está haciendo. (MPG, comunicación personal, 13 de diciembre de 2024)

Sí, todas me hablaron de respiración, que es algo que me sirve mucho hoy en día. (DZA, comunicación personal, 16 de agosto de 2024)

Por otro lado, una significativa proporción de los participantes sugiere haber experimentado una relación psicoterapéutica poco favorecedora para sus procesos en al menos una ocasión. La sensación de disgusto o incomodidad en las sesiones y la terminación del proceso indican los efectos de dichas relaciones, mismas que tendían a describirse como: incómodas, distantes o impersonales. En concordancia, muchos participantes ratifican haber sentido desconfianza hacia sus terapeutas en al menos uno de los procesos en que estuvieron. Las razones expresadas con más frecuencia incluyen tanto actitudes y comportamientos puntuales del psicoterapeuta de turno como asuntos independientes de la forma de proceder del terapeuta (como el inicio del proceso por imposición, el que las sesiones fuesen virtuales, la sensación de estancamiento o la dificultad para confiar en general):

Con el primero, hacía el esfuerzo de todos modos de decir las cosas con honestidad, de contarle todo lo que hubiera necesidad de contar, pero no me sentía cómodo haciéndolo debido a que yo veía que había una falta de interés por parte de él. (JDA, comunicación personal, 18 de diciembre de 2024)

En el que te digo de la señora grosera, me sentía atacada. En el de la de Comfama, no sé, no me gustaba ir, la verdad. Porque era ir por obligación. [...] Con el último..., es que, realmente, nunca me ha gustado abrirme con los psicólogos, mucho. Pues, como que me abro lo necesario. (CLG, comunicación personal, 03 de enero de 2025)

[...] además que fue virtual, entonces uno saber si tiene confianza con alguien virtualmente es algo como difícil, ¿no? (SLO, comunicación personal, 28 de agosto de 2024)

Es relevante explicitar que ninguno de los procesos en los que no se tenía confianza en el terapeuta, o esta se había perdido, seguían vigentes para la fecha de la entrevista.

En suma, existe una tendencia a calificar como confiable y adecuada la relación que se mantiene con el terapeuta de un proceso que está vigente; a diferencia de los procesos pasados, en los que hay una mayor variación en la valoración entre confiable y no confiable. Además, podría decirse que la relación psicoterapéutica constituye una categoría relevante para determinar la probabilidad de adherencia a la psicoterapia, y que dicha relación no se referencia como influenciada por el modelo de psicoterapia en cuestión.

Acercas de la *motivación en función del modelo psicoterapéutico*, todos los participantes manifiestan sentir agrado hacia al menos uno de sus procesos por motivos que apelan al despliegue del ser, la tenencia de un espacio de libre expresión en el que se sienta seguridad o la experimentación de determinadas sensaciones despertadas por la psicoterapia, lo que bien puede ser transversal a cualquier modelo:

Primero, yo creo que lo más bacano ha sido quitarle como el tabú al tema de la salud mental.

Porque creo que entenderlos ahora como algo que me ayuda a crecer, que me ayuda a entenderme más, que me ayuda a ser una mejor persona y a enfrentar las cosas de la vida, siento que es muy útil. (JDA, comunicación personal, 18 de diciembre de 2024)

[...] primero me gusta el hecho de que una persona que no te conoce o que te está conociendo, que en este caso sería el psicólogo o la psicóloga, que por lo menos uno sepa que puede contar con esa persona cuando necesita hablar sobre algo. [...] porque normalmente la gente es como: “Ay, pa’ que los psicólogos. Pues, yo tengo a mis amigos”. Pues sí, uno tiene a los amigos, pero no es lo mismo. (SMH, comunicación personal, 20 de noviembre de 2024)

[...] de todos me agradó mucho la comodidad que siento para hablar con los profesionales. (SSA, comunicación personal, 29 de diciembre de 2024)

Además, es recurrente que el agrado hacia un proceso de psicoterapia esté vinculado con el terapeuta que lo orienta:

La bioenergética es increíble, se lo recomiendo a todo el mundo. Me gusta lo cercano que se siente. [...] puede que dependa mucho de la bioenergética. Por ejemplo, mi bioenergética, es como ese tipo de personas que verdaderamente te escuchan. (RJC, comunicación personal, 10 de septiembre de 2024)

Permanezco por el terapeuta, la relación que tengo con el terapeuta, y cómo veo al terapeuta..., como te dije, si lo respeto o no. (MJP, comunicación personal, 14 de noviembre de 2024)

Los modelos de psicoterapia y la funcionalidad de las herramientas o estrategias que de allí se obtienen también son considerados para determinar si un proceso agrada o no, pero con menor frecuencia que lo anterior:

[...] sí, me gustaban algunas de las tareas que me mandaban [...] las que no eran como de “lee esto”, “escribe esto”, sí las cumplía. O sea, si eran tareas mentales y como de rutinas sí las cumplía, no tanto las que me tocaba sacar un papel o sacar un libro, imprimir no sé qué, no; eran más como las prácticas, como de mí conmigo misma. Esas sí me gustaban. (CLG, comunicación personal, 03 de enero de 2025)

En correspondencia, los factores más influyentes en la decisión de permanecer o no en un proceso están vinculados con: la actitud y el vínculo desarrollado con el terapeuta; las sensaciones placenteras derivadas del proceso; el deseo de llevar continuidad con un proceso que brinda comodidad y avances, en lugar de comenzar nuevamente de cero; la percepción de resultados, propósito o ayuda encontrada en el proceso; las características o intereses personales de los usuarios; y aspectos logísticos (como la facilidad horaria, económica y de acceso a las citas, o la modalidad de la terapia –virtual o presencial–):

[...] yo creo que, primero, porque es la doctora Lina y, segundo, porque como ha llevado todo este proceso durante todos estos meses, me ha hecho sentir cómoda, me ha hecho sentir avances, y me ha hecho ver cambios positivos en mí misma. [También está el hecho de que] yo sé que tengo la facilidad de cada 8 días o quincenalmente sacar la plata y poder ir tranquila, sin que se vea afectado como mis otros aspectos o mis otras prioridades en la vida. (DAC, comunicación personal, 07 de noviembre de 2024)

[...] pero siento que literalmente la razón por la cual no empiezo otro proceso es porque me da mucha pereza contarle a otra persona otra vez toda mi vida. (SMH, comunicación personal, 20 de noviembre de 2024)

Lo más importante, sentir que estoy progresando en las cosas que quiero tratar de mi proceso. [...] Lo segundo es sentir mucha comodidad y mucha cercanía con mi psicólogo; súper importante. Tercero, que la citas sean entretenidas. [...] Pues, como que si yo voy donde un psicólogo, yo quiero que me guste. (JAG, comunicación personal, 18 de noviembre de 2024)

El modelo de psicoterapia y las técnicas que se implementan en el proceso no se reportan con frecuencia como motivos para permanecer en psicoterapia, aunque resulte relevante para usuarios como MJP y EVH:

Permanezco en EMDR por el tratamiento del trauma, que siento que es algo ya como personal, pero que es algo que me ha impactado mucho y quiero liberarme de eso. (MJP, comunicación personal, 14 de noviembre de 2024)

[Influye en la permanencia] también el hecho de qué tan fundamentado y que el terapeuta no me hable desde lo que cree porque lo escuchó por ahí, sino que tenga un buen dominio sobre el tema. Eso me da más confianza y más seguridad de seguir en el proceso. [...] Eso lo noto cuando en la terapia salen ciertos temas de conversación y el terapeuta los puede abordar desde una perspectiva teórica o científica, con evidencias. (EVH, comunicación personal, 18 de noviembre de 2024)

Por otra parte, la mayoría de los participantes asegura que probaría otro modelo de psicoterapia distinto a los que ha experimentado. En general, las motivaciones que impulsan dicha inclinación están relacionadas con sentimientos de interés y curiosidad. Los participantes que aseguran que no probarían un modelo de psicoterapia diferente a los experimentados tienden a tomar dicha postura dada la comodidad o seguridad que les da el proceso en el que están actualmente:

[...] replantearía la pregunta a “si tienes que buscar otro psicólogo o psicóloga, ¿cambiarías de línea?” [...] porque estoy muy cómoda con mi terapeuta, entonces no me gustaría cambiarla. (MPG, comunicación personal, 13 de diciembre de 2024)

Yo pienso que también hace parte el tema de que ya siento que me conoce. Ya sabe maneras más específicas con respecto a mis casos y a mis situaciones, cómo lidiar y cómo ayudarme a llevarlo [...]. Entonces, esa familiaridad con la psicóloga, por decirlo de alguna manera, me lleva a decir: “No, es que es muy bacano estar acá, me siento muy cómodo, además ya me conoce y es fácil seguir desarrollando temas que ya he experimentado”. (SSA, comunicación personal, 29 de diciembre de 2024)

Con respecto a las *resistencias en función del modelo psicoterapéutico*, la mayor parte de los usuarios dice sentir desagrado hacia un proceso cuando este propicia la experimentación de sensaciones displacenteras como la monotonía o el estancamiento. También disgustan las sensaciones de ser atacado, juzgado o percibir indiferencia por parte del terapeuta y el de sentirse percibidos como un caso más:

[...] yo sentía que estaba súper estancado en mis cosas y que el proceso estaba súper estancado, entonces perdí completamente las ganas de seguir yendo con ella, de seguir contando mis cosas, y ya no me sentía ni escuchado ni nada. Decía como: “Yo pa’ qué estoy viendo a contarle cosas a ella”, entonces yo no terminaba diciendo nada y no llegábamos a ninguna parte. (JAG, comunicación personal, 18 de noviembre de 2024)

Tampoco me gusta sentirme como atacada..., que siento que es algo súper diferente a la terapia de choque, [...]. Yo creo que uno puede sentirse atacada por muchísimas razones, pero no me gusta sentirme atacada en terapia. (RJC, comunicación personal, 10 de septiembre de 2024)

[...] hay psicólogos que son como indiferentes. Entonces eso podría ser maluquito. (MAB, comunicación personal, 27 de septiembre de 2024)

Por ejemplo, con la cognitivo conductual, yo no me sentía casi escuchada por ella, entonces empecé como a tener esa sensación, hasta que dijo lo que te dije del diagnóstico y ese fue el punto que yo dije como: “Ella no me está escuchando, no le interesa mi bienestar, sino como que le interesa tener un diagnóstico, o le interesa es como llevarlo a su lugar de staff”. (MJP, comunicación personal, 14 de noviembre de 2024)

De manera semejante, provocan desagrado hacia un proceso de psicoterapia: la actitud que asume el terapeuta o la relación que se tiene con él, como se ilustró someramente con anterioridad; y la forma cómo el psicoterapeuta aborda los problemas o malestares que le comunica el usuario, probablemente dada la orientación del modelo con el que trabaja:

De María Paula no me gustaba su postura ante los diagnósticos..., y de Dora, que era homofóbica; pero no te sé decir como qué no me gustaba de los procesos como tales, más como de mi relación con ellos como personas. [...] Le pongo un nueve y no un diez porque yo a veces necesito como esa categorización, que le pongan un nombre a mis problemas; a mí sí me sirve que me diagnostiquen..., [...], y ella no diagnostica. (SLO, comunicación personal, 28 de agosto de 2024)

Con las constelaciones familiares, parecía como si hubiera un afán por siempre querer solucionar lo de mi papá, y yo sé que tengo que solucionar lo de mi papá, pero, o sea, por favor hablemos de otras cosas. (SMH, comunicación personal, 20 de noviembre de 2024)

Del segundo proceso no me gustó que dejé de sentir que progresaba, y la parte espiritual que ella tenía, o el enfoque espiritual que le daba. Hasta cierto punto me gustaba, pero como que a veces se pasaba y se enfocaba demasiado en eso, y eso es algo que a mí no me genera ningún interés... (JAG, comunicación personal, 18 de noviembre de 2024)

Otros asuntos considerados en la evaluación del agrado o desagrado hacia un proceso, de orden más logístico, involucran la gestión de recursos como el tiempo, el espacio (virtual o presencial), el dinero o el trabajo invertido por el participante –aparentemente en vano– en la ejecución de tareas:

El virtual era algo más cansino, porque es virtual. Ponerme los audífonos, mirar a la cámara. No, no. Ese era muy agotador. (DZA, comunicación personal, 16 de agosto de 2024)

[...] en el tema de las tareas, como que yo las hacía, y todo lo que te dije que confiaba, pero también como que a veces uno llegaba a la otra sesión y el tema de la tarea ni siquiera aparecía, entonces sentía que estaba haciendo cosas que no eran realmente importantes. (DAP, comunicación personal, 20 de diciembre de 2024)

Del primero, yo siento que en parte era muy encasillado en lo que la psicóloga quería, y también que hubo un problema económico, tanto con el pago de unas pruebas particulares como con las citas. Entonces sentía que el proceso estaba muy regido por el dinero. Eso me disgustaba. De la segunda, supongo que era muy buena porque tenía el horario muy ocupado; por eso las citas eran una vez al mes, entonces ese manejo del tiempo era difícil. (SSA, comunicación personal, 29 de diciembre de 2024)

Adicionalmente, los participantes que mencionaron haber tenido procesos virtuales y presenciales, manifestaron preferir los procesos presenciales; y los procesos a los que se asiste por obligación se reportan como más desmotivantes.

Así, en general, los motivos que han llevado o se asume que llevarían a la deserción de un proceso psicoterapéutico pueden catalogarse como: a) aquellos que son externos a la agencia del usuario, como las dificultades para costear un proceso particular, la terminación del número de sesiones o estar a merced de otra persona para asistir al proceso; y b) aquellos en los que el usuario tiene cierta facultad de decisión. A su vez, entre estos últimos tienden a reiterarse por motivaciones para la deserción: la actitud del terapeuta con el paciente o la relación que se tiene con este, las sensaciones derivadas del espacio de psicoterapia, la percepción de utilidad del espacio y, en menor medida, cualidades del proceso asociadas con los modelos de psicoterapia (como el encasillamiento en una teoría, la falta de estructura, el tipo de tareas o el exceso de validación). En suma, son más los participantes que desertaron de un proceso por decisión que aquellos que desertaron por factores externos a su agencia.

Eficacia

En lo que compete a la *modificación de síntomas*, una gran proporción de los participantes asegura haberla experimentado a raíz de al menos uno de sus procesos de psicoterapia. Solo se reportan cambios en forma de mejora o desaparición de los síntomas; en ningún caso se enuncia un agravamiento. Asimismo, muchos aseveran que sus síntomas no sufrieron modificaciones significativas entre el curso y la terminación de al menos un proceso de psicoterapia; en estos casos, los cambios se atribuían a factores externos como el momento vital o experiencias que se tradujeron en bienestar para el usuario. De esa manera sucedió con JDA,

quien dijo: “En el primer caso hubo un cambio, pero yo no creo que haya sido a raíz del proceso, sino por un viaje a Argentina” (JDA, comunicación personal, 18 de diciembre de 2024); DZA, que sintió como uno de sus procesos no cambió nada significativo pero le representó una suerte de “queso parmesano: le agregó...” (DZA, comunicación personal, 16 de agosto de 2024), o MAB que confesó “en el 2020 estaba muy mal. Los síntomas no mejoraron. Ya para el 2021, empecé con lo de enfermería, entonces como que algo exterior a mi proceso me sacó de la tristeza en la que estaba” (MAB, comunicación personal, 27 de septiembre 2024).

Para la fecha de la entrevista, ninguno de los procesos de los que se afirmó que no indujeron una modificación en los síntomas seguía vigente, probablemente y entre otras cosas, por la percepción de una falta de eficacia en el tratamiento.

Con relación al *alivio de malestar subjetivo*, la mayoría de los participantes percibió cierto alivio en su malestar a raíz de al menos uno de los procesos de psicoterapia que experimentó; lo que, como bien enunció uno de los entrevistados, pudo haberse dado en parte por la modificación de los síntomas (JDA, comunicación personal, 18 de diciembre de 2024). Los indicadores de dicho alivio más reiterados por los participantes fueron: el desarrollo de competencias emocionales, el encuentro de orientación vital y la agencia de sí, la recuperación de la seguridad en sí mismos o en su entorno, el entendimiento de las conductas o trastornos, la mejora de las relaciones interpersonales y el aumento de la motivación. También es importante mencionar que existe un número significativo de casos en los que los participantes aseguran que el alivio de su malestar subjetivo se vio estimulado por factores externos al proceso, y no por el proceso en sí mismo, tal y como se refiere al hablar de la modificación de los síntomas. Esto último puede ser indicador de la importancia que existe en trabajar en las sesiones para propiciar cambios que impacten la vida fuera de consulta del paciente.

A propósito del *logro de objetivos psicoterapéuticos*, la mayoría de los participantes sostiene que, en al menos uno de sus procesos, se cumplieron los objetivos psicoterapéuticos, o considera que estos están en proceso de cumplirse. También hay una proporción significativa que asegura que, en al menos uno de sus procesos, dichos objetivos no se cumplieron; no obstante, todos los procesos de los que se reportó que no se habían cumplido los objetivos no seguían vigentes para el momento de la entrevista. Estas observaciones pueden apreciarse en relatos como el de RJC y MJP:

Yo entré a consulta de psicología humanística por desorden alimenticio, y eso no me ayudó en absolutamente nada... Yo empecé a controlar mi desorden alimenticio ya cuando era adulta; [...] En psiquiatría, sí me ayudó muchísimo a controlar las ganas que tenía de morir. [...] donde la bioenergética no entré como tal porque tuviera un problema que solucionar..., más allá de los que tenía y los que estaba tratando en psiquiatría; fue más por una recomendación de mi mamá que amé. (RJC, comunicación personal, 10 de septiembre de 2024)

La primera no me ayudó. Pues, igual no tenía como razón de consulta. La segunda, yo creo que me ayudó como tener a alguien, más el vínculo terapeuta-paciente. [...] La humanista, no me ayudó. La cognitiva conductual, tampoco me ayudó. [...] Y yo creo que la EMDR me está ayudando para reprocesar. (MJP, comunicación personal, 14 de noviembre de 2024)

Respecto de la *calidad de vida*, según los reportes de los usuarios, la dimensión más impactada a través de la psicoterapia es la salud mental, seguida por las relaciones –del usuario consigo mismo, con su vida, con otras personas y con el mundo–, la capacidad para gestionar problemas, los hábitos de vida saludable y finalmente, la percepción de bienestar y el rendimiento en actividades cotidianas.

En cuanto a la *satisfacción con el proceso*, todos los participantes consideran que al menos uno de sus procesos de psicoterapia sí sirvió. En contraposición, muchos participantes declaran que al menos uno de los procesos en los que estuvo no sirvió; dichos procesos no seguían vigentes para el momento de la entrevista. En este marco, algunos de los criterios más reportados como potenciadores de una valoración satisfactoria son: la percepción de cambios favorecedores a raíz del proceso o los resultados de la terapia, la forma como se sienten los usuarios durante y después de la terapia, la persona que orienta el espacio de psicoterapia y la experticia que esta demuestra, como lo cuentan DAC, RJC, SAH y MPG, respectivamente:

[...] yo he sentido mejoría en todos los aspectos, hasta en los más chiquis, que para mí sería poder gestionar cosas que antes yo veía como: “No, sé me acabó el mundo” y, pues, ya no lo veo tan así. (DAC, comunicación personal, 07 de noviembre de 2024)

[...] bioenergética, 10 de 10. [...] Es el proceso, cómo me siento, no a la hora después sino los días después de ir allá, lo que he aprendido, lo que he desaprendido... (RJC, comunicación personal, 10 de septiembre de 2024)

[...] le daría un diez porque he tenido un muy buen proceso. Y, en una palabra, sería como “crecimiento”. [...] Yo creo que, por mi experiencia, el proceso, el crecimiento para bien, mi psicólogo. (SAH, comunicación personal, 10 de septiembre de 2024)

La experiencia de mi psicóloga. Es una señora que tiene un recorrido gigante, y es profe de la UdeA; o sea, la señora sabe lo que está haciendo, y se nota. Entonces siento que muchas veces en los otros procesos era como muy improvisado, como muy a las carreras. En cambio, con esta persona, no; siento que ella tiene muy claro qué va a hacer y cómo lleva las sesiones. (MPG, comunicación personal, 13 de diciembre de 2024)

Por otro lado, algunos de los criterios más reiterados que contribuyen a que un proceso sea valorado como insatisfactorio son: las dificultades en la relación con el terapeuta, el no tener en cuenta la singularidad del usuario para hacer adaptaciones al proceso o a la metodología de las sesiones y la falta de experticia o conocimientos demostrada por el terapeuta, cuestiones que pueden evidenciarse a través de verbalizaciones como las de MJP, MAB y EVH:

La cognitiva conductual, yo siento que no, porque yo no confiaba en ella. Entonces no le creía lo que me decía, y yo siento que es muy importante confiar en el terapeuta para dejarse ayudar. (MJP, comunicación personal, 14 de noviembre de 2024)

En el segundo proceso me sentía más comprendida, pero tiene oportunidad de mejora..., como que no me mandara cosas en Netflix. O sea, es que yo no tenía Netflix tampoco y..., que habláramos de cosas más puntuales, no todo en general. (MAB, comunicación personal, 27 de septiembre de 2024)

Lo de la psicóloga siento que posiblemente tiene mucho que ver la experiencia, porque se veía como que ella era una persona muy joven, me atrevo a decir que apenas estaba como comenzando con su consultorio. (EVH, comunicación personal, 18 de noviembre de 2024)

A modo de conclusión, podría decirse que hay una tendencia a valorar el último proceso como el mejor en todos los aspectos vinculados con la eficacia; en los demás procesos de psicoterapia, la valoración tiende a variar en función de los criterios mencionados en el apartado correspondiente a la satisfacción con el proceso.

Discusión

Con base en los resultados descritos, y en relación con el objetivo general de esta investigación, es coherente partir diciendo que no se encontró un patrón vincular claro, en términos de afinidad, entre los rasgos de personalidad de los usuarios entrevistados, la adherencia y la percepción de eficacia que estos comunican con respecto de los modelos psicoterapéuticos que experimentaron. El tamaño de la muestra y la naturaleza del estudio no permiten hacer inferencias con potencial generalizable sobre una posible correspondencia entre los rasgos de personalidad y los modelos de psicoterapia más afines a estos. En su lugar, las

verbalizaciones de los participantes dan cuenta de que la adherencia y la eficacia de los procesos de psicoterapia se ven más impactadas por la interacción entre usuario y terapeuta que por la relación entre rasgos de personalidad y los tecnicismos que rondan a la distinción entre los modelos. Lo anterior, debido a que era un elemento referido con suma frecuencia cuando se preguntó por los factores que agradaban o desagradaban, los motivos para permanecer o desistir de un proceso psicoterapéutico y la satisfacción con el proceso.

Un estudio realizado por García et al. (2015) en una muestra compuesta por 108 usuarios argentinos soporta este hallazgo, al concluir que “los pacientes sin conocimiento de los diferentes enfoques de psicoterapia tienden a valorar más positivamente aspectos vinculares de la relación terapéutica; en tanto quienes tienen conocimiento poseen expectativas más altas respecto a los resultados que pretenden alcanzar” (p. 141). A diferencia de lo anterior, los participantes de esta investigación privilegiaron los aspectos relacionales, independientemente de si conocían o no en profundidad sobre la distinción entre los modelos de psicoterapia; aunque sí es un hecho que quienes contaban con formación en psicología emitieron valoraciones más críticas en torno a asuntos técnicos de sus procesos, lo que podría sugerir la existencia de expectativas más altas.

Dicha relevancia de la relación psicoterapéutica también es reconocida por los psicólogos que hicieron parte de la investigación de Campo (2021), quienes le atribuyeron a este vínculo la facilitación en la emergencia de asuntos íntimos del paciente. A su vez, este proceso de apertura está profundamente asociado con la confianza que el terapeuta logra transmitir al usuario, lo cual constituye, según González y Carral (2017), uno de los factores que impactan en el éxito psicoterapéutico.

Los planteamientos antes referidos se alinean con propuestas como la de Wampold (2015, citado en González y Carral, 2017), un clínico e investigador (Arnold, 2017) que sugiere que la clave de la mejoría en la psicoterapia radica en factores comunes a los diferentes tipos de modelos. A esto subyace la creencia de que

[...] estos elementos comunes son más importantes para dar cuenta del éxito terapéutico que los aspectos específicos que distinguen a las terapias. Desde esta perspectiva, los modelos y las técnicas específicas no son importantes como mecanismo de cambio, sino porque proporcionan una justificación plausible de la terapia al paciente y al terapeuta. (González y Carral, 2017, p. 100)

Esta idea ha sido ampliamente investigada durante el último siglo, lo que también ha supuesto el surgimiento de importantes cuestionamientos, que fueron compilados por González y

Carral (2017); entre ellos destacan: las deficiencias metodológicas en la investigación de los factores comunes, las consecuencias de que este enfoque guíe la formación para ser psicoterapeuta o la práctica clínica, y la amenaza de distanciar aún más la práctica clínica de la investigación. No obstante, pese a dichos argumentos y otros cuantos de igual importancia, ligados con hallazgos sobre la eficacia de ciertos modelos en los procesos psicoterapéuticos de personas con trastornos específicos, es un hecho que la relación terapeuta-usuario es un elemento que determina la adherencia (DiMatteo y DiNicola, 1982 citados en Martín et al., 2003; Frank y Gunderson, 1990; Gallop et al., 1994; Melau et al., 2015), además de ser designado como el principal predictor de cambio en las distintas modalidades de psicoterapia (Horvath et al., 2011, citados en González y Carral, 2017) lo que la enlaza, inexcusablemente, con la eficacia.

En esa línea, sería imprudente negar que la distinción entre modelos resulta útil para el tratamiento de ciertos trastornos o el abordaje de problemas nucleares específicos; después de todo, muchos de ellos fueron creados con la pretensión de intervenir sobre grupos sintomáticos característicos de ciertas patologías o problemáticas. Sin embargo, el provecho de esa distinción puede no extrapolarse cuando se trata de relacionarla con un asunto tan subjetivo como lo es la personalidad del usuario, misma que puede verse más impactada por factores sociales o relacionales que por los tecnicismos que devienen con la orientación del proceso a partir de un modelo psicoterapéutico; como bien se estableció en el marco teórico, el concepto de personalidad remite a la esfera social del ser humano. Así, a la hora de intervenir y trabajar con un usuario, valdría el esfuerzo asumir una postura flexible y una mirada intradisciplinar, que le permita al terapeuta explorar postulados, herramientas, técnicas u otros desarrollos originados en escuelas o modelos diferentes al que le es predilecto o con el que está habituado a operar; esto con el fin de sumarle a su ejercicio como clínico y adaptarse a los desafíos o requerimientos que nazcan de los sujetos a los que orienta en sus procesos psicoterapéuticos de una manera creativa.

Al adentrarse en los hallazgos correspondientes a la adherencia, y contrastarlos con los planteamientos expuestos en el marco teórico, se evidencian compatibilidades entre lo expresado por los participantes y las ideas de Pagès-Puigdemont y Valverde-Merino (2018) y Hotz et al. (citados en Soria et al., 2009) concernientes a la influencia de los aspectos socioeconómicos y las dinámicas del sistema sanitario al que el usuario tiene acceso en la permanencia o la deserción del proceso. Estos aspectos inciden en la calidad de los procesos y, consecuentemente, en la satisfacción reportada por los usuarios en cuanto a los mismos. En Colombia, por ejemplo, la

atención en servicios de salud mental brindada por el sistema de salud fue mayormente valorada por sus usuarios como Mala o Muy mala (34,6%), comparado con quienes la calificaron como Buena o Muy buena (24,8%) en un estudio realizado por el Ministerio de Salud durante 2023; el 40,6% restante la consideró como Regular (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023). Lo anterior se puede atestiguar, igualmente, a través de experiencias como las de DZL, MAB, MPG, SSA y CLG, participantes cuyos procesos tramitados por medio de la EPS se vieron entorpecidos por el periodo entre las citas, el tiempo de las sesiones y la actitud del profesional que los atendió.

El impacto de factores ambientales en la deserción del proceso también fue encontrado por Rondón et al. (2009), al igual que aquellos factores cuyo origen se ubica en la insatisfacción con el tratamiento o con el terapeuta. Por su parte, tal y como se halló en la presente investigación, Espinosa et al. (2020) se toparon con que la decisión de permanecer o no en un proceso de psicoterapia podía verse influenciada por: el incumplimiento de las expectativas del usuario, lo que incluye la experimentación de sensaciones como el estancamiento; asuntos institucionales, que inciden en el número limitado de sesiones, la rotación de los profesionales que atienden y la disponibilidad de estos; y elementos de corte logística, como la facilidad horaria, económica y de acceso a las citas. A diferencia de este estudio, los participantes de la investigación de Espinosa et al. mencionaron por motivo de deserción el cumplimiento de los objetivos psicoterapéuticos o la sensación de estar en capacidad de afrontar sus dificultades.

Por su parte, con respecto a las resistencias en función del modelo de psicoterapia, mismas que fueron eludidas en menor medida por los participantes, Ceberio et al. (2000) advierten que es importante que el terapeuta conozca los diferentes modelos existentes y cómo se manejan, incluso que se especialice en el que más provechoso considere, pero sin fanatizarse con ninguno, puesto que la rigidez en la aplicación de uno u otro modelo puede restringir la creatividad del terapeuta, además de limitar la disposición a hacer adaptaciones a sus métodos según las solicitudes del usuario.

En lo que compete a la eficacia, los resultados de este estudio coinciden con los de Benito (2009a) en cuanto a que el éxito del tratamiento está influido por la persona que orienta el espacio de psicoterapia, específicamente, por su personalidad. Así también lo aseguran autores como Bleuer et al. (1986, citado por Santibáñez et al., 2008), quien refiere a la personalidad sana o no sana del terapeuta. Adicionalmente, como lo sugieren García et al. (2015), la percepción de

eficacia expresada por los participantes deja entrever una valoración sumamente influenciada por aspectos vinculares, cuestión que discrepa de la creencia tradicional de que la eficacia del proceso radica mayormente en la técnica empleada o en el enfoque teórico con que trabaja el terapeuta (Critelli y Neumann, 1984, citados en García et al., 2015).

Por otro lado, la tendencia a valorar el último proceso de psicoterapia como el mejor en todas las categorías vinculadas con la eficacia puede explicarse al considerar el sesgo de recencia y el efecto halo, cuyos efectos impactan en la atribución de valoraciones más positivas a los sucesos recientes (Page y Page, 2010) y en la valoración global de la experiencia a partir de una característica o aspecto positivo (Rodríguez, 2022), como la forma en que les hacía sentir el proceso, cuestión que fue referenciada como uno de los determinantes en la evaluación de la satisfacción con el proceso.

En lo que atañe a la categoría de Modelos de psicoterapia, no se encontraron estudios en los que se ahondara en las concepciones que tiene la población general sobre la distinción entre los modelos de psicoterapia. Investigaciones como las de García y Fantin (2010), Campo (2021) y Molina (2024), indagan en las percepciones que tienen ciertos públicos alrededor de la psicoterapia como herramienta de intervención indiferenciada, lo que no permite hacer el contraste entre los saberes previos o las nociones descritas por los participantes de este estudio y las resultantes de otras investigaciones con objetivos y poblaciones semejantes.

Ahora bien, los rasgos de personalidad de los usuarios también fueron analizados en estudios como los de Linares et al. (2014) y Facio et al. (2018). Se encontraron coincidencias con la investigación de Facio et al. (2018) en la prevalencia del neuroticismo, el bajo nivel de conciencia o responsabilidad y la ausencia de una tendencia clara para el factor de amabilidad; a diferencia de este caso, hubo una prevalencia a puntuar bajo en extraversión y no se demostró una tendencia diciente en el factor de apertura a la experiencia. Por su parte, los participantes de la investigación hecha por Linares et al. (2014) obtuvieron puntuaciones bajas en el rasgo de responsabilidad y extraversión antes de la intervención psicoterapéutica; en una segunda medición, la puntuación en estos factores se reportó como ligeramente aumentada.

Conclusiones

Aunque no se pretendió en un inicio, la presente investigación da cuenta de la importancia de la relación psicoterapéutica en el éxito del proceso. Más allá del modelo aplicado,

resulta fundamental el rol del terapeuta y sus capacidades para establecer y mantener un vínculo de confianza, orientar de forma atenta y cuidadosa el proceso, adaptar la terapia a las particularidades de cada usuario y fomentar cambios que impacten beneficiosamente su vida. Se ratifica, entonces, la necesidad de velar por los aspectos vinculares en los procesos de psicoterapia, sin descuidar la correcta implementación de técnicas que favorezcan movimientos en la singularidad del usuario, ya que la sensación de estancamiento –frecuentemente reportada como una forma de resistencia– puede surgir cuando no se tienen en cuenta los elementos antes mencionados.

De igual manera, esta investigación sugiere que decantarse ineludiblemente por un modelo terapéutico en función de la personalidad, o de la percepción que se tiene de las compatibilidades entre el sí mismo y ciertos modelos de psicoterapia, podría limitar el acceso a experiencias enriquecedoras y profundamente transformadoras. Un ejemplo ilustrativo es el caso de MPG, quien, pese a sus reservas iniciales hacia el psicoanálisis, terminó valorándolo positivamente y siéndole de más ayuda que sus procesos anteriores. La propuesta de evaluar la terapia desde la perspectiva de la personalidad debería considerar matices como este.

Por otra parte, este estudio pone de manifiesto diversas lagunas en la investigación sobre psicoterapia en el contexto colombiano y latinoamericano, lo que resulta paradójico dada la gran proporción de facultades de psicología dedicadas a la formación para la práctica clínica y la significativa cantidad de profesionales que efectivamente brindan servicios clínicos. Lo anterior es importante porque comprender las características que influyen en la eficacia y adherencia de los usuarios, en función de cuestiones como el modelo psicoterapéutico o los rasgos de personalidad, podría incrementar el entendimiento de las dinámicas que determinan el éxito terapéutico y, con ello, el número de casos de éxito. Otras utilidades prácticas de los hallazgos previamente desarrollados radican en: la optimización de la práctica clínica, en tanto que los terapeutas podrían priorizar la construcción de un vínculo óptimo por encima de la estricta filiación a un modelo de psicoterapia; una mejor orientación para los usuarios, a quienes esta información puede serles de ayuda para validar un fenómeno que quizá ya experimentaron, entender que la clave del éxito psicoterapéutico no se supedita única ni primordialmente a la corriente teórica o las técnicas implementadas por su terapeuta, y reducir la preocupación por “elegir el modelo correcto”; el enfoque que puede dársele en los centros de formación para terapeutas, como las universidades, al entrenamiento en habilidades relacionales –sin que eso

quiera decir que se descuide la enseñanza de técnicas interventoras–; y la toma de decisiones en términos de políticas asociadas con la salud mental, lo que serviría para justificar, por ejemplo, que los sistemas de salud, las entidades públicas o las instituciones inviertan en capacitar a los terapeutas en habilidades interpersonales o competencias emocionales, en caso dado de que evidencien una carencia de ellas.

En esa línea, se proponen como nuevos horizontes investigativos: el estudio de los rasgos de personalidad en población clínica y no clínica; el rastreo de la distribución correspondiente a los psicólogos graduados y el campo ocupacional en el que se desempeñan; el sondeo de los modelos de psicoterapia que se usan con más frecuencia en el territorio colombiano; el desarrollo de instrumentos estandarizados para determinar la adherencia o la eficacia de los procesos de psicoterapia; los elementos más influyentes en la valoración de los procesos psicoterapéuticos por parte de personas formadas en psicología, en contraste con la población general; las percepciones de distintas poblaciones sobre los modelos de psicoterapia, y la incidencia del modelo psicoterapéutico en la relación entre terapeuta y usuario.

En cuanto a las limitaciones, mismas que pueden tenerse en cuenta para investigaciones semejantes realizadas a futuro, se identificaron: el reducido número de participantes, que impide la generalización de los resultados; la dependencia de la memoria de los participantes con respecto de sus procesos psicoterapéuticos del pasado, puesto que varias preguntas de la entrevista implicaban la evocación de eventos ocurridos en tiempos muy anteriores, lo que pudo introducir inexactitudes o sesgos; la influencia de la simpatía hacia el terapeuta, ya que es posible que los pacientes otorgasen evaluaciones más indulgentes a los terapeutas que les agradan; y la variabilidad en la aplicación de los modelos psicoterapéuticos, en el sentido de que la ejecución de cada modelo depende en gran medida del estilo personal del terapeuta, quien puede integrar herramientas ajenas a su enfoque teórico. Esta diversidad, incluso entre profesionales de la misma corriente, influye en las percepciones y procesos terapéuticos de los pacientes, haciendo que la medición de cada modelo no sea uniforme.

Finalmente, es relevante subrayar que no se identificaron patrones específicos entre los rasgos de personalidad de los usuarios y los modelos de psicoterapia, debido a limitaciones ligadas tanto al tamaño y la configuración de la muestra como a la naturaleza del estudio. En cambio, se observaron las características globales de personalidad de los usuarios y los modelos de psicoterapia, así como las principales cualidades de la adherencia y la eficacia de los procesos

psicoterapéuticos, en la muestra, de acuerdo con su distinción por modelos. Al fin y al cabo, esta distinción no demostró ser tan relevante como la relación establecida entre terapeuta y usuario, hallazgo que tiene la posibilidad de impactar en la formación de terapeutas, la práctica clínica y el acceso a procesos de psicoterapia efectivos, incentivando una perspectiva más flexible y humanista.

Referencias

- Acevedo, M. Y., y Gélvez, L. M. (2018). Estrategias de intervención cognitivo conductual en un caso de depresión persistente. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (55), 146-158. <https://www.redalyc.org/journal/1942/194258529012/194258529012.pdf>
- Aizpuru, M. G. (2008). La Persona como Eje Fundamental del Paradigma Humanista. *Acta Universitaria*, 18(Esp), 33-40. <https://www.redalyc.org/pdf/416/41601804.pdf>
- Aldana, P. A., y Flores, X. G. (2023). *Relación entre los rasgos de personalidad y la conducta antisocial: Una revisión sistemática* [Trabajo de grado. Pregrado]. Universidad Autónoma de Bucaramanga. https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/23032/Tesis_2023.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Alonso, J. C. (2004). La psicología analítica de Jung y sus aportes a la psicoterapia. *Universitas Psychologica*, 3(1), 55-70. <https://www.redalyc.org/pdf/647/64730107.pdf>
- Alonso, Y. (2005). Las constelaciones familiares de Bert Hellinger: un procedimiento psicoterapéutico en busca de identidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(1), 83-94. <https://www.redalyc.org/pdf/560/56050107.pdf>
- American Psychological Association. (2017, julio 31). *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)*. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/cognitive-behavioral-therapy>
- Anguiano, B. (2022, agosto 18). *Los diferentes tipos de terapias psicológicas, ¿cuál necesito?* Canal salud IMQ. <https://canalsalud.imq.es/blog/tipos-terapias-psicologicas>
- Arnold, G. (2017). *Bruce Wampold on What Actually Makes Us Good Therapists*. Psychotherapy.net. <https://www.psychotherapy.net/interview/bruce-wampold-psychotherapy-effectiveness>
- Bados, A. (2008). *La intervención psicológica: características y modelos*. Universidad de Barcelona. <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/4963>
- Bados, A., García, E., y Fusté, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 477-502. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33720307.pdf>
- Barbosa, F. G. (2016). Comportamiento del consumidor: los factores de influencia. *Revista científica multidisciplinar Núcleo del Conocimiento*, 9(1), 613-630.

<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/administracion-de-empresas/comportamiento-del-consumidor>

- Beck, A., y Freeman, A. (1995). Teoría de los trastornos de la personalidad. En *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Paidós.
- Bellido, J. (2020). *Biografía Wilhelm Reich* [PDF]. Instituto Wilhelm Reich.
<https://www.institutowilhelmreich.com/wp-content/uploads/2020/07/biografia-wilhelm-reich.pdf>
- Bello, A. M., Palacio, J., Rodríguez, M., y Oviedo, O. (2015). Correlación entre la personalidad y los factores de la Teoría del Comportamiento Planeado (TCP) en adolescentes escolarizados de 11-19 años del Caribe Colombiano. *Terapia psicológica*, 33(3), 169-180. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000300002>
- Benito, E. (2009a). Las psicoterapias. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 1(1), pp. 1-9. <https://www.redalyc.org/pdf/3331/333127084005.pdf>
- Benito, E. (2009b). Psicoterapia y psiquiatría. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 1(1), 1-4. <https://www.redalyc.org/pdf/3331/333127084009.pdf>
- Benjamin, A. J. (2020). Type A/B Personalities. En B. J. Carducci, C. S. Nave, J. S. Mio y R. E. Riggio (Eds.), *The Wiley-Blackwell Encyclopedia of Personality and Individual Differences: Vol. IV. Clinical, applied, and cross-cultural research* (383-386). John Wiley & Sons Ltd. <http://dx.doi.org/10.1002/9781118970843.ch328>
- Biagini, M., Torres, J., Torruco, M., y Carrasco, B. (2009). Estudio comparativo de psicoterapia de grupo para el tratamiento de pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Salud mental*, 32(3), 241-249.
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000300008&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000300008&lng=es&tlng=es)
- Brennan, J. (1999). *Historia y sistema de la psicología*. Prentice Hall.
- Botella, L., Pacheco, M., Herrero, O., y Corbella, S. (2006). Principales resultados de la investigación en psicoterapia. En *Construcciones, narrativas y relaciones: Aportaciones constructivistas y construccionistas a la psicoterapia* (237-265). EDEBÉ.
https://www.researchgate.net/publication/258045936_Principales_resultados_de_la_investigacion_en_psicoterapia

- Buelow, M. T., y Cayton, C. (2020). Relationships between the big five personality characteristics and performance on behavioral decision making tasks [Relaciones entre las cinco grandes características de la personalidad y el desempeño en las tareas de toma de decisiones conductuales]. *Personality and Individual Differences*, 160, Artículo 109931. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.109931>
- Builes, I., Manrique, H., y Henao, C. (2017). El proyecto simondoniano: la individuación del ser en devenir. *Co-Herencia*, 14(26), 177-205. <https://doi.org/10.17230/co-herencia.14.26.7>
- Caballo, V., Salazar, I., e Irurria, M. (2011). Trastornos de la Personalidad. En V. Caballo, I. Salazar y J. Carrobbles (Dir.), *Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos* (pp.397-422). Pirámide.
- Campo, M. S. (2021). Concepción de la Psicoterapia. Aproximación Cualitativa desde la Teoría Fundamentada. *Revista Colombiana de Psicología*, 30(1), pp. 47-61. <https://doi.org/10.15446/rcp.v30n1.78535>
- Capella, C., Núñez, L., Vásquez, V., y Fuentes, S. (2020). Adherencia o deserción de adolescentes en psicoterapia por agresiones sexuales: la perspectiva de sus terapeutas. *Revista CES Psicología*, 13(3), 124-141. <http://dx.doi.org/10.21615/cesp.13.3.8>
- Cariaga, M. L., y Casari, L. (2014). La incidencia de rasgos de personalidad en estudiantes avanzados de psicología hacia la elección de una línea teórica. *Psicogente*, 17(32), 379-396. <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v17n32/v17n32a10.pdf>
- Castro, A. (2003). ¿Son eficaces las psicoterapias psicológicas? *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, (3), 59-90. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5645412.pdf>
- Ceberio, M., Moreno, J., y Des Champs, C. (2000). La formación y el estilo del terapeuta. *Revista Perspectivas Sistémicas*, 60, 1-16. <https://www.studocu.com/co/document/corporacion-universitaria-minuto-de-dios/electiva-de-profundizacion-y-aplicacion/la-formacion-y-el-estilo-del-terapeuta-por-marcelo-ceberio-jorge-moreno-y-claudio-des-champs/7971717>
- Cierpka, M., Stasch, M., Dahlbender, R. W., Freyberger, H. J., Grande, T., Heuft, G., Janssen, P. L., Resch, F., Rudolf, G., Schauenburg, H., Schneider, W., Schüssler, G., Schulte, M., Stasch, M., y Von Der Tann, M. (2006). El sistema Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD): Concepto, confiabilidad y validez. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 44(2), 105-125. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272006000200004>

- Crits-Christoph, P., Connolly, M. B., Gallop, R., Barber, J. P., Tu, X., Gladis, M., and Siqueland, L. (2001). Early improvement during manual-guided cognitive and dynamic psychotherapies predicts 16-week remission status. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 10(3), 145–154.
- Corporación Universidad de la Costa. (2020). *Enfoque humanista*. Repositorio Universidad de la Costa.
<https://repositorio.cuc.edu.co/handle/11323/6591#:~:text=El%20Enfoque%20Humanista%20estudia%20los,espont%C3%A1neamente%20en%20la%20vida%20cotidiana>
- Cvetkovic-Vega, A., Maguiña, J., Soto, A., Lama-Valdivia, J., y Correa, L. (2021). Estudios transversales. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 21(1), 179-185. <https://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3069>
- Da Costa, C. P., Padoan, C. S., Hauck, S., Teche, S. P., and Eizirik, C. L. (2019). What is the appropriate time to measure outcome and process factors in psychodynamic psychotherapy? *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 41(2), 112–120.
<https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0151>
- De Celis, M. (2019). De qué hablamos cuando hablamos de pseudoterapias. Plan para la Protección de la Salud frente a las Pseudoterapias. *Revista Clínica Contemporánea*, 10(e7), 1-5. <https://doi.org/10.5093/cc2019a7>
- De la Iglesia, G., Lupano, M. L., Castro, A. (2019). Modelo de Personalidad Positiva: su asociación al funcionamiento óptimo en trabajadores activos. *Revista de Psicología (PUCP)*, 37(2), 425-449. <https://dx.doi.org/10.18800/psico.201902.003>
- De la Parra, G. (2006). Investigación, vínculo y cambio: ¿algo nuevo bajo el sol? *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, (23).
<https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000386&a=Investigacion-vinculo-y-cambio-algo-nuevo-bajo-el-sol>
- De la Vega, I., y Sánchez, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción Psicológica*, 10(1), 45-56. <https://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7032>
- Delgadillo, J., McMillan, D., Lucock, M., Leach, C., Ali, S., and Gilbody, S. (2014). Early changes, attrition, and dose-response in low intensity psychological interventions. *The British journal of clinical psychology*, 53(1), 114–130. <https://doi.org/10.1111/bjc.12031>

- Díaz, D., Velásquez, M. I., Rincón, D. M., Blanco, O. A., y Correa, R. A. (2022). Relación entre rasgos de personalidad, toma de decisiones y la permanencia académica. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (65), 263-283. <https://doi.org/10.35575/rvucn.n65a10>
- Elío, D. (2023). Los modelos biomédico y biopsicosocial en medicina. *Revista Médica La Paz*, 29(2), 112-117. <http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v29n2/1726-8958-rmcmlp-29-02-112.pdf>
- Eloy. (2023). *¿Realmente funciona ir a terapia o es una pérdida de tiempo y dinero?* [Publicación en un foro en línea]. Mensaje publicado en <https://es.quora.com/Realmente-funciona-ir-a-terapia-o-es-una-perdida-de-tiempo-y-dinero>
- Engel, G. L. (2012). The need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Psychodynamic Psychiatry*, 40(3), 377-396. <https://www.urmc.rochester.edu/MediaLibraries/URMCMedia/medical-humanities/documents/Engle-Challenge-to-Biomedicine-Biopsychosocial-Model.pdf>
- Equipo de Expertos en Ciencias de la Salud. (2023, junio 12). *Del psicoanálisis a las terapias psicodinámicas, marco conceptual cercano, aplicación diferente*. Universidad Internacional de Valencia. <https://www.universidadviu.com/int/actualidad/nuestros-expertos/del-psicoanalisis-las-terapias-psicodinamicas-marco-conceptual-cercano-aplicacion-diferente>
- Equipo Editorial Sanarai. (2023, junio 26). *¿Cuáles son los tipos de terapia psicológica más eficaces?* Sanarai. <https://www.sanarai.com/blog/cuales-son-los-tipos-de-terapia-psicologica-mas-eficaces>
- Escobar, M. C. E. (2010). El inconsciente freudiano y sus destinos. *Tempo psicanalitico*, 42(2), 403-424. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382010000200007&lng=pt&tlng=es
- Espinel, B. I., Monterrosa, I. J., y Espinosa, A. (2019). Factores que influyen en el comportamiento del consumidor de los negocios al detal y supermercados en el Caribe colombiano. *Revista Lasallista de Investigación*, 16(2), 4-27. <https://doi.org/10.22507/rli.v16n2a1>
- Espinosa, D., Ibarra, D. A., Ocampo, D. M., Montoya, L., Hoyos, A., Medina, L. F., Tamayo, S., y Zapata, J. (2020). Terminación de la psicoterapia desde la perspectiva de los pacientes. *CES Psicología*, 13(3), 201-221. <https://doi.org/10.21615/cesp.13.3.12>

- Estany, A., e Izquierdo, M. (1990). La evolución del concepto de afinidad analizada desde el modelo de S. Toulmin. *Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas*, 13(25), 349-378. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=62077>
- Facio, A., Sireix, M. C., Caneo, A., y Trossero, A. (2018). La personalidad de pacientes argentinos en psicoterapia ambulatoria. *Vertex Revista Argentina De Psiquiatría*, 29(140), 270–275. <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/301>
- Ferro, R., y Vives, M. C. (2004). Un análisis de los conceptos de efectividad, eficacia y eficiencia en psicología. *Panacea: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción*, 5(16), 97-99. https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n16_tradyterm_FerroG-VivesM.pdf
- Frank, A.F. y Gunderson, J.G. (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia: Relationship to course and outcome. *Archives of General Psychiatry*, 47, 228-236. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1990.01810150028006>
- Franke, U. (2003). *The river never looks back: Historical and Practical Foundations of Bert Hellinger's Family Constellations*. Carl-Auer Verlag.
- Freud, S. (1998). Dos artículos para enciclopedia: «psicoanálisis» y «teoría de la libido». En J. L. Etcheverry (Traduc.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 227-254). Amorrortu (Trabajo original publicado en 1923).
- Gallop, R., Kennedy, S.H. y Stern D. (1994). Therapeutic alliance on an inpatient unit for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 16(4) 405-410. [https://doi.org/10.1002/1098-108x\(199412\)16:4%3C405::aid-eat2260160410%3E3.0.co;2-s](https://doi.org/10.1002/1098-108x(199412)16:4%3C405::aid-eat2260160410%3E3.0.co;2-s)
- Gálvez, J. J. (2009). Revisión de evidencias científicas de la terapia cognitivo-conductual. *Medicina naturista*, 3(1), 13-19. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2867904.pdf>
- García, H. D., Fantin, M. B., y Isgró, A. (2015). Estudio descriptivo de la percepción de la relación psicoterapéutica en pacientes de la Ciudad de San Luis. *LIBERABIT. Revista Peruana de Psicología*, 21(1), 141-151. <https://www.redalyc.org/pdf/686/68639580013.pdf>
- García, H. D., y Fantin, M. B. (2010). Percepción de eficacia de la psicoterapia en Argentina. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 21, 155-169. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233218111007>

- García, V. (2010). *La atención parejamente flotante: conceptualización y transformaciones* [Trabajo de grado. Maestría]. Universidad Católica del Perú
<https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/23860/GARC%C3%8dA%20CANNOCK.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Garfield, S. L., y Bergin, A. E. (1994). Introduction and historical review. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4.^a ed., vol. 3-18). J Wiley.
- Geyer, P. (1995). *Quantifying Jung: The Origin and Development of the Myers-Briggs Type Indicator* [Tesis de Maestría]. University of Melbourne.
<http://dx.doi.org/10.13140/2.1.2591.4240>
- González, C., y Carral, L. (2017). ¡Enjaulad a dodo, por favor! El cuento de que todas las psicoterapias son igual de eficaces. *Papeles del psicólogo*, 38(2), pp. 94-106. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2828>
- González, M., y Jiménez, G. A. (2015). La psicoterapia: fundamentos psicodinámicos. *Revista Galenus*, 93(3). <https://www.galenusrevista.com/?La-psicoterapia#:~:text=El%20origen%20de%20la%20psicoterapia,asociaci%C3%B3n%20ibre%20y%20la%20interpretaci%C3%B3n.>
- Gortari, A. (2016). *Relación entre variables de personalidad y elección de corriente terapéutica* [Trabajo de grado. Maestría]. Universidad Pontificia Comillas.
<https://repositorio.comillas.edu/jspui/bitstream/11531/13435/1/TFM000506.pdf>
- Gracia. (2023). *¿Realmente funciona ir a terapia o es una pérdida de tiempo y dinero?* [Publicación en un foro en línea]. Mensaje publicado en <https://es.quora.com/Realmente-funciona-ir-a-terapia-o-es-una-perdida-de-tiempo-y-dinero>
- Gratacós, M., y Pousa, E. (2018). Intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica en sujetos con esquizofrenia. *Papeles del psicólogo*, 39(1), 31-39.
<https://www.redalyc.org/journal/778/77854690004/html/>
- Greenson, R. R. (1976/2004). *Técnica y práctica del psicoanálisis*. Siglo Veintiuno Editores.
- Hellinger, B. (1999). *Órdenes del Amor*. Editorial La Osa Mayor.
- Henao, M. C. (2013). Del surgimiento de la psicología humanística a la psicología humanista-existencial de hoy. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(1), 83-100.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5123812.pdf>

- Heredia, J. M. (2015). Lo psicosocial y lo transindividual en Gilbert Simondon. *Revista Mexicana de Sociología*, 77(3), 437-465.
<http://revistamexicanadesociologia.unam.mx/index.php/rms/article/view/50579>
- Hernández, M., y Zamora, M. (2017). Relación teórica entre bioenergética y logoterapia como recurso para la construcción de la reflexión curricular. *Omnia*, 23(2), 103-113.
<https://www.redalyc.org/pdf/737/73754834010.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill / Interamericana Editores.
- Hester, C. (2014). *¿Qué influye sobre la decisión de compra de los consumidores de clase media en el sector textil minorista en Madrid?* [Trabajo de grado. Pregrado]. Universidad Pontificia Comillas.
<https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/444/TFG000421.pdf?sequence=1>
- Horne, R., Weinman, J., Barber, N., Elliott, R., Morgan, M., Cribb, A., y Kellar, I. (2005). *Concordance, adherence and compliance in medicine taking*. London: National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation.
- Jiménez, P. S. (2020). Estructuras de carácter de Bioenergética: entre la actuación y la psicología. *Tsantsa. Revista De Investigaciones artísticas*, (9), 127–141.
<https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/tsantsa/article/view/3409>
- Jongh, A., y Broeke, E. (2009). EMDR and the Anxiety Disorders: Exploring the Current Status. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(3), 133-140. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.3.3.133>
- Jung, C. G. (1954/2006). *La práctica de la psicoterapia*. Editorial Trotta.
- Kasija, M., y Oviedo, P. (2001). *Psicoterapia: Variables que intervienen en el proceso desde la perspectiva de los pacientes en una muestra del área de salud privada* [Trabajo de grado. Pregrado]. Universidad del Desarrollo.
- Krause, M., De la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Vilches, O., Echávarri, O., Ben-Dov, P., Reyes, L., Altimir, C., y Ramírez, I. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 299-325.

- http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342006000200006&lng=pt&tlng=es.
- Laak, J. (1996). Las cinco grandes dimensiones de la personalidad. *Revista de Psicología de la PUCP*, 14(2), 129-181. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4625401>
- Lacan, J. (1964/1987). *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Paidós.
- Lanusse, J. (2019). *La cura por la palabra: de Sócrates a Freud*. Repositorio Institucional Universidad Nacional de La Plata. <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/134013>
- Leites, M., Salas, G., y Vigorito, A. (2019). *Bienes visibles, rasgos de personalidad y preferencias por estatus*. (Serie Documentos de Trabajo;19/19). Universidad de la República de Uruguay. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/22326/1/dt-19-19.pdf>
- Linares, J., Robles, H., y Peralta, M. I. (2014). Modificación de la personalidad mediante una terapia cognitivo-conductual de afrontamiento al estrés. *Anales de Psicología*, 30(1), 114-122. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.136281>
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., y Heard, H. L. (1991). Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Arch Gen Psychiatry*. 48(12), 1060-1064. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810360024003>
- Lopera, J. D. (2017). Psicoterapia psicoanalítica. *CES Psicología*, 10(1), 83-98. <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423550874006.pdf>
- López, R., Calvo, J. L., y De la Torre, I. (2023). Relación entre personalidad y toma de decisiones en los juegos económicos. *Revista Venezolana De Gerencia*, 28(101), 11-28. <https://doi.org/10.52080/rvgluz.28.101.2>
- López, W. (2013). El estudio de casos: una vertiente para la investigación educativa. *Educere*, 17(56), 139-144. <https://www.redalyc.org/pdf/356/35630150004.pdf>
- Lowen, A. (1975/2011). *La bioenergética: Una terapia revolucionaria que utiliza el lenguaje del cuerpo*. Editorial Sirio.
- Lowen, A., y Lowen, L. (1990). *Ejercicios de bioenergética* (2.^a ed.). Editorial Sirio.
- Löwy, M. (2018). *Redención y Utopía*. Ariadna Ediciones. <https://books.openedition.org/ariadnaediciones/1568>

- Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., y Linehan, M. M. (2007). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 181-205. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095229>
- Maganto, C., y Ávila, A. (1999). El diagnóstico psicodinámico: aspectos conceptuales. *Clínica y Salud*, 10(3), 287-330. <https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/50621.pdf>
- Marín, C., Guillén, A. I., y Vergara, S. (2016). Nacimiento, desarrollo y evolución de la desensibilización y el reprocesamiento por medio de movimientos oculares (EMDR). *Clínica y Salud*, 27(3), 101-114. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.09.001>
- Martín, L., Sairo, M. y Bayarre, H. (2003). Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. *Revista Cubana Médica*, 19, 1-15. <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=17607>
- Martín, L., y Grau, J. A. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y salud*, 14(1), 89-99. <https://www.redalyc.org/pdf/291/29114110.pdf>
- Martínez, J. M., y Martín, B. (2015a). Psicoterapia relacional del Trastorno Límite de Personalidad – Parte I. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), 19-35. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000100003>
- Martínez, J. M., y Martín, B. (2015b). Psicoterapia relacional del Trastorno Límite de Personalidad – Parte II. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(127), 587-606. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000300010>
- Martínez, P. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, (20), 165-193. <https://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf>
- Martínez, Y. A. (2017). *Terapia Existencial: Teoría y Práctica Relacional para un mundo post-Cartesiano*. Volumen 2. Circulo de Estudios en Psicoterapia Existencial.
- McCrae, R. R., y Costa, P. T., Jr. (2008). *Manual NEO PI-R: Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R)* (3ª ed., adaptada al español). TEA Ediciones.
- Melau, M., Harder, S., Jeppesen, P., Hjorthøj, C., Jepsen, J. R. M., Thorup, A., y Nordentoft, M. (2015). The Association Between Working Alliance and Clinical and Functional Outcome in a Cohort of 400 Patients With First-Episode Psychosis: A Cross-Sectional Study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 76(01), e83-e90. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08814>

- Merlín, N. (2018). Trauma y memoria. *Educación en Revista*, 34(70), 101–116.
<https://doi.org/10.1590/0104-4060.58766>
- Miller, J. A. (2006). *Introducción a la clínica lacaniana*. Gredos.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Encuesta de Minsalud revela que el 66,3% de los colombianos declara haber enfrentado algún problema de salud mental*.
<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/66-porciento-de-colombianos-declara-haber-enfrentado-algun-problema-de-salud-mental.aspx>
- Ministerio de Salud. (1993). Resolución 8430: Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (RES/8430). Ministerio de Salud, República de Colombia.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>
- Molina, S. (2024). *Percepciones sobre la psicoterapia según los padres de familia y estudiantes de colegios privados de Medellín (Colombia)* [Trabajo de grado. Pregrado]. Universidad EAFIT. <https://repository.eafit.edu.co/server/api/core/bitstreams/25f51802-7120-4d08-bd84-5c9a4a7eb713/content>
- Monsalve, S. J. (2020). *Identificación de factores que inciden en la no adherencia al tratamiento psicológico en los usuarios de la IPS-Facultad de Psicología*. [Trabajo de grado. Pregrado]. Universidad Pontificia Bolivariana.
https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/9587/1731_e_4%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Montagud, N. (2019, noviembre 07). *Fenomenología: qué es, concepto y autores principales*. Psicología y mente. <https://psicologiaymente.com/cultura/fenomenologia>
- Moreira, V., Saboia, A., Beco, L., y Soares, S. (1995). Psicoterapia fenomenológico-existencial: Aspectos teóricos de la práctica clínica con base en las competencias. *Psykhé*, 4(2), 121–129. <https://redae.uc.cl/index.php/psykhe/article/view/20247>
- Moriana, J. A., y Gálvez, M. (2020). Psicoterapias y pseudoterapias en búsqueda de la evidencia científica. La ciencia y la práctica profesional en psicología clínica. *Papeles del Psicólogo*, 41(3), pp. 201-220. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2946>

- Muela, A., y Sansinenea, E. (2020). Tratamientos psicológicos personalizados: orientaciones clínicas. *Papeles del Psicólogo*, 41(1), 16-26.
<https://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2915>
- Organización de las Naciones Unidas. (1961). *Definición y medición internacional del nivel de vida*. https://unstats.un.org/unsd/publication/serie/se/serie_cn3_270_rev1s.pdf
- Ortiz, M., y Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista médica de Chile*, 135(5), 647-652. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000500014>
- Page, L., y Page, K. (2010). Last shall be first: A field study of biases in sequential performance evaluation on the Idol series. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 73(2), 186-198. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2009.08.012>
- Pagès-Puigdemont, N., y Valverde-Merino, I. (2018). Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars pharmaceutica*, 59(4), 251-258.
<https://doi.org/10.30827/ars.v59i4.7357>
- Pardo, R. (2019). *El debate en reestructuración cognitiva: análisis de los mecanismos terapéuticos de cambio clínico* [Tesis doctoral]. Universidad Autónoma de Madrid.
https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/689733/pardo_cebrian_rebeca.pdf
- Peláez, M. D., Lozada, M., y Olano, N. (2013). Re-conocer los pasos, retos para el futuro: la investigación en psicología humanista. *Psicología desde el Caribe*, 30(2), 416-448.
<http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n2/v30n2a09.pdf>
- Peters, T. (2010). La afinidad electiva entre consumo cultural y percepción sociocultural: el caso de Chile. *Signo y Personamiento*, 29(57), 216-235.
<http://www.scielo.org.co/pdf/signo/v29n57/v29n57a14.pdf>
- Pinet, C. (2021). *El surgimiento de la psicoterapia en relación a la ciencia: una indagación histórico-discursiva* [Trabajo de grado. Pregrado]. Universidad de la República de Uruguay.
https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/30098/1/tfg_celine_pinet_entrega_final.pdf
- Puerta, J. V., y Padilla, D. E. (2011). Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257.
<https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>

- Ramírez, A. (2018). Algunos aportes de la obra Wilhelm Reich a la psicoterapia de orientación humanista. *Revista Sul-Americana De Psicología*, 6(2), 304–324.
<https://ediciones.ucsh.cl/index.php/RSAP/article/view/1845>
- Ramírez, R., y Vargas, L. F. (2012). Terapia conductual dialéctica: descripción general de una propuesta centrada en la aceptación incondicional. *Revista de Ciencias Sociales (Universidad de Costa Rica)*, 3(137), 53-64.
<https://www.redalyc.org/pdf/153/15325492005.pdf>
- Reátegui, M. J., Balarezo, L. A., y Ramírez, A. A. (2022). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) para la depresión: revisión sistemática. *Ciencia Digital*, 6(3), 23-41. <https://doi.org/10.33262/cienciadigital.v6i3.2164>
- Retamal, M. I., Sepúlveda, E., Cortés, J. P., Barraza, F., y Arancibia, M. (2022). Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) para trastornos ansiosos y depresivos en niños y adolescentes: revisión de la evidencia disponible. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 60(1), 51-61. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272022000100051>
- Rivera, C. J., Auquilla, Á. F., Reyes, X. F., Elizalde, B. A., Portoviejo, W. J., Castro, F. A., y Martínez, P. C. (2021). Constelaciones Familiares: ¿Psicoterapia o pseudoterapia? Revisión de la literatura desde la filosofía de la ciencia. *South Florida Journal of Development*, 2(2), 3429–3445. <https://doi.org/10.46932/sfjdv2n2-180>
- Riveros, E. (2014). La psicología humanista: sus orígenes y su significado en el mundo de la psicoterapia a medio siglo de existencia. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*, 12(2), 135-186.
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612014000200001&lng=es&tlng=es
- Rodríguez, J. C. (2022). Influencia del uso de tatuajes en la percepción de la retribución económica, una variable bajo el efecto Halo. *Psicumex*, 12(1), 1-19.
<https://doi.org/10.36793/psicumex.v12i1.542>
- Rodríguez, J. J. (2015). *La angustia como conciencia de libertad en la filosofía de Jean-Paul Sartre* [Trabajo de grado. Pregrado]. Universidad de La Laguna.
<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/1149/La+angustia+como+conciencia+de+li>

- [bertad+en+la+filosofia+de+Jean-Paul+Sartre.pdf;jsessionid=A252F456B1B9120B993FD9679DB100B0?sequence=1](#)
- Rodríguez, L., y Fernández, C. (2013). Psicoterapia cognitivo analítica y trastornos de la personalidad: revisión. *Acción Psicológica*, 10(1), 65-74.
<https://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7034>
- Rodríguez, M., y Gil, G. (2022). Psicoterapia psicodinámica y psicoterapia de grupo: conceptos e intervenciones terapéuticas. *Revista de psicoterapia*, 33(121), 27-40.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8323323>
- Romero, E., Luego, M. A., Gómez, J. A., y Sobral, J. (2002). La estructura de los rasgos de personalidad en adolescentes: El Modelo de Cinco Factores y los Cinco Alternativos. *Psicothema* 14(1), 134-143. <http://www.psicothema.com/pdf/697.pdf>
- Rondón, Á. P., Otálora, I. L., y Salamanca, Y. (2009). Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 137-147.
<https://www.redalyc.org/pdf/2990/299023513007.pdf>
- Rosso, M. A., y Lebl, B. (2006). Terapia humanista existencial fenomenológica: estudio de caso. *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo"*, 4(1), 90-117.
<https://www.redalyc.org/pdf/4615/461545473005.pdf>
- Ruz, S. (2022, noviembre 29). *Existencialismo: definición e historia de esta corriente de pensamiento*. Psicología y mente. <https://psicologiaymente.com/cultura/existencialismo>
- Safer, D. L., Telch, C. F. y Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 158(4), 632-634
- Salgado, A. C. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit. Revista Peruana de Psicología*, 13(1), 71-78.
<https://www.redalyc.org/pdf/686/68601309.pdf>
- Salgado, E., Vargas, E., Schmutzler, J., y Wills, E. (2016). Uso del Inventario de los Cinco Grandes en una muestra colombiana. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(2), 365-382. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.12804/apl34.2.2016.10>
- Samour, H. (2022). ¿Qué es el existencialismo? *Revista de Museología "Kóot"*, 1(13), 20-37.
<https://doi.org/10.5377/koot.v1i13.14798>

- Sánchez, D. A. (2018). *Relación entre rasgos de personalidad y preferencias vocacionales de estudiantes con edades entre los dieciséis y dieciocho años de dos instituciones públicas de educación de Sasaima Cundinamarca* [Trabajo de grado. Pregrado]. Universidad de Cundinamarca.
<https://repositorio.ucundinamarca.edu.co/bitstream/handle/20.500.12558/1606/RELACION%20ENTRE%20RASGOS%20DE%20LA%20PERSONALIDAD%20Y%20PREFERENCIAS%20VOCACIONALES%20EN%20PREFERENCIAS%20VOCACIONALES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Santibáñez, P. M., Román, M. F., Lucero, C., Espinoza, A. E., Iribarra, D. E., y Müller, P. A. (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia psicológica*, 26(1), 89-98. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100008>
- Sanz, A., García, M. P., Sanz, J. (2024). Datos normativos, fiabilidad y validez de las escalas de trastornos de la personalidad del NEO PI-R. *Behavioral Psychology*, 32(1), 41-63. <https://doi.org/10.51668/bp.8324102s>
- Sanz, J., y García, M. P. (2009). Nuevos Baremos para la Adaptación Española del Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R): Fiabilidad y Datos Normativos en Voluntarios de la Población General. *Clínica y Salud*, 20(2), 131-144. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742009000200003&lng=es&tlng=es.
- Schwartz, B. (2005). *The Paradox of Choice: Why More Is Less*. Ecco Press
- Seelbach, G. A. (2013). *Teorías de la personalidad*. Red Tercer Milenio. https://www.academia.edu/22718216/Teor%C3%ADas_de_la_personalidad
- Shapiro, F., y Solomon, R. M. (2015). Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy. En E. S. Neukrug (Ed.), *The SAGE Encyclopedia of Theory in Counseling and Psychotherapy* (pp. 389-395). SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781483346502.n134>
- Simkin, H., y Azzollini, S. (2015). Personalidad, autoestima, espiritualidad y religiosidad desde el modelo y la teoría de los cinco factores. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7(2), 339-361. <https://www.redalyc.org/pdf/3331/333141094002.pdf>

- Soler, J., Eliges, M., y Carmona, C. (2016). Terapia Dialéctica Conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empírica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-166), 33-49.
<https://doi.org/10.33776/amc.v42i165-66.2793>
- Soria, R., Zaira, C., y Nava, C. (2009). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativas en psicología*, 14(20), 89-103. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/alpsi/v14n20/v14n20a08.pdf>
- Soria, T. J. (2019). *Creencias Irracionales en efectivos policiales de una Institución Pública del Distrito de Ancón* [Trabajo de grado. Pregrado]. Universidad Inca Garcilaso De la Vega.
<https://core.ac.uk/download/pdf/230577074.pdf>
- Stones, B. (2006). A Brief History of Bert Hellinger's Family Constellations. *Self & Society*, 33(4), 5-9. <https://doi.org/10.1080/03060497.2006.11086254>
- Telch, C. F., Agras, W. S. y Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(6), 1061-1065
- Terapify: Psicólogos en línea. (2023, mayo 31). *¿Cómo saber qué tipo de terapia necesito y dónde la encuentro?* Terapify. <https://www.terapify.com/blog/como-saber-que-tipo-de-terapia-necesito/#:~:text=Por%20%C3%BAltimo%2C%20la%20mejor%20forma,la%20posibilidad%20de%20hacer%20terapia>
- Torres, A. (2017, junio 02). *Terapia psicodinámica: bases teóricas, técnicas y corrientes*. Psicología y mente. <https://psicologiymente.com/clinica/terapia-psicodinamica>
- Tortosa, F., y Civera, C. (2006). *Historia de la psicología*. McGraw-Hill.
- Triglia, A. (2017). *¿Qué es la 'asociación libre' en el Psicoanálisis?* Psicología y Mente. <https://psicologiymente.com/psicologia/asociacion-libre>
- Valarezo, C. M., Celi, S. Z., Rodríguez, D. B., y Sánchez, V. C. (2020). Caracterización general y evolución de la personalidad en la primera infancia. *Horizontes Revista de Investigación en Ciencias de la Educación*, 4(16), 469-482.
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2616-79642020000400010&lng=es&tlng=es.
- Vanegas, G., Barbosa, A., y Pedraza, G. (2017). Revisión bibliográfica sobre el tratamiento sistémico y cognitivo conductual del trastorno límite de personalidad. *Informes Psicológicos*, 17(2), 159-176 <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v17n2a09>

- Vergés, A., y Gómez, L. (2016). Personalidad y psicopatología. *Revista de Psicología Universidad de Chile*, 25(1), 1-4.
<https://www.redalyc.org/journal/264/26446630010/html/>
- Viruela, A. M. (2016). *Personalidad en la adolescencia: estabilidad y cambio, a nivel poblacional* [Trabajo de grado. Maestría]. Universitat Jaume I.
<https://core.ac.uk/download/pdf/61494503.pdf>
- Yalom, I. D. (1984). *Psicoterapia existencial*. Editorial Herder.
- Yunitri, N., Kao, C. C., Chu, H., Voss, J., Chiu, H. L., Liu, D., Shen, S. H., Chang, P. C., Kang, X. L., y Chou, K. R. (2020). The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing toward anxiety disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of psychiatric research*, 123, 102–113.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.01.005>
- Zambrano, R. (2011). Revisión sistemática del Inventario de Personalidad neo (neo-pi). *Psicología desde el Caribe*, (27), 179-198.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2011000100009
- Zilcha-Mano, S., y Errázuriz, P. (2017). Early development of mechanisms of change as a predictor of subsequent change and treatment outcome: The case of working alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(5), 508-520. <https://doi.org/10.1037/ccp0000192>
- Zimmerman, M. (2023). *Generalidades sobre los trastornos de la personalidad*. Manual MSD.
<https://www.msdmanuals.com/es-co/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-de-la-personalidad/generalidades-sobre-los-trastornos-de-la-personalidad>

Anexos

Anexo A. Matriz categorial para elaboración de entrevista

Objetivos específicos	Categorías de rastreo de la información/análisis	Subcategorías	Preguntas
Describir los rasgos de personalidad más frecuentes en los usuarios de procesos psicoterapéuticos.	Rasgos de personalidad	Neuroticismo	¿Qué tipo de situaciones le producen malestar? ¿Cuál es la emoción que siente con más frecuencia cuando atraviesa por situaciones que le producen malestar? ¿Cómo suele reaccionar ante situaciones que le producen malestar?
		Extraversión	¿Se considera una persona más tendiente a ser introvertida o extrovertida? ¿Por qué?
		Apertura a la experiencia	¿Cuál es su postura frente a los siguientes conceptos: exploración / novedad / desconocido / zona de confort?
		Amabilidad	¿Cómo suele ser su trato para con otros? ¿Cómo reacciona cuando alguien hace algo con lo que no está de acuerdo?
		Responsabilidad	Cuándo se enfrenta a una tarea, ¿qué es lo más importante para usted? ¿Qué piensa de las normas? ¿Y de la ética? ¿Qué hace cuando se da cuenta de que olvidó algo con lo que se había comprometido? ¿Se considera una persona responsable? ¿Por qué?
Reconocer los modelos de psicoterapia más usados por los participantes y sus respectivas características principales.	Modelos de psicoterapia	Saberes previos	¿Qué entiende por modelo de psicoterapia? ¿Sabe algo de los modelos de psicoterapia? ¿Conocía de los modelos antes de iniciar sus procesos psicoterapéuticos? ¿Qué conocía?
		Experiencia personal	¿Cuáles son los modelos de psicoterapia en los que ha estado? ¿Qué lo motivó a probar esos modos de psicoterapia? ¿Cómo llegó a esos tipos de psicoterapia? ¿Qué características destacaría de los modelos en los que ha estado? ¿Actualmente se encuentra en un proceso psicoterapéutico? ¿Cuál es su modelo?
Identificar las características de la adherencia a los modelos psicoterapéuticos por parte de los usuarios.	Adherencia	Recursos invertidos	¿Cuál fue la duración que tuvo cada proceso psicoterapéutico? ¿Considera que su asistencia a las sesiones era / es regular o irregular? ¿Qué hacía / hace que sea así (en términos de motivos)? ¿Cuál era / es el costo habitual por sesión? ¿Qué sensaciones le produce estar en un proceso psicoterapéutico? ¿Qué tanto agotamiento diría que le genera estar en psicoterapia?
		Participación activa	Preguntar por cada modelo: ¿Cómo se realizó la definición de los objetivos del proceso psicoterapéutico? ¿Cómo solía / suele trabajarse en las sesiones de psicoterapia? ¿En qué sentido sus solicitudes (en términos de preguntas y conclusiones) fueron / son tenidas en cuenta durante el proceso? ¿Su terapeuta le dejaba / deja tareas? ¿Usted las realizaba / realiza? ¿Por qué? ¿Aplica lo aprendido en consulta a su vida diaria? ¿Qué aplica? ¿Cómo lo aplica?
		Alianza terapéutica	¿Cómo diría que es interactuar / hablar con su psicoterapeuta? ¿Cómo describiría la relación con su psicoterapeuta?
		Motivación en función del modelo psicoterapéutico	¿Qué le agrada de los modelos psicoterapéuticos en los que ha estado? ¿Qué factores considera que influyen en la permanencia en un proceso psicoterapéutico? ¿Qué lo motiva a permanecer en el modelo actual y no en otro? Si tuviera la oportunidad de cambiar de modelo, ¿lo haría? ¿Por cuál? ¿Por qué? ¿Qué considera que es importante a la hora de evaluar un proceso terapéutico como adecuado, agradable?
		Resistencias en función del modelo psicoterapéutico	¿Qué no le agrada de los modelos psicoterapéuticos en los que ha estado? ¿Qué hizo que dejara de asistir a los modelos de psicoterapia en los que ya no está? ¿Qué factores considera que influyen en su desistimiento de un proceso psicoterapéutico?
Discriminar algunos de los aspectos más relevantes respecto de la eficacia de los modelos psicoterapéuticos usados por los usuarios.	Eficacia	Modificación de síntomas	Preguntar por cada modelo: ¿Qué le llevó a buscar apoyo psicoterapéutico? ¿Qué síntomas solía / suele presentar? ¿En qué momentos aparecían / aparecen? ¿Ha notado un cambio en sus síntomas desde que asiste a psicoterapia? ¿De qué manera?
		Alivio de malestar subjetivo	Preguntar por cada modelo: ¿Cómo era su vida antes de ingresar a este proceso de psicoterapia? ¿Cómo es ahora? ¿Ha notado cambios en la forma cómo se siente?
		Logro de objetivos psicoterapéuticos	¿De qué modo cree que cada uno de esos procesos han ayudado a solucionar la problemática por la que llegó a consulta (en cada caso particular)? En caso de haberse establecido objetivos explícitos para el proceso de psicoterapia, ¿considera que se cumplieron? ¿qué le hace pensar que fue así?
		Calidad de vida	Preguntar por cada modelo: ¿Qué aspectos de su vida considera que se han beneficiado a raíz de cada proceso psicoterapéutico?
		Satisfacción con el proceso	Preguntar por cada modelo: ¿Cree que el proceso le ha servido? ¿Por qué? ¿Cómo calificaría el proceso psicoterapéutico? / ¿Cómo valoraría la calidad del proceso psicoterapéutico?