

EL CLIENTE: EL VERDADERO AGENTE DEL CAMBIO EN PSICOTERAPIA. IMPLICACIONES PARA LOS PSICOTERAPEUTAS

M^a ELENA GISMERO-GONZÁLEZ¹

RESUMEN: Las evidencias científicas no dejan lugar a dudas sobre el papel activo que las personas tienen en la gestión de sus acontecimientos vitales adversos y su capacidad de recuperación. Ocurre lo mismo con su papel protagonista en psicoterapia, donde todas las investigaciones sitúan al mal llamado «paciente» como el verdadero agente de cambio; el papel del terapeuta consiste en adaptar el tratamiento a las necesidades y características de sus clientes, así como crear el clima adecuado para movilizar sus competencias y recursos facilitando el cambio. La evidencia apoya una visión de la psicoterapia más ajustada a un modelo relacional colaborativo.

PALABRAS CLAVE: Investigación en psicoterapia; resultados de la psicoterapia; relación terapéutica; factores del cliente; práctica basada en la evidencia.

The client: the true agent of change in psychotherapy. Implications for psychotherapists

ABSTRACT: Scientific evidence leaves no doubt about the active role that individuals play in managing their adverse life events and their ability to recover. Similarly, each person takes a leading role in psychotherapy, where all research identifies the so-called «patient» as the true agent of change; the role of the therapist is to tailor treatment to the needs and characteristics of his/her clients, as well as to create the right climate to mobilize their skills and resources, facilitating change. Evidence supports a vision of psychotherapy more suited to a collaborative relational model.

KEYWORDS: Psychotherapy research; psychotherapy outcome; therapeutic relationship; client factors; evidence-based practice.

¹ Profesora y psicoterapeuta. Departamento de Psicología y Unidad Clínica de Psicología (UNINPSI). Universidad Pontificia Comillas. Correo electrónico: egismero@comillas.edu.

Son tantas y tan destacadas las aportaciones didácticas y metodológicas de Pedro Morales (en adelante, Peter), que quizá no todo el mundo sepa que, además, es psicólogo de formación. Las circunstancias de su vida le han llevado a desarrollar su vocación por distintos caminos, algo más alejados de la escena terapéutica típica, lo que no quiere decir que su trayectoria personal y profesional no haya sido profundamente terapéutica para muchas de las personas cuyos caminos se han cruzado con él. Creo que de Peter podría decirse, con justicia y sin exageraciones, que es de las personas que va dejando el mundo mucho mejor de lo que se lo encuentra. Pero, volviendo a su formación, me gustaría centrar este escrito en mi manera de entender al cliente de la psicoterapia, una manera que espero que no sonará muy novedosa a muchos de mis colegas, pero que creo que resonaría bien en un Peter practicante de la psicoterapia, al menos si establecemos cierto paralelismo con su manera de concebir al alumno, siempre en el centro de la escena académica, y su comprensión del maestro como un facilitador del proceso de aprendizaje (ver, por ejemplo, Morales, 2006²).

Empecemos con la terminología. El *Diccionario Panhispánico del español jurídico* (2020) define *paciente* como «persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud»³, y como adjetivo la RAE (2005) aporta el significado «que tiene paciencia»⁴. Paciente proviene del latín *patiens, patientis*, participio de *pati, patior* (sufrir, soportar, experimentar un proceso o una acción que parte de una causa ajena), es decir, el que sufre o soporta en sí la acción de algo o de alguien, sea una enfermedad, la ignorancia de otro, el trabajo, etc. Se opone a *agens, agentis* (agente, el que actúa). Y como vamos a ver, los usuarios o clientes de la psicoterapia no son seres que sufren pasivamente, sino más bien todo lo contrario en muchos casos. Como tampoco me termina de gustar el término *cliente* en este contexto, usaré indistintamente ambos términos, como suele hacerse en los textos de psicología, bien entendido que, al decir *paciente*, me estaría refiriendo a «la persona que está en un proceso psicoterapéutico», y que será un paciente-agente.

² Este artículo, entre otros muchos, plasma algunas de las ideas de Peter que han influido en generaciones de profesores, haciéndonos reflexionar profundamente sobre nuestra concepción de nuestro rol como profesores y profesoras universitarios.

³ Puede consultarse en: <https://dpej.rae.es/lema/paciente>

⁴ En: <https://www.rae.es/dpd/paciente>

1. AGENTES DE SUS PROPIAS VIDAS

Las vidas humanas no son balsas: tienen vaivenes, contratiempos, imprevistos, pérdidas, sobresaltos... Pese a los esfuerzos por patologizar la vida cotidiana inventando una proliferación de síndromes que a cualquiera nos situaría en la categoría de enfermo⁵, todas esas realidades, y las complicaciones que conllevan, son parte del proceso de vivir y no enfermedades ni trastornos, y, en la inmensa mayoría de los casos, no requieren de ayuda para superarlas. Comentaré sólo dos ejemplos de ello: los estudios sobre resiliencia y los de recuperación espontánea.

Como especie, los humanos venimos adaptándonos a diferentes circunstancias desde hace muchos miles de años, cambiando el contexto cuando ello es posible o cambiando nosotros para adaptarnos a él. Y como individuos, hacemos lo mismo: la mayoría de las personas, en la mayoría de los momentos, son capaces de afrontar con eficacia las circunstancias y complicaciones que van apareciendo en sus vidas, incluso cuando sobreviven a ambientes muy difíciles o cuando padecemos catástrofes inesperadas, como muestran infinidad de estudios sobre la *resiliencia* (e.g. Barber, 2009; Bogar y Hulse-Killacky, 2006; Bonano, 2004; Bonano et al., 2011; Cicchetti, 2013; Eisenberg y Silver, 2011; Gismero-González et al., 2020; Masten y Narayan, 2012). Niños con enfermedades graves, inmigrantes que logran salir adelante después de años de travesías cargadas de agresiones, refugiados que reinician su vida en un país distinto, mujeres o niños que recomponen su vida tras ser maltratados, personas que se sobreponen a las secuelas de un ataque terrorista... son ejemplos de resiliencia que todos podemos conocer de primera mano.

⁵ Basta con consultar el DSM-5, el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, publicado por la APA (*American Psychiatric Association*), que es el referente en salud mental mundial, y la polémica que despertó su publicación. Como ejemplo, el *duelo normal* se considera en él una depresión mayor: si inmediatamente después de perder a un ser querido tienes ánimo depresivo durante dos semanas, pierdes interés en actividades que te gustaban antes, tienes pérdida de apetito, insomnio y dificultades para concentrarte, tienes un trastorno mental. Esto, entre otras consecuencias, puede llevar a sobrediagnosticar y a tratar sin necesidad, a expandir el mercado potencial de las compañías farmacéuticas, y a la pérdida de los rituales tradicionales culturales con los que nos adaptamos a la pérdida de un ser querido (p.ej. Bandini, 2015). En palabras de Duncan, Miller y Sparks (2004) el diagnóstico de los trastornos mentales ha crecido como las malas hierbas, ahogando y asfixiando caminos alternativos y esperanzadores para entender y alentar el cambio, y se basa más en factores políticos y económicos que en la ciencia.

El término resiliencia puede adoptar diferentes significados aplicado a un individuo, una familia, una organización, una sociedad o una cultura. Hay muchos tipos de resiliencia que dependen del contexto (p.ej. no es lo mismo la resiliencia de un refugiado sirio que la de un americano que ha sufrido un huracán o la de una persona que padece esquizofrenia crónica). Los individuos pueden ser más resilientes en un dominio de su vida que en otros: la resiliencia puede estar presente en diferentes grados en distintos dominios de la vida (Pietrzak y Southwick, 2011); por ejemplo, una persona puede adaptarse bien al estrés de un contexto académico y tener dificultades en sus relaciones. Como también puede variar en las distintas etapas de la vida, y ese cambio suele estar en función del desarrollo y de la interacción que se tenga con el entorno (p.ej., Kim-Cohen y Turkewitz, 2012); hay entornos saludables que pueden potenciar la resiliencia de los individuos, familias, organizaciones o sociedades (o lo contrario).

En cualquier caso, es interesante el giro que se está dando en la ciencia y la salud al enfocarse en el estudio de la resiliencia en lugar de dedicar toda la energía en examinar las consecuencias negativas del trauma: esto permitirá que nos movamos hacia un enfoque de salud mental más orientado a prestar atención a las fortalezas humanas y a las competencias que puedan enseñarse para prevenir los trastornos (Southwick et al., 2014).

En el mismo sentido, los estudios sobre *recuperación espontánea* también revelan cómo la mayoría de las personas pueden superar problemas emocionales o conductuales sin la ayuda de un especialista (Bohart y Tallman, 2010).

Por ejemplo, un meta-análisis sobre recuperación espontánea en depresión aporta datos reveladores: Whiteford et al. (2013) revisan los 21 estudios que analizan la evolución de listas de espera de personas diagnosticadas de depresión mayor para establecer el índice de recuperación espontánea. Encuentran que en tres meses el 23 % de las personas se recuperan sin ayuda, en seis, el 32 %, y al año de seguimiento la cifra alcanza el 53 %. Es decir, en la práctica, más de la mitad de las personas superan un episodio de depresión por sí solas en un año, lo cual parece un buen ejemplo de la capacidad humana para recuperarse de problemas psicológicos graves.

La investigación sobre estrés postraumático evidencia nuestra capacidad de afrontar situaciones adversas. Aunque casi la mitad de las personas sufren a lo largo de su vida algún acontecimiento traumático, sólo entre un 5 % y un 10 % de ellas sufrirán algún tipo de estrés postraumático (Ozer, Best, Lipsey y Weiss, 2003). Es más, muchas de las que lo sufren se recuperan por sí mismas, e indican que la experiencia les ha ayudado a crecer y a hacerse más fuertes (Calhoun y Tedeschi, 2006, como se citaron en Rodríguez-Morejón

2016). Puede haber crecimiento personal incluso en la adversidad, como quizá el lector que ha vivido la pandemia por covid-19 y el confinamiento extremo que conllevó haya podido experimentar (Prieto-Ursúa, y Jódar, 2020; Vázquez et al., 2021).

En conclusión, las personas tenemos recursos y capacidad para afrontar las situaciones vitales adversas que a veces nos encontramos en el transcurso de nuestras vidas, e incluso la capacidad de volver a recuperar por nosotras mismas nuestro equilibrio y estado saludable, aunque esos acontecimientos nos afecten excesivamente; cuando ello no nos es posible, o nos atascamos en ese proceso, es cuando tiene sentido que intervenga la psicoterapia.

2. EL VERDADERO AGENTE DE LA PSICOTERAPIA

2.1. DEJÁNDONOS GUIAR POR LAS EVIDENCIAS CIENTÍFICAS

La psicoterapia ha demostrado empíricamente ser una ayuda efectiva para la mayoría de las personas que han requerido de ella en algún momento de sus vidas: la persona promedio tratada con psicoterapia mejora más que el 79 % de las que no son tratadas (Smith, Glass y Miller, 1980)⁶. Son muchos los estudios que han avalado esta conclusión, lo que llevó a la APA a declarar la psicoterapia como una práctica eficaz y muy rentable, que debería incluirse en el sistema de salud como una práctica basada en la evidencia disponible. Y sin los efectos secundarios de la medicación (ver p.ej. Read, Cartwright y Gibson, 2014⁷) y útil para todo tipo de problemas: p.ej. la terapia cognitiva ha demostrado reducir significativamente los síntomas psiquiátricos en personas con trastornos del espectro esquizofrénico que

⁶ El *tamaño del efecto* de la psicoterapia comparada con la ausencia de tratamiento es 0,80, lo que significa que la puntuación de la persona promedio del grupo en tratamiento está 0,8 desviaciones típicas por encima de la de la persona promedio sin tratamiento, y por tanto excede la puntuación del 79 % del grupo no tratado (es la conclusión del meta-análisis de Smith, Glass y Miller, 1980, con 475 estudios controlados que incluían más de 25.000 pacientes). El *tamaño del efecto* es un término estadístico equivalente a una «puntuación Z» de una distribución normal estándar, y la primera persona a la que recuerdo oír hablar de él fue precisamente a Peter; también fue él al primero que escuché lo que era un meta-análisis.

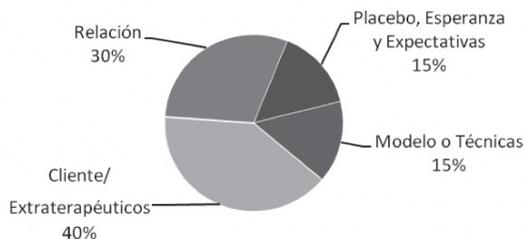
⁷ Como ejemplo, Read, Cartwright y Gibson (2014) demuestran que los efectos adversos de los antidepresivos son mayores de lo que se suele reconocer: 1829 adultos medicados informaron que padecían disfunciones sexuales (62 %), embotamiento emocional (60 %), reducción de sentimientos positivos (42 %), pensamientos suicidas (39 %), entre otros efectos emocionales e interpersonales.

han preferido no tomar fármacos antipsicóticos, y parece ser una alternativa segura y aceptable (Morrison et al., 2014). Los estudios que demuestran la eficacia de la psicoterapia se cuentan por centenares, y abarcan la mayor parte de los problemas psicológicos.

Estos resultados no están vinculados a ningún tipo de modelo psicoterapéutico en particular: todos han demostrado funcionar igualmente bien en términos genéricos, lo que se suele conocer como «el veredicto del pájaro Dodo», en referencia al episodio de Alicia en el País de las Maravillas, siendo el hallazgo más replicado en la literatura (ver, p.ej. Botella et al., 2000; Luborsky, Singer y Luborsky, 1975; Wampold e Imel, 2015; Wampold et al., 1997). La terapia funciona, pero nuestra comprensión de cómo funciona no se puede encontrar en las explicaciones sectarias de las diferentes orientaciones teóricas, más bien debemos buscarla en los factores comunes a todos los enfoques.

Analizando más en detalle qué resulta efectivo de la psicoterapia, es decir, indagando cuáles de los factores que afectan al cambio psicoterapéutico tienen un efecto más potente, tenemos muchas evidencias de que el papel fundamental recae en el cliente. Si entendemos la psicoterapia como una relación entre clientes (con sus características diferenciales) y terapeutas (con su experiencia y habilidades terapéuticas), además del enfoque o modelo que usa el clínico (con sus presupuestos teóricos, técnicas, criterios para comprender y tomar decisiones en el proceso terapéutico), nos encontramos con que en todos los estudios revisados la mayor fuente de varianza del cambio total (aproximadamente el 55 %) depende del cliente, que es claramente el protagonista de la escena terapéutica, *el héroe/la heroína de la terapia*, como lo definen Duncan, Miller y Sparks (2004).

FIGURA 1. FACTORES QUE EXPLICAN EL CAMBIO EN TERAPIA



Fuente: Asay y Lambert, 1999.

Las variables relacionadas con el cliente son dos: factores extra-terapéuticos (40 %) y «placebo», es decir, expectativas y esperanzas de cambio (15 %); el terapeuta aporta el modelo/técnicas, que explica tan sólo el 15 % de la varianza de los resultados en el mejor de los casos⁸ (Lambert, Shapiro y Bergin, 1986), y la relación terapéutica, que explica el doble (30 %). Estos resultados tienen implicaciones muy importantes, que vamos a considerar.

Los factores extra-terapéuticos se refieren a variables que forman parte del cliente (como variables de su personalidad, motivación, competencias relacionales, mentalidad psicológica⁹, etc.) y de su entorno (como acontecimientos fortuitos o apoyo social), que contribuyen a su mejoría al margen de la terapia. La red de apoyo social del entorno juega un papel extraordinariamente importante en la evolución de un problema y en la remisión de los síntomas.

Los resultados comentados sitúan al «paciente» como un agente activo de sus propios procesos de cambio, descartando una visión pasiva del mismo y autoritaria de la terapia; encajan mucho mejor con una visión de la terapia como un trabajo colaborativo, en el que el cliente es experto en su problema y el terapeuta en resolver problemas; el trabajo del terapeuta es adaptar los tratamientos a las necesidades y características de los usuarios, así como crear una buena relación terapéutica sobre la que poner en marcha las técnicas del cambio (Rodríguez-Morejón, 2016). Se desvanece así la idea de un terapeuta bien entrenado que hace una buena evaluación de un usuario con problemas, evaluación que conduce a un diagnóstico, que a su vez ayudará a diseñar un tratamiento concreto, que, llevado a cabo fielmente, aumentará las probabilidades de éxito. A partir de los datos comentados no se sostiene la idea de que los terapeutas y sus técnicas son los protagonistas del proceso; parece claro que la contribución de los clientes al resultado final de la psicoterapia es, al menos cuantitativamente, más decisiva (Duncan y Miller, 2000). Lo mismo que poner al alumno en el centro de la enseñanza implica que el profesor tenga que plantearse cuál es su papel en este proceso

⁸ Wampold (2001), con metodología meta-analítica, concluye que el 87 % de la varianza de cambio corresponde a factores relacionados con el cliente y tan sólo el 13 % con la terapia, o, mejor dicho, con la contribución directa de la técnica o el terapeuta. Un modelo más reciente reparte ese 13 % atribuido a los tratamientos así: el terapeuta sería responsable de entre el 6 y el 9 %, la alianza terapéutica de entre el 5 y el 7 % y el modelo/técnica del 1 % (Duncan, 2010).

⁹ Mentalidad psicológica es la capacidad para la reflexión, la introspección, el autoexamen; incluye la capacidad de reconocer la complejidad emocional, así como los vínculos entre el pasado y el presente, y la comprensión de los motivos e intenciones de uno mismo y de los demás.

(Morales, 2006), situar al cliente en el centro de la terapia conlleva implicaciones importantes para el terapeuta¹⁰.

Entre los factores aportados por el terapeuta, la evidencia ha mostrado que el modelo y las técnicas (procedimientos específicos de cada terapia) juegan el papel menos importante, frente a la relación terapéutica (*factores comunes* compartidos por todas las terapias, independientemente del modelo). A pesar del énfasis en los llamados «tratamientos empíricamente validados»¹¹, la contribución de las técnicas al resultado de la psicoterapia se ha cifrado en un porcentaje muy pequeño. El meta-análisis de Norcross y Lambert (2018) encontró que era entre un 0 % y un 10 %, mientras que un 18 % de los resultados se atribuían a la persona del terapeuta. Los factores de la relación terapéutica vinculados de manera fiable con los resultados de la psicoterapia incluyen: la alianza terapéutica en terapia individual, de pareja y con adolescentes, la colaboración y el acuerdo en objetivos, la cohesión en terapia de grupo, la empatía del terapeuta, incorporar el *feedback* del cliente o monitorizar su progreso, manejar la contratransferencia y reparar la alianza terapéutica, entre otros.

Los resultados comentados sugieren que probablemente las técnicas específicas activen algún factor común, lo que tendría sentido si pensamos que las técnicas no se pueden aplicar aisladas, sino en el contexto de la relación terapéutica; serían los vehículos a través de los cuales operarían los factores comunes. Es más, la investigación sobre la importancia de las técnicas desde el punto de vista del paciente demuestra que ésta correlaciona significativamente con el resultado de la terapia (Horvath y Greenberg, 1989), es decir, que las técnicas contribuyen más al cambio cuanto más importantes

¹⁰ El énfasis constante de Peter en situar al alumno en el centro de la enseñanza, y su concepción de la enseñanza como *una actividad que facilita el aprendizaje*, como p.ej. en su cita de Brewer y Worman (1999, citados en Morales, 2006): «enseñanza eficaz consiste en la creación por parte del profesor de un ambiente de aprendizaje en el que los alumnos: (1) son positivamente influidos para querer aprender, (2) son provistos de las oportunidades adecuadas para que este aprendizaje ocurra, y (3) utilizan estas oportunidades para aprender», se corresponde perfectamente con la visión que transmitimos aquí.

¹¹ Desde el nacimiento de los tratamientos basados en la evidencia en la década de 1990, éstos han aumentado a más de 100. Irónicamente, la eficacia de la psicoterapia no ha mejorado ni un punto porcentual, a pesar de este crecimiento exponencial de las nuevas tecnologías de tratamiento y de las supuestas ventajas de los denominados enfoques científicamente validados (Duncan, Miller y Sparks, 2004). Uno de sus problemas, además del hecho de que nunca se ha demostrado la superioridad de un método sobre otro, es que excluye totalmente al cliente del estudio. Sus promotores equiparan al cliente con el problema y describen el tratamiento como si se aislase de los factores más poderosos que contribuyen al cambio (los recursos del cliente, sus percepciones y su participación).

las considere el cliente. Esto sugiere que el efecto de las técnicas podría depender más que de sus características de su credibilidad en el contexto de la relación terapéutica (Botella, 2020).

Todas las evidencias nos llevan, pues, a desplazar la visión de la psicoterapia de un modelo más equiparable al médico a un modelo más relacional o contextual, donde el paciente cobra mucha mayor importancia en el cambio psicoterapéutico que el terapeuta, su modelo y sus técnicas. Ahora bien, la contribución del terapeuta no es irrelevante: debe crear un clima colaborativo idóneo para que el paciente pueda movilizar sus propias competencias y recursos para cambiar. Es el paciente quien cambia, tomando de la terapia aquello que le sirve y le resulta útil, mientras que el terapeuta debe saber ser un buen catalizador de esos procesos (a mí me gusta compararlo con las vitaminas), y ello requiere saber adaptarse a las características de cada cliente, es decir, a su estilo, objetivos, personalidad, etc., así como a sus propias ideas sobre el cambio, para hacerle una terapia «a la medida».

2.2. ADAPTÁNDOSE AL CLIENTE: DE LA TERAPIA «PRÊT-À-PORTER» A LA TERAPIA A LA MEDIDA

Para lograr esa adaptación a cada cliente, el foco del terapeuta no debe ser tanto el problema en sí, puesto que distintas personas con un problema similar pueden cambiar de diferentes maneras en función de otras variables personales. Por ejemplo, dos individuos con una fobia simple, uno con el deseo de explorar qué significado cobra ese problema en su biografía, otro que contempla el problema en términos conductuales y busca una solución rápida, se beneficiarán de diferentes enfoques terapéuticos en función de sus diferentes objetivos: el primero de una terapia más enfocada a la reflexión y la toma de consciencia; el segundo de una más orientada a la acción y a la modificación de conductas específicas. Así, el terapeuta debe tener en cuenta otras variables que han demostrado repetidamente que los pacientes se benefician más si se adapta la terapia a sus características psicológicas, tales como su estilo de afrontamiento¹² o su nivel de reactancia/resistencia¹³.

¹² Estilo de afrontamiento es el patrón de respuestas cognitivas, emocionales o conductuales de cada uno con el que abordamos eventos vitales traumáticos o problemáticos.

¹³ La reactancia es la reacción de una persona a lo que percibe como una pérdida de libertad, cuando algo o alguien le priva de alternativas u opciones. Puede ocurrir que cuando alguien está muy presionado para adoptar una actitud, acabe adoptando la contraria, y que aumente su resistencia a la persuasión y al cambio.

Por ejemplo, los pacientes resistentes mejoran más con terapeutas flexibles, poco directivos y poco pautados (Botella, 2020).

Los clientes tienen preferencias sobre las condiciones terapéuticas que más se acomodan a sus intereses. Ideas sobre qué terapeuta necesitan (sexo, edad, cultura, etc.), sobre en qué debe consistir el tratamiento (formato, enfoque) o el tipo de actividades que convendría realizar. Por ejemplo, un paciente puede esperar y preferir tareas para casa, o interpretaciones de su terapeuta, o terapia de pareja o de grupo, etc. Un meta-análisis sobre los estudios que comparan asignación forzosa a un terapeuta o asignación según sus preferencias, demuestra que cuando las personas eligen su terapeuta hay entre 35 y 50 % menos abandonos y mejores resultados finales (Swift, Callahan y Vollmer, 2011). Investigaciones como esta sugieren que los terapeutas harían bien en tener en cuenta las preferencias de sus clientes, siempre que ello sea posible y no estén contraindicadas; por ejemplo, se puede preguntar sobre sus preferencias sobre actividades, características del terapeuta y del tratamiento que creen que les ayudaría más.

Poner al paciente en el centro de la escena terapéutica, dándole el protagonismo que le corresponde, implica también prestar atención a sus recursos y fortalezas, sus competencias y resiliencias, y no sólo mirar el lado del problema. Esto no significa ignorar el dolor del cliente o asumir una actitud de animador; sino que requiere del terapeuta escuchar la historia completa: la confusión y la claridad, el sufrimiento y la resistencia, el dolor y la superación, la desesperación y el deseo. Dado que gran parte del cambio se da fuera de la terapia (40 % extra-terapéutico), el terapeuta puede identificar y potenciar los recursos útiles de la vida del cliente: preguntar por los aspectos que le ayudan de su red social de apoyo, las actividades que le proporcionan alivio, incluso temporalmente, y las circunstancias ajenas a la terapia en las que el cliente se siente más capaz, exitoso y sereno (Duncan, Miller y Sparks, 2004).

En este sentido, otro aspecto para potenciar los factores extra-terapéuticos consiste en que el terapeuta puede reconocer explícitamente la contribución del cliente a los cambios, tanto fuera como dentro de la terapia, favoreciendo que el cliente se sienta dueño de su cambio y se refuerce su sentido de agencia. El terapeuta puede explorar con los clientes los cambios, reconociendo su importancia y ayudándoles a revisar su propio papel en ellos: aunque los clientes atribuyan firmemente el cambio a la suerte, al destino, a la agudeza del terapeuta o a la medicación, el profesional debería pedirles que reflexionen sobre: cómo adoptaron el cambio en sus vidas, qué hicieron para usar los cambios en su beneficio, qué harán en el futuro para asegurarse de que los logros se mantienen, y cómo reflejan los cambios nuevos capítulos en sus vidas (Duncan, Miller y Sparks, 2004).

En conclusión, una parte importantísima de la labor del terapeuta consiste en atender a las preferencias y objetivos de sus clientes sobre la terapia, adaptar su estilo terapéutico a las características psicológicas de sus clientes, identificar y potenciar los aspectos externos a la terapia que les puedan resultar de ayuda, así como devolverles la consciencia de ser *agentes* de su propia vida.

2.3. CREANDO EL CLIMA ADECUADO: CUIDANDO LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Aunque hemos visto que no hay diferencias entre modelos de psicoterapia respecto a su eficacia, sí hay terapeutas que son más eficaces que otros y las diferencias entre profesionales contribuyen más a explicar la varianza de resultados que el modelo de tratamiento que se adopte (Baldwin y Imel, 2013). Un aspecto fundamental para explicar estas diferencias es la *alianza terapéutica* (Norcross y Wampold, 2011).

Para lograr facilitar el cambio en sus pacientes, el terapeuta debe prestar especial atención al establecimiento de la *alianza terapéutica*, entendida como *combinación del acuerdo sobre los objetivos de la terapia, el acuerdo sobre las tareas relevantes para que se produzca el cambio, y la creación de un vínculo emocional seguro entre ambos* (Bordin, 1979). La alianza ha demostrado repetidamente en la investigación tener una relación significativa con el resultado de la psicoterapia, superior a cualquier otra variable¹⁴, y ello se ha constatado en terapias de diferentes orientaciones (psicodinámica, cognitiva, experiencial, conductual, interpersonal, ecléctica), de diferentes formatos (individual, de grupo, familiar), y duración (desde 4 a 50 sesiones). También se comprueba que la percepción del cliente sobre la alianza es más predictiva del resultado final de la psicoterapia que la percepción del terapeuta –lo que vuelve a situarle como protagonista del cambio– (ver la revisión de Corbella y Botella, 2003).

Prestar atención a la alianza implica atender a los objetivos de cambio del paciente, a su valoración de las técnicas empleadas, y su valoración sobre su vivencia del vínculo con el terapeuta. En primer lugar, hay que escuchar la teoría del cambio del cliente: las personas suelen tener sus propias ideas sobre a qué se deben sus dificultades y sobre qué tiene que pasar para que se resuelvan; el terapeuta tiene su propio modelo que le orienta en la comprensión del problema. Los terapeutas deben creer en las posibilidades de sus clientes y a partir de esta posición escuchar y privilegiar sus experiencias

¹⁴ La cantidad de cambio atribuible a la alianza es aproximadamente siete veces mayor que la atribuible a un modelo o técnica específica (Wampold, 2001).

e ideas de cambio (Bohart y Tallman, 2010; Rodríguez-Morejón, 2016). Hay estudios que encuentran que cuando el tratamiento ofrecido era congruente con las preferencias del cliente se apunta a un mayor compromiso con el tratamiento y mejores resultados (p.ej. Elkin et al., 1999; Hayes y Wall, 1998). Un interesante estudio danés realizado por Mackrill (2008), trabajando sobre diarios de sesiones de sus pacientes, concluye que las personas traen a terapia sus propias estrategias para enfrentarse a sus problemas, las comparan con las planteadas por los terapeutas, y si no coinciden, seleccionan lo que les parece útil de las sugerencias de los profesionales, desechando el resto. Esto nos vuelve a recordar el papel activo del cliente durante el proceso de terapia.

Cuidar la alianza implica adaptarse al punto de vista que tiene el cliente de una buena relación. Esto requiere una monitorización de la respuesta del cliente al proceso en sí mismo, es decir, solicitarle feedback a lo largo del proceso psicoterapéutico, para ir calibrando la terapia a sus expectativas. La experiencia de lo que constituye una buena relación puede ser muy diferente para cada cliente. Cotejar con el cliente su percepción y expectativas en relación a la terapia, y comprobar la utilidad de determinadas técnicas del terapeuta puede ayudar a éste a reajustarse a las necesidades individuales de cada cliente. Transmitir a los clientes que el terapeuta valora y desea actuar teniendo en cuenta sus puntos de vista, incluyendo aquello que no les satisfaga, le envía un mensaje muy potente, y le sitúa en el centro de la escena terapéutica. Los terapeutas necesitan estar particularmente alerta a las señales que indican problemas, porque los clientes suelen ser reacios a comunicar sentimientos negativos y su propia insatisfacción con la terapia (Hill, Nutt-Williams, Heaton, Thompson y Rhodes, 1996). Los terapeutas eficaces están abiertos a conocer las perspectivas de sus clientes, y no se muestran a la defensiva de lo que tengan que decir sobre la terapia o el terapeuta, incluso aunque no sea positivo. Además de observar cuidadosamente las reacciones de sus clientes a sus comentarios, explicaciones, interpretaciones, preguntas y sugerencias, hay sistemas muy sencillos que permiten al terapeuta monitorizar las respuestas del cliente a los distintos aspectos de la alianza terapéutica, tales como la escala SRS¹⁵, que consta de tan sólo 4 ítems y se aplica al finalizar cada sesión para evaluar cómo la ha vivido el paciente (Duncan et al., 2003). Tener en cuenta el feedback del cliente sobre la marcha del tratamiento ha demostrado ser una práctica clave para

¹⁵ SRS son las siglas de *Session Rating Scale*: es una breve escala de 4 ítems que evalúan las dimensiones clave de la alianza terapéutica. Se aplica, puntúa y comenta al finalizar cada sesión, para obtener *feedback* del paciente sobre la alianza, a tiempo real, de forma que se pueda identificar lo antes posible cualquier dificultad en la alianza, para poderla revisar (Duncan et al., 2003).

reducir los abandonos terapéuticos inesperados y conseguir mejores resultados, como han demostrado ya varios ensayos clínicos. Bien directamente o usando escalas, la retroalimentación constante de nuestros clientes nos ayuda a mejorar nuestra práctica y a obtener mejores resultados, como señalan Norcross y Lambert (2018).

Ajustarse a las distintas expectativas relacionales de los distintos clientes requiere un alto grado de flexibilidad por parte del terapeuta, así como una disposición a cambiar su propia postura relacional para ajustarse a la percepción del cliente sobre lo que sería de más utilidad para él. Algunos clientes, por ejemplo, preferirán una manera de actuar más formal o profesional en lugar de un estilo más informal o cercano; otros podrían preferir que el terapeuta sea más o menos directivo; que se focalice en sus síntomas o que profundice en los posibles significados subyacentes; que siga un ritmo más rápido o más relajado de trabajo terapéutico, etc. (Bachelor y Horvath, 1999). Adaptarse a las características y percepciones de los clientes convierte a la terapia en una aventura idiosincrática cada vez que entablamos contacto con un nuevo paciente, y pone en juego –por delante de los manuales y técnicas– actitudes y habilidades personales del terapeuta tales como la empatía, la congruencia, el apoyo, o la colaboración con el cliente, entre otras, que han demostrado tener mucha relación con resultados terapéuticos eficaces¹⁶.

En conclusión, hemos visto que el cliente es el verdadero agente del cambio, y que los terapeutas podemos facilitar mucho el proceso si somos conscientes de ello –tal como nos demuestra la investigación– y le situamos en el centro de la escena terapéutica, dejando que sea él y su progreso el que guíe nuestras decisiones. En lugar de tratar de que el cliente encaje en nuestros modelos, debemos hacer que el modelo se adapte a las características y necesidades de nuestros pacientes, asemejándonos más a un diseñador artesanal que a un dispensador de terapia *prêt-à-porter* que aplica el manual rígidamente.

¹⁶ A este respecto, pueden consultarse, por ejemplo, Norcross y Lambert (2018), que recogen las conclusiones de muchos estudios meta-analíticos así como las recomendaciones prácticas del grupo de trabajo de la APA sobre Relaciones Basadas en la Evidencia y Responsividad: allí puede verse qué ha demostrado funcionar en la terapia y simultáneamente qué es lo que ha demostrado no funcionar; conclusiones que todo psicoterapeuta debería conocer, ya que pueden ser extremadamente útiles para informar y orientar el trabajo de los clínicos.

3. CONCLUYENDO

Resumiendo todo lo comentado, puede constatarse que las personas tienen recursos y capacidad para afrontar las situaciones vitales adversas de sus vidas, y pueden recuperarse por sí mismas en un porcentaje elevado de ocasiones, como muestran las investigaciones sobre resiliencia y recuperación espontánea, entre otras. En algunas ocasiones, pueden requerir la ayuda de la psicoterapia. Un gran cuerpo de investigación demuestra que la psicoterapia funciona, y que el mayor porcentaje de varianza de cambio se explica por variables que dependen del cliente. Este es el verdadero artífice del cambio, en mucha mayor medida que el terapeuta, su modelo o sus técnicas.

¿Qué ocurre con el papel del terapeuta en el proceso? Su contribución es importante y debe centrarse particularmente en crear un clima colaborativo idóneo para que el paciente pueda movilizar sus propias competencias y recursos para cambiar. Es el paciente quien cambia, tomando de la terapia lo que le resulta útil, y el rol del terapeuta consiste en ser un buen catalizador de esos procesos. Esto no tiene que ver con aplicar rígidamente un manual, sino que requiere saber adaptarse a las características psicológicas de cada cliente, a su estilo, objetivos, preferencias, etc., identificar y potenciar los aspectos externos a la terapia que le puedan resultar de ayuda, devolverle la consciencia de ser *agente* de su propia vida, monitorizar su progreso y su reacción a la psicoterapia... En definitiva, situar al cliente en el centro de la escena terapéutica, dejando que sea él y su progreso el que guíe las decisiones terapéuticas.

REFERENCIAS

- Bachelor, A. y Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. En M. A. Hubble, B. L. Duncan y S. D. Miller (Eds.). *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 133-178). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bandini, J. (2015). The medicalization of bereavement: (Ab)normal grief in the DSM-5. *Death Studies*, 39(6), 347-352. DOI: 10.1080/07481187.2014.951498
- Barber, B. K. (2009). *Adolescents and war: How youth deal with political violence*. New York, NY: Oxford University Press
- Bogar, C. B. y Hulse-Killacky, D. (2006). Resiliency determinants and resiliency processes among female adult survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Counseling and Development*, 84, 318-327. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2006.tb00411.x>
- Bohart, A. C. y Tallman, K. (2010). Clients: The neglected common factor in psychotherapy. In B. Duncan, S. Miller, B. Wampold y M. Hubble (Eds), *The heart and soul*

- of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed., pp. 83-111). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *The American Psychologist*, *59*(1), 20-28. doi: 10.1037/0003-066X.59.1.20.
- Bonanno, G. A., Westphal M. y Mancini A. D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*, *7*, 511-535. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032210-104526.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *16*(3), 252-260.
- Botella, L., Pacheco, M., Herrera, O. y Corbella, S. (2000). Investigación en psicoterapia: el estado de la cuestión. *Boletín de Psicología*, *69*, 19-42.
- Cicchetti, D. (2013). Annual research review: Resilient functioning in maltreated children—past, present, and future perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *54*, 402-422. doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02608.x
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, *19*(2), 205-221.
- Duncan, B. L. (2010). *On becoming a better therapist*. Washington, D.C: American Psychological Association.
- Duncan, B. L. y Miller, S. D. (2000). *The heroic client: Doing client-directed, outcome-informed therapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Duncan, B. L., Miller, S. D. y Sparks, J. (2004). *The Heroic Client: A Revolutionary Way to Improve Effectiveness through Client-Directed, Outcome-Informed Therapy* (2nd Edition). San Francisco: Jossey-Bass.
- Duncan B. L., Miller S. D., Sparks J., Claud D., Reynolds L., Brown J. y Johnson L., (2003). The Session Rating Scale: Preliminary psychometric properties of a «working» alliance measure. *Journal of Brief Therapy*, *3*(1), 3-12.
- Eisenberg, E. y Silver, R. C. (2011). Growing up in the shadow of terrorism. *American Psychologist*, *66*, 468-481. doi: 10.1037/a0024619
- Gismero-González, E., Bermejo-Toro, L., Cagigal, V., Roldán, A., Martínez-Beltrán, M. J. y Halty, L. (2020) Emotional impact of COVID-19 lockdown among the Spanish population. *Frontiers in Psychology*, *11*, 616978. doi: 10.3389/fpsyg.2020.616978
- Hayes, J. A. y Wall, T. N. (1998). What influences clinicians' responsibility attributions? The role of problem type, theoretical orientation, and cliente attribution. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *17*(1), 69-74.
- Hill, C. E., Nutt-Williams, E., Heaton, K., Thompson, B. y Rhodes, R. H. (1996). Therapist retrospective recall of impasses in long-term psychotherapy: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology*, *43*, 207-217. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-0167.43.2.207>
- Horvath, A. O. y Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, *36*, 223-233. doi:10.1037/0022-0167.36.2.223
- Kim-Cohen, J. y Turkewitz, R. (2012). Resilience and measured gene-environment interactions. *Development and Psychopathology*, *24*, 1297-1306. doi: 10.1017/S0954579412000715

- Luborsky, L., Singer, B. y Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that «Everyone has won and all must have prizes»? *Archives of General Psychiatry*, 3(2), 995-1008.
- Mackrill, T. (2008). Exploring psychotherapy clients' independent strategies for change while in therapy. *British Journal of Guidance & Counselling*, 36(4), 441-453. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/03069880802343837>
- Masten, A. S. y Narayan, A. J. (2012). Child development in the context of disaster, war, and terrorism: Pathways of risk and resilience. *Annual Review of Psychology*, 63, 227-257. doi: 10.1146/annurev-psych-120710-100356
- Morales Vallejo, P. (2006). Implicaciones para el profesor de una enseñanza centrada en el alumno. *Miscelánea Comillas*, 64(124), 11-38. http://www.upcomillas.es/Servicios/serv_public_revista_revista.aspx
- Morrison, A. P., Turkington, D., Pyle, M., Spencer, H., Brabban, A., Dunn, G., Christodoulides, T., Dudley, R., Chapman, N., Callcott, P., Grace, T., Lumley, V., Drage, L., Tully, S., Irving, K., Cummings, A., Byrne, R., Davies, L. M. y Hutton, P. (2014). Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*, 383(9926), 1395-1403. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62246-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62246-1)
- Norcross, J. C. y Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303-3015. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000193>
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. y Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-71.
- Pietrzak, R. H. y Southwick, S. M. (2011). Psychological resilience in OEF-OIF Veterans: Application of a novel classification approach and examination of demographic and psychosocial correlates. *Journal of Affective Disorders*, 133(3), 560-568. DOI: 10.1016/j.jad.2011.04.028
- Prieto-Ursúa, M. y Jódar, R. (2020). Finding meaning in hell. The role of meaning, religiosity and spirituality in posttraumatic growth. *Frontiers in Psychology*, 11, 567836.
- Read, J., Cartwright, C. y Gibson, K. (2014). Adverse emotional and interpersonal effects reported by 1829 New Zealanders while taking antidepressants. *Psychiatry Research*, 216(1), 67-73. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.01.042>
- Rodríguez-Morejón, A. (2016). El cliente en psicoterapia: contribución al resultado terapéutico. *Anales de Psicología*, 32, 1, 1-8. <http://dx.doi.org/10.6018/analeps.32.1.192551>
- Smith M., Glass, G. y Miller, T. (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C. y Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5 (1). DOI: 10.3402/ejpt.v5.25338
- Swift, J. K., Callahan, J. L. y Vollmer, B. M. (2011). Preferences. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 155-165. doi: 10.1002/jclp.20759
- Vázquez, C. et al. (2021). Post-Traumatic Growth and Stress-Related responses during the COVID-19 pandemic in a national representative sample: The role of

- positive core beliefs about the world and others. *Journal of Happiness Studies*, <https://doi.org/10.1007/s10902-020-00352-3>
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: models, methods, and findings*. Mahwah, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Wampold, B. E. y Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Nueva York: Roudledge.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. y Ahn, H.-n. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, «All must have prizes». *Psychological Bulletin*, 122 (3), 203-215. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.122.3.203>
- Whiteford, H. A., Harris, M. G., McKeon, G., Baxter, A., Pennell, C., Barendregt, J. J. y Wang, J. (2013). Estimating remission from untreated major depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 43, 1569-1585. doi:10.1017/S0033291712001717

