

**“LA SUPERVISIÓN DE CASOS COMO HERRAMIENTA PARA EL
DESARROLLO DE HABILIDADES TERAPEUTICAS EN PSICOLOGOS
CLINICOS”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

ELOISA JENNIFER AMADOR FLORES

ASESORA: LIC. MARÍA EUGENIA NICOLIN VERA

TLALNEPANTLA DE BAZ, ESTADO DE MÉXICO. MARZO DE 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Lo mejor que he hecho en mi vida está dedicado a ti, eres mi inspiración y mi guía.....me siento orgullosa de ser tu hija... por que en silencio... vives en mí.

“He sido un hombre afortunado;
en la vida nada me ha sido fácil”. Freud.

Por tu entrega con nosotras, tus consejos, tu cuidado, tu cariño y pesar de hacerlo sola, lograste en nosotras un verdadero equipo, una hermosa familia, que amo, y que sé, es incondicional.... sin saberlo me has enseñado lo más valioso de mi vida.... Gracias mamá porque por ti soy...

Angelita y Sarita, les dedico mi trabajo y mi esfuerzo, les dedico todos los logros en mi vida... que sean ejemplo que prueba que las circunstancias aunque parezcan las más desfavorables... siempre pueden ser vencidas....

...porque solas no estamos, estamos juntas...todo esto no lo hubiera logrado sin ustedes....

Las amo.

Encontrarte en mi vida le dio un giro completamente inesperado,
Compartirla contigo me hace verdaderamente feliz...
Estar a tu lado me impulsa a querer y poder ser siempre mejor persona....
Amarte y ser amada por ti...
No tiene palabras (...)
Gracias.

“El agradecimiento
es la memoria del corazón”. Massieu

Agradezco de corazón todo su apoyo y su cariño, el lazo y experiencias que nos une los convierte en mi familia, y eso los lleva a formar una parte muy especial en mi corazón.

Podría llamarlos compañeros de vida, colegas... amigos, no importa, significan más de lo que estas palabras pudieran representar.

Mis queridos amigos, gracias, porque con su apoyo, comprensión, ánimo, sinceridad, sonrisas y silencio, han hecho cualquier carga más ligera.

Mi pensamiento crítico y el deseo de formar parte activa del cambio en este mundo.... Fue formado por su sabiduría. Ser mi guía durante tantos años, reconozco, no ha sido tarea fácil.... sin embargo he llegado hasta aquí impulsada por su esfuerzo y dedicación, gracias.....por enseñarme.

Tu mirada me hacía sentir comprendida, tu compañía me reconfortaba en mis momentos de soledad, tu ligero peso me reconfortaba mientras luchaba contra la levedad....te extraño.

Porque aunque pareciera que estamos unidos sólo circunstancialmente, y que a pesar de parezca que el tiempo o la distancia nos han separado, todas las experiencias que compartimos han marcado mi vida....y con ellas, su rumbo.

ÍNDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	2
I. FUNCIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO.....	5
1.1 Evaluación y diagnóstico.....	7
1.2 Consultoría y terapia.....	11
1.3 Intervención preventiva.....	17
1.4 Investigación.....	17
1.5 Entrenamiento y supervisión.....	18
II. LA FORMACIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO.....	20
2.1 El Plan de Estudios de la Licenciatura en Psicología como aspecto medular en el proceso de formación del psicólogo clínico.....	20
2.1.1 El perfil de ingreso a la Licenciatura en Psicología.....	25
2.1.2 El perfil intermedio de la Licenciatura en Psicología.....	25
2.1.3 El perfil del egresado de la Licenciatura en Psicología.....	26
2.2 El Código Ético del Psicólogo.....	27
III. LA TERAPIA Y LAS HABILIDADES TERAPEÚTICAS NECESARIAS PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN	31
3.1 La relación terapéutica: características de un terapeuta efectivo.....	32
3.1.1 La interacción terapéutica.....	37
3.2 Influencia interpersonal.....	38
3.3 Conducta no verbal.....	41
3.4 Conceptualización y definición de los problemas del cliente.....	42
3.4.1 Definición de los problemas del cliente mediante la entrevista.....	47
3.5 Selección y definición de los resultados deseados.....	49
3.6 Selección de estrategias terapéuticas.....	51
3.7 Evaluación del proceso y resultados de la terapia.....	53
IV. LA SUPERVISIÓN DE CASOS.....	55
4.1 Supervisión de casos: ¿Qué es?	57
4.2 Los temas de supervisión	61
4.3 Técnicas de supervisión.....	65
CONCLUSIONES.....	68

Resumen

Se llevó a cabo un análisis de la relevancia que tiene la labor del psicólogo clínico dentro de la sociedad así como las funciones que realiza durante su intervención, destacando las habilidades necesarias para su adecuada ejecución. Posteriormente se analizó el proceso de formación del psicólogo en México basado en el plan de estudios y perfiles de egreso de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México así como en el Código Ético del Psicólogo y las recomendaciones del CNEIP detectando, que a pesar de que el perfil de egreso busca desarrollar competencias generales el plan de estudios tiene una inclinación por desarrollar más la adquisición de conocimientos teóricos pero no garantiza el desarrollo de habilidades específicas. Se realizó una revisión a las propuestas hechas por diferentes autores sobre las habilidades terapéuticas desde diferentes posturas teóricas, encontrando que existen habilidades que son requeridas de manera general por los diferentes modelos terapéuticos. Por último se realiza una revisión sobre la bibliografía existente sobre la supervisión de casos terapéuticos, su metodología y beneficios, encontrando que a pesar de que no existe información que fundamente una metodología específica para dicha supervisión, los autores coinciden en la relevancia que esta práctica tiene no sólo en la formación de los futuros terapeutas sino incluso en el continuo desarrollo de los ya experimentados.

Introducción

El ser humano es un individuo integrado por tres aspectos fundamentales: el equipo físico-biológico, el aspecto social y por supuesto la parte psicológica, que interactúan constantemente entre sí afectándose una a la otra como consecuencia.

“[La psicología es la ciencia que estudia el comportamiento humano en sus diversas expresiones y contextos por medio de métodos sistemáticos de análisis.] El método científico permite estudiar y explicar fenómenos mediante teorías y leyes (generales y específicas). El comportamiento es considerado como una estructura compleja de respuestas de los individuos ante el medio social, en función de hechos históricos y presentes. La condición, la estructura biológica y los componentes históricos, culturales, de organización, políticos y económicos se conjugan como variables que determinan las acciones del individuo. Dentro del proceso de desarrollo y realización de un grupo o sociedad, el psicólogo, con la ayuda de otros profesionales de las ciencias sociales y naturales, ocupa una función de cierta relevancia: la de orientar y facilitar el crecimiento personal y de la comunidad”. (Harrsch, 1983)

Actualmente la psicología es una disciplina sumamente útil para resolver y mejorar muchos problemas que tiene la complejidad humana. La forma en la que esta ciencia la estudia es observando la conducta y las motivaciones de la misma. El porqué las personas piensan, sienten o actúan de una manera u otra. Es una profesión que por sus características de integralidad se ve vinculada con la salud en varias líneas de acción; dígase el ámbito de la clínica que le permite conocer las alteraciones de la salud del individuo o de la familia; otro tanto a la educación y con ello define con claridad muchos actos conductuales del ser humano.

Siendo esta un área que apoya directamente al individuo en práctica, es indispensable prestar atención a la formación que reciben en su momento los

estudiantes y futuros profesionistas que brindarán como psicólogos clínicos terapia que promueva en sus “pacientes” salud y mejora en su calidad de vida.

“Dado que el psicólogo es una persona antes que un profesional, resulta de primordial interés monitorear y alimentar constantemente el proceso de desarrollo encaminado a la adquisición de una identidad profesional, que se da en el individuo a lo largo de su formación y ejercicio de su profesión como psicólogo” (Harrsch, 1983).

Como refieren Farré y Fullana (2005) sobre la terapia cognitivo conductual como ejemplo de esta clara necesidad y a pesar de que ésta no es patrimonio exclusivo de un determinado tipo de profesional, sin embargo quien la practique deberá recibir una formación específica en las técnicas que va a utilizar, que incluya al menos en estados iniciales, la supervisión de casos por parte de terapeutas expertos, además claro está que posea unos profundos conocimientos de psicología y psicopatología.

Si bien en la actualidad no existe ningún programa universalmente aceptado para preparar a la persona que ha de fungir como terapeuta. En la mayoría de los programas profesionales de psicología clínica se incluye cierto entrenamiento didáctico y práctico en psicoterapia o en modificación del comportamiento. Sin embargo se necesita todavía mayor preparación que asegure un alto nivel de competencia en los egresados de la licenciatura en Psicología de cualquier Plan de Estudios.

“Corresponde a las Instituciones de Educación Superior la responsabilidad de reestructurar el sistema de enseñanza. Cambiar la tradicional enseñanza meramente “informativa” por una enseñanza “formativa”, mediante la cual las personas responsables de ella puedan realmente transmitir el conocimiento y establecer las habilidades necesarias para la solución de situaciones específicas. (...) necesidad de reestructurar el proceso de enseñanza aprendizaje de habilidades y conocimientos teórico- prácticos

que permitan un desempeño óptimo y experto de los profesionales de la psicología en la solución de los problemas que tiene que ver directamente con la adquisición y conservación de la salud". (Benavides, 1992).

Sabemos que corresponde a las Instituciones de Educación Superior la capacitación de sus estudiantes en el desarrollo de las habilidades terapéuticas, pero la realidad indica que éstas necesitan ser supervisadas constantemente con el fin de asegurar el óptimo desempeño del terapeuta.

Es por esto que el objetivo de esta investigación es la exploración y el análisis de fundamentos teóricos que consideren la supervisión de casos como una práctica sustancial para el desarrollo de las habilidades terapéuticas de los psicólogos clínicos.

El presente documento es una tesis teórica a nivel práctica bajo los estándares del Manual de Titulación de la UNAM FESI, siendo de tipo de estudio exploratorio según Sampieri (2004) debido a que tiene por objeto familiarizarse con un tema escasamente estudiado.

I. FUNCIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO

“El experimentador que no sabe lo que está buscando no comprenderá lo que encuentra”.

Claude Bernard.

Es un hecho que hoy en día la sociedad es cada vez más compleja, lo cual conduce al ser humano a desequilibrios o conflictos en la adaptación a su entorno, lo que genera que el psicólogo clínico tenga posibilidades de incidencia en diversos lugares e instituciones desde centros hospitalarios o de readaptación social hasta escuelas. Por lo que, realiza funciones que demandan su formación no únicamente académica, sino un entrenamiento en habilidades que le permitan ayudar a sus semejantes de manera objetiva.

El Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (1992) define al psicólogo como *un profesional universitario cuyo objeto de estudio es el comportamiento humano individual y social, que a partir de la investigación de los procesos cognoscitivos – afectivos y de su interacción con el entorno, es promotor del desarrollo humano, consciente de sus responsabilidades éticas para consigo mismo y la sociedad, siendo su función genérica la de intervenir como experto del comportamiento en la promoción del cambio individual y social desde una perspectiva interdisciplinaria.*

“El perfil del psicólogo clínico se conforma mediante la conjugación de las características de la personalidad y de la preparación académica. En casi todas las carreras profesionales se requiere de esos dos elementos, no obstante, el psicólogo clínico se acentúa, como condición, que sus características de personalidad sean acordes con la función que va a desempeñar siendo en términos generales la de apoyar al hombre a mejorar su calidad de vida. Esto implica una gran responsabilidad y ética profesional, pues ayudar al ser humano requiere de entrega y gran capacidad de servicio”. (Acle, 1992).

Harrsch (1997) describe que para el psicólogo clínico es ámbito de competencia “trabajar para disminuir situaciones que provoquen un déficit en la calidad de vida del ser humano, desde la observación, diagnóstico para la prevención del desarrollo de problemas psicológicos o en su defecto la planeación y evaluación mediante la investigación de técnicas que permitan enfrentar dichos problemas y con ello, mejorar la calidad de vida de las personas”.

Enfoca su actividad a la observación, evaluación y tratamiento de personas o grupos que sufren de problemas emocionales y de adaptación. Su área de interés se concentra en la problemática individual de un sujeto, así como la derivada de su interacción con el ambiente.

Sus funciones profesionales son entonces las de detectar, evaluar, planear, investigar e intervenir (incluyendo esta última prevención, rehabilitación y orientación), mismas que se interrelacionarán al realizarse. En cuanto a las actividades profesionales, habrá algunas que todos los psicólogos deberán realizar independientemente del campo del que se trate y otras específicas y relativas a su campo particular.

Para esta autora, la función del psicólogo clínico en el nivel de licenciatura consiste en identificar, clasificar y analizar problemas en el área de salud mental; evaluar programas encaminados a la prevención y solución de dichos problemas optando por alternativas adecuadas a la realidad nacional. La psicología clínica se aplica directamente en los sectores de la familia, grupos laborales y educativos; de la rehabilitación de delincuentes y sujetos con problemas emocionales, así como la elaboración de programas de salud mental a nivel preventivo.

Barragán, Heredia y Gómez – Maqueo (1992) establecen que aunque sus funciones son variadas, tal variedad se puede concentrar en algunas que son fundamentales agrupándolas en cinco categorías, que son:

- a. Evaluación y diagnóstico.
- b. Consultoría y terapia.
- c. Intervención preventiva.
- d. Investigación.
- e. Entrenamiento y supervisión.

1.1 Evaluación y diagnóstico.

La evaluación consiste en la reunión de información relativa a las muestras de conducta, el funcionamiento cognitivo (del pensamiento) y el estado emocional de las personas, dicha información es sustancial debido a su utilidad en el diagnóstico de problemas psicológicos y la elección de técnicas de intervención y tratamiento así como la elaboración de un perfil psicológico y el establecimiento de una línea-base de conducta con la que comparar cambios postratamiento y otros propósitos. Durante la evaluación, el profesional clínico “clasifica a una persona en términos de los factores psicológicos, físicos y sociales que ejercen la mayor influencia sobre su comportamiento”. (Halgin y Krauss, 2004, p. 82)

Los profesionales clínicos realizan la tarea de evaluar con metas claras en la mente. Estas metas pueden incluir el establecimiento de un diagnóstico para alguien con un trastorno psicológico, la determinación de la capacidad intelectual de la persona, predecir si una persona es adecuada para un trabajo en particular, entre otras. A partir de la demanda del paciente el profesional clínico selecciona las herramientas más apropiadas para llevar a cabo la evaluación, ya que varía dependiendo si el motivo de consulta es por desempeño académico o hasta un conflicto familiar o la pérdida de un ser querido.

“¿Qué es lo que necesita saber un clínico? Por supuesto, lo primero que necesita es identificar el problema. ¿Se trata de un problema coyuntural derivado de algún factor estresante de carácter ambiental (...) una manifestación de un trastorno más permanente, o una combinación de

ambos? ¿Existe alguna evidencia de que se haya producido un deterioro reciente en el funcionamiento cognitivo? ¿Cuánto dura este problema y como se va enfrentado la persona al mismo? ¿Ha solicitado anteriormente algún tipo de ayuda al respecto? (...) ¿Cómo está afectando ese problema a la capacidad de la persona de desempeñar sus papeles sociales? ¿Se ajusta el conjunto de síntomas a alguno de los patrones diagnósticos del DSM – 4 – TR?” (Butcher, Mineka y Holley, 2007).

Los objetivos de la evaluación psicológica incluyen la identificación y descripción de los síntomas de una persona; determinar la gravedad y duración del problema; evaluar los factores causales potenciales; y explorar los recursos personales del sujeto que podrían facilitar el programa de tratamiento.

Dado que muchos problemas psicológicos tienen componentes físicos, ya sea como factores causales subyacentes o como pautas de síntomas, Butcher et al. (2007) destacan la importancia de incluir un examen médico dentro del proceso de valoración psicológica. Sin embargo el tipo de técnicas en evaluación varía en su enfoque y en su grado de estructuración. Existen herramientas de evaluación enfocadas en las estructuras y el funcionamiento del cerebro, otras evalúan la personalidad, e incluso las hay orientadas en el funcionamiento intelectual. Estas herramientas varían, desde aquellas que son muy estructuradas hasta los procedimientos que permiten flexibilidad por parte del examinador.

Halgin y Krauss (2004) describen las siguientes herramientas de evaluación:

1. La entrevista clínica. Consiste en una serie de preguntas administradas en una interacción cara a cara. Esta puede ser abierta o estructurada.
2. Examen del estado mental. Evalúa la conducta y el funcionamiento de un cliente, con particular atención a los síntomas asociados con la perturbación psicológica, dicha evaluación confiere la apariencia y conducta, orientación, contenido del pensamiento, estilo del pensamiento

y lenguaje, afecto y estado de ánimo, experiencias preceptuales, sentido de sí mismo, motivación, funcionamiento cognoscitivo y discernimiento y juicio.

3. Pruebas psicológicas. Estas proporcionan medios adicionales para comprender los pensamientos, conductas y emociones de una persona, dichas pruebas pueden ser de inteligencia, diagnósticas y/o de personalidad.

4. Evaluación conductual. Incluye diversas técnicas de medición basadas en el registro de la conducta del individuo ya sea mediante la observación y/o el autorreporte de conductas, éste último, es un método en el que el cliente proporciona información acerca de la frecuencia de las conductas específicas.

5. Evaluación ambiental. En las escalas de evaluación ambiental se pide a la persona que califique ciertas dimensiones clave relacionadas directamente a su contexto social que se supone influyen en la conducta.

6. Evaluación fisiológica. En la evaluación de los cambios corporales que están asociados con experiencias psicológicas o emocionales, se valoran en especial los cambios en el sistema cardiovascular, los músculos, la piel y el cerebro de una persona.

Resulta muy importante realizar una clasificación adecuada del problema ya que es la base para la elaboración del diagnóstico, identificar el problema ya sea este conductual, cognitivo, emocional o social, de la persona, grupo o comunidad de que se trate. Se comprende como resultado del proceso de evaluación psicológica. En el ejercicio de esa función, el psicólogo clínico habrá de tomar decisiones, entre las que hay que destacar las siguientes:

- ✓ Si se trata de un problema que cae dentro de su competencia o no.
- ✓ Sobre el grado de severidad o gravedad de las primeras informaciones que se ofrecen del problema.
- ✓ Diagnóstico, si procede.
- ✓ Especificación del problema en términos operativos.
- ✓ Indicación del tratamiento.

Es por esto que Butcher et al. (2007) subrayan que la evaluación clínica supone una de las responsabilidades más importantes y complicadas de los profesionales de la salud mental. La medida en que los problemas de una persona pueden llegar a tratarse de manera apropiada depende fundamentalmente de la adecuación con que se haya realizado a evaluación psicológica.

El diagnóstico se enmarca dentro de la evaluación psicológica y supone el reconocimiento de una enfermedad o un trastorno a partir de la observación de sus signos y síntomas. Diagnosticar es explicar y comprender los mecanismos de un obstáculo y enmarcar sus relaciones en un contexto. Así, prevenir es diagnosticar los efectos negativos y pronosticar los positivos a partir de efectuar acciones específicas previamente probadas en sus consecuencias.

El diagnóstico clínico requiere tener en cuenta los dos aspectos de la lógica, es decir, el análisis y la síntesis, utilizando diversas herramientas como la anamnesis, la historia clínica, exploración física y exploraciones complementarias.

Existen diferentes herramientas diagnósticas médicas que son el marco en el que el diagnóstico psicológico se basa para llevar a cabo su exploración, éstas son:

- Síntomas: Son las experiencias subjetivas negativas físicas que refiere el paciente, recogidas por el profesional clínico en la anamnesis durante la entrevista. Por ejemplo, cuando el paciente refiere sentirse sin ánimos de realizar alguna tarea y con sueño durante el día a pesar de haber dormido mucho tiempo (pueden ser síntomas de depresión).
- Signos: Son los hallazgos objetivos que detecta el profesional observando al paciente, por ejemplo la sudoración que puede ser resultado de la ansiedad.
- Exploración física: Consiste en diversas maniobras que realiza el médico sobre el paciente, siendo las principales la inspección, palpación, percusión y auscultación, con las que se obtienen signos clínicos más específicos. Dado que la exploración no es parte de las funciones para

las que el psicólogo clínico se encuentre preparado, esta se puede realizar en colaboración con algún profesional médico.

Todos los síntomas referidos en la anamnesis y los signos observados en la exploración física, son anotados en la historia clínica del paciente.

Es necesario puntualizar que el diagnóstico tiene dos aspectos que deben diferenciarse:

a) Entendido como un estudio técnico, acotado a una serie de entrevistas con un conjunto de instrumentos adaptados al tipo de estudio (entrevista clínica, cuestionario anamnésico, pruebas psicométricas y proyectivas, recopilación de datos, pedido de informe escolar o laboral, entrevistas con familiares, etc.) y el informe diagnóstico a quien lo haya solicitado.

b) Como parte de un proceso terapéutico, punto de partida necesario para seleccionar el tipo de tratamiento adecuado, es la ideología técnica para abordar un tipo específico de cuadro, el entrenamiento en las técnicas y el enfoque psicoterapéutico elegido, evaluación de la situación familiar y socio-laboral del entrevistado y su futura posible incidencia del tipo de terapia elegida.

En este caso el psicodiagnóstico puede incluir o no pruebas especiales y habrá que determinar si las realiza el mismo profesional que conducirá luego el tratamiento. La importancia del diagnóstico radica en que la acción preventiva eficaz depende directamente del diagnóstico que la sustente.

1.2 Consultoría y terapia.

Comprendiendo que toda intervención supone algún tipo de relación interpersonal y situación social. Estas formas de ayuda pueden denominarse psicoterapia, terapia o modificación de conducta, terapia cognitiva (o cognitivo-conductual), terapia sistémica, terapia existencial (fenomenológica o humanística), consejo o asesoramiento psicológico, o puede todavía reconocerse con otros nombres dependiendo de la orientación y preferencia del clínico. El tratamiento supone intervenciones clínicas con el objeto de entender,

aliviar y resolver trastornos psicológicos, este puede ser en aplicación individual, en pareja, o en grupo, y ser llevado por uno o más psicólogos constituidos en equipo.

Las perspectivas teóricas influyen en la forma en que los profesionales clínicos y los investigadores interpretan y organizan sus observaciones acerca de la conducta, aunque para Halgin y Krauss (2004) en la práctica real los profesionales clínicos expertos no se apegan de manera estricta a una perspectiva teórica, sino que integran técnicas y perspectivas de diversos modelos ya que la mayoría de los trastornos tienen un conjunto complejo de causas, lo que obliga a un tratamiento multidimensional.

Para fines de este proyecto el término de terapia será comprendido como Butcher et al. (2007) definen el tratamiento psicológico; ellos consideran que éste tiene como objetivo *la reducción de la conducta patológica mediante estrategias psicológicas, intentando modificar la conducta inadaptada, minimizando o eliminando las condiciones ambientales estresantes, conduciendo las emociones negativas, incrementando las competencias interpersonales, solucionando conflictos personales, modificando suposiciones inadecuadas sobre uno mismo, promoviendo una autoimagen más positiva.*

Se han estimado que existen varios centenares de estrategias terapéuticas, que varían desde el psicoanálisis hasta la meditación Zen. Sin embargo, el tiempo que vivimos exige que se demuestre empíricamente la eficacia de cada tratamiento. Por lo que a continuación se describirán brevemente algunos de los enfoques de tratamiento psicológicos que consideran los mayormente utilizados en la actualidad.

a) Terapias de conducta.

Ésta supone un tratamiento directo y activo que reconoce la primacía de la conducta, el papel del aprendizaje y la importancia de la evaluación, centrada sobre la problemática actual y con una estrategia de tratamiento que consigue resultados en períodos de tiempo muy breves, debido a su orientación

específica a síntomas concretos. Existen diferentes tipos de terapias de conducta como son:

- Terapia de exposición. Frecuentemente utilizada para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, bajo la hipótesis de que si la ansiedad es algo que se aprende, también puede desaprenderse. Durante esta terapia el paciente se enfrenta con el estímulo que le produce temor, ya sea mediante la desensibilización sistemática de forma lenta, gradual y controlada, o mediante la inmersión, de manera brusca.
- Terapia aversiva. Consiste en modificar la conducta indeseable mediante el método del castigo. Existen diversas variantes como la utilización del antabuse, o el autocastigo con un elástico en la muñeca en el momento en el que la tentación de llevar a cabo la conducta no deseada se presenta. Otra variante es la sensibilización encubierta que intenta inducir sentimientos desagradables como disgusto o temor, asociándolos con los estímulos tentadores.
- Modelado. Fundamenta en aprender una serie de habilidades, imitando a otra persona, una figura de autoridad o el propio terapeuta.
- La utilización sistemática del reforzamiento. Mediante el reforzamiento positivo se establece mediante aproximaciones progresivas una respuesta que no se encontraba inicialmente en el repertorio conductual del sujeto.
- Economía de fichas. Utilizada para establecer conductas adaptativas, se paga a una persona por la conducta esperada realizada y posteriormente puede utilizar estas fichas para intercambiarlas por objetos o actividades deseadas.

b) Terapias cognitivo conductuales.

Procedente de la psicología cognitiva (con su énfasis en el efecto del pensamiento sobre la conducta) y del conductismo (con su rigurosa metodología y su orientación hacia la conducta observable. Por lo que en esta terapia siempre hay dos temas principales: la convicción de que los procesos cognitivos influyen sobre las emociones, la motivación, la conducta y la utilización de técnicas cognitivas y de modificación de conducta de manera muy pragmática. Algunas de estas son:

- Terapia de conducta racional emotiva. Uno de los primeros desarrollos de la terapia cognitiva de orientación conductual, en la que la T.R.E. intenta modificar los procesos de pensamientos inadaptados de un paciente, sobre los que supone que se basan en las conductas emocionales inadaptadas. Su tarea consiste en reestructurar el sistema de creencias y la autoevaluación de la persona.
- Terapia de inoculación del estrés. Tipo de entrenamiento y auto-instrucciones que intenta alterar las auto-afirmaciones que una persona hace de manera habitual en situaciones de estrés. La estrategia orienta a la reestructuración de tales afirmaciones, de manera que sea posible mejorar el funcionamiento del estrés y así ayudar a las personas a afrontar situaciones que pudieran provocarles ansiedad.
- Terapia cognitiva de Beck. Originalmente desarrollada para el tratamiento de la depresión, ampliada posteriormente a los trastornos de ansiedad, trastornos de alimentación y la obesidad, el trastorno de conducta en los niños, trastornos de la personalidad y abuso de sustancias, bajo un supuesto básico de que ciertos problemas como la depresión proceden de una manera ilógica de pensar que los pacientes tienen respecto a sí mismos, el mundo en que viven y su futuro.

c) Terapias humanistas.

Basada en el supuesto de que las personas tenemos libertad y responsabilidad para controlar nuestra propia conducta. Bajo esta premisa el paciente debe

adoptar la mayor parte de la responsabilidad en la orientación de la terapia, siendo que el terapeuta únicamente actúa como consejero y guía. Las terapias humanistas más destacadas son:

- Terapia centrada en el cliente. Se centra en el poder natural del organismo para sanarse a sí mismo, considerándose como un proceso de eliminación de las restricciones que van apareciendo progresivamente, procedentes de exigencias poco realistas que las personas realizamos sobre nosotros mismos, cuando creemos que no debemos tener cierto tipo de sentimientos. El objetivo fundamental de esta terapia es resolver esta incongruencia ayudando a los pacientes a ser capaces de aceptarse y a ser ellos mismos.
- Terapia existencial. Destaca la importancia de la situación humana tal y como la percibe un individuo. Así pues, se centra en la experiencia fenomenológica de la persona, y no en una noción de la realidad objetiva. Además de ser auténtico, la tarea fundamental del terapeuta consiste en conseguir que los pacientes respondan con autenticidad a las ineludibles relaciones ínter subjetivas con los demás.
- Terapia de la Gestalt. Esta terapia, como su nombre lo indica: totalidad. Destaca la unidad de la mente y el cuerpo, situando el énfasis en la necesidad de integrar el pensamiento, el sentimiento y la acción, su objetivo radica en enseñar a los pacientes a reconocer sus procesos corporales y las emociones que habían estado bloqueando para que no penetraran en la conciencia.

d) Psicoanálisis.

La estrategia más antigua es el psicoanálisis clásico, tiene su origen en el trabajo de Sigmund Freud hace ya un siglo. A pesar de que existan teorías que refutan el hecho de que el psicoanálisis como tal sea terapéutico, es a partir de esta tradición psicoanalítica que se han desarrollado diversas variantes terapéuticas, diferenciadas del psicoanálisis clásico o freudiano en aspectos como el papel de los impulsos psicosexuales primitivos sobre la dinámica de la

personalidad. Muchas de las nuevas formas psicodinámicas de tratamiento destacan la manera en que los procesos interpersonales se ven afectados por las primeras interacciones con otras personas significativas.

En este enfoque, los síntomas histéricos y neuróticos tienen su origen en conflictos inconscientes que, aunque ajenos por completo al consciente, luchan por emerger a la conciencia, por lo que su objetivo es vencer las resistencias para que el analizado acceda a las motivaciones inconscientes de sus sentimientos, actitudes o conductas.

La “regla fundamental” de la técnica psicoanalítica es la asociación libre, en la que el analista introduce al paciente en la técnica solicitándole que le comunique todos los pensamientos, ocurrencias, ideas o imágenes que se le pasen por la mente, independientemente de que estos le parezcan absurdos, irrelevantes o comprometedores.

Como se puede observar se han desarrollado muchos tipos de tratamiento psicológico a través del tiempo y las culturas para los diversos trastornos que existen, pero podemos encontrar en la mayoría sino es que en todos, que parten de la idea básica de que las personas pueden cambiar mediante el aprendizaje de nuevas formas más adaptadas de percibir, evaluar y actuar.

Los objetivos del tratamiento, previamente convenidos con el cliente o paciente, pueden concretarse en la solución de un problema específico, proponerse la reconstrucción de la personalidad, o algún propósito entre estos dos extremos. Igualmente, además del interés en el entendimiento, el alivio de la solución de un trastorno dado, la actuación del psicólogo clínico puede incluir la prevención de problemas mediante la intervención en instituciones, contextos y ambientes, así como la intervención centrada en personas con riesgos o en toda una comunidad.

Aunque la duración del tratamiento depende de la orientación y enfoque o perspectiva teórica del clínico, se puede mencionar que por lo general se encuentra entre cinco y cuarenta sesiones ya sea una o dos por semana, aunque también pueden ser tan corto como una sesión y tan largo como que

lleve varios años; a su vez el tiempo más frecuente de una sesión está entre media y una hora, pero igualmente puede variar según las circunstancias y la naturaleza de la terapia.

En cuanto al formato de las sesiones, pueden ir desde una relación colaboradora altamente estructurada hasta interacciones menos estructuradas, así como consistir en construcciones sistemáticas de nuevas conductas, en la promoción de manifestaciones emocionales y en toda una variedad de maneras, incluyendo las aplicaciones fuera de la clínica en contextos de la vida cotidiana.

1.3 Intervención preventiva.

El término prevención es de origen latino y hace referencia a la acción y efecto de prevenir. Relaciona dos conceptos previos: de una parte hace referencia a la preparación o a la acción anticipada; y de otra, tiene como objetivo el evitar males o daños inminentes. Se habla de tres niveles de prevención relacionados a la salud, siendo éstos prevención primaria, secundaria y terciaria.

Rodríguez Marín (1995) describe que por prevención primaria, se entiende prevenir la enfermedad o el daño en personas sanas sin entrar en detalle del procedimiento de prevención. Siendo que en la mayoría de los casos hace referencia a trabajos de detección de enfermedades o de indicadores de riesgo.

En cuanto a la prevención secundaria, establece que se refiere a todo tipo de actuaciones que se realizan para impedir la enfermedad o el daño pero con referencias a una determinada población que tiene mayores riesgos.

Finalmente explica que por prevención terciaria se entiende aquellos tipos de actuaciones en los que se interviene cuando la enfermedad esta incipiente, en la que aparecen los primeros síntomas y se *previenen estados más avanzados de la enfermedad.*

Esta función recoge fundamentalmente el trabajo de intervención comunitaria de los psicólogos comunitarios. Sus funciones preventivas y promotoras de salud se centran en incrementar el nivel de conocimientos de las personas en situación de riesgo de la comunidad sobre factores de inseguridad fomentando y promoviendo los hábitos de salud en la población general.

1.4 Investigación.

El psicólogo, tanto por tradición histórica como por formación facultativa, está orientado a la investigación. De hecho, esta actividad es una característica del psicólogo en relación con los demás profesionales de la salud y así, la investigación ha llegado a constituir una contribución reconocida en el contexto clínico y de intervención comunitaria. (Bricht, S., 1973)

Actualmente, las investigaciones que el psicólogo clínico realiza, contienen la ventaja de que se pueden llevar a cabo en los propios contextos aplicados, como en el consultorio y llevándose en laboratorios disponiendo de mejores condiciones para estudios controlados con el uso de las tecnología avanzadas.

Como describen Trull y Phares (2003) las áreas de investigación por parte del psicólogo clínico incluyen desde la construcción y validación de pruebas hasta el estudio del proceso y del resultado de distintos tratamientos psicológicos, desde la determinación del valor pronóstico de determinadas variables hasta la comprobación de la viabilidad de profesionales como terapeutas, desde el análisis de contextos infantiles o geriátricos hasta la evaluación o experimentación neuropsicológica o psicofísica, por señalar algunas de la gran variedad de áreas de investigación.

Asimismo recalcan que dicha orientación a la investigación del psicólogo en el marco de la salud tiene importancia, al menos por las tres siguientes razones: por un lado, permite evaluar críticamente la gran cantidad de investigaciones que de continuo se publican, para discriminar posibles nuevas aportaciones y determinar qué procedimientos de evaluación e intervención terapéutica sean más adecuados para sus clientes. Por otro lado, es una condición para evaluar

la efectividad de su propio trabajo, de modo que se eviten prácticas ilegítimas clínicamente sostenidas por la inercia más no por un órgano legal y ético que promueva una mejor actuación profesional. Finalmente, constituye una dotación facultativa con la que se contribuye al trabajo en equipo en diversos contextos.

1.5 Entrenamiento y supervisión.

La dedicación al entrenamiento, enseñanza y formación a otros en tareas clínicas y de la salud, tiene varias modalidades. El psicólogo puede estar total o parcialmente dedicado a la enseñanza tanto en cursos de graduación facultativa como de postgrado, en áreas de personalidad, psicopatología, evaluación clínica, psicodiagnóstico, terapia o modificación de conducta, psicoterapia, técnicas de intervención y tratamiento, intervenciones comunitarias, diseño de investigación y otras.

Stumphauzer, (1983) explica que la supervisión de un practicante es un tipo especial de enseñanza en la que el psicólogo clínico aporta su experiencia profesional a la formación de estudiantes. El modelo consiste, por lo general, en que el estudiante asista a las sesiones que se estimen convenientes y viables o incluso realice alguna tarea con el cliente y se reúna entre sesiones con el supervisor. En todo caso, el cliente siempre conoce la condición de estudiante en prácticas y que el responsable es el supervisor. Esta supervisión puede ser individual o en pequeños grupos. Asimismo, son usuales también otras tareas en que se muestre al estudiante la práctica profesional, tales como la aplicación, corrección y valoración de pruebas o la aplicación de ciertas técnicas, así como la asistencia a sesiones clínicas. Es obvio también que el estudiante está obligado a la confidencialidad en el mismo sentido que el clínico.

Otra forma de enseñanza o supervisión es la ayuda prestada a solicitud de estudiantes y de graduados que plantean o llevan a cabo determinada investigación. Esta labor va desde la orientación bibliográfica y el consejo para que el diseño responda a lo que se quiere saber, hasta la introducción en las habilidades como investigador. La tarea del supervisor en este sentido ha de

ser tal que preste una ayuda relevante sin convertir al solicitante en un mero ejecutor de sus ideas.

Ruiz y Cano (n. d.) infieren que algunas orientaciones clínicas como la terapia o modificación de conducta, incluyen a menudo la formación de no profesionales de la psicología en principios y técnicas de análisis y modificación de conducta. Esta enseñanza puede ir dirigida, bajo control y supervisión del psicólogo, al propio paciente formando parte del contexto terapéutico cuando la relación clínica implica la ayuda a la gente para aprender nuevas maneras de comportarse en la vida cotidiana.

Finalmente se puede resumir que la función del psicólogo clínico consiste en la prevención, diagnóstico y tratamiento de los trastornos y/o problemas relacionados que afecten los aspectos psicológicos, físicos y sociales del paciente que acude a él con el objeto de mejorar su calidad de vida.

II. LA FORMACIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO

“Como todos los soñadores,
confundí el desencanto con la verdad”. Sartre

En 1995, la Organización Mundial de la Salud (OMS) identificó la alta prevalencia de los trastornos mentales entre la población mundial, hablando de trastornos severos, aquella es de 300 millones de personas en el mundo anualmente. Asimismo la OMS ha reportado que “(...) entre el 11 y el 46% de las personas que asisten a consulta con el médico general, presenta como problema principal desórdenes de tipo psicológico”.

“La gran mayoría de estos padecimientos, cuando son detectados en forma temprana y oportuna, tiene un buen pronóstico. Cuando no ocurre esto, se presentan complicaciones y secuelas con alto costo social, familiar y/o individual, incluyendo el suicidio.” (Gaytán, 2005).

Como necesidad de respuesta e intervención ante dichas situaciones, la formación profesional del psicólogo es significativamente trascendental. Por lo que el diseño curricular concreto del plan de estudios de cualquier licenciatura en psicología, deberá en su estructura y organización, como lo menciona el H. Consejo técnico de la facultad de psicología de la UNAM. (2008): “(...) permitir la incorporación de los avances de la disciplina psicológica, el desarrollo y diversificación de sus ámbitos de ejercicio y práctica profesional, así como la aparición de nuevos modelos de enseñanza de habilidades o destrezas personales”.

2.1 El Plan de Estudios de la Licenciatura en Psicología como aspecto medular en el proceso de formación del psicólogo clínico

Los planes de estudios se elaboran y aprueban por las universidades, en la forma que determinan sus estatutos o normas de organización y funcionamiento, previa autorización de su implantación por el órgano

competente de la respectiva comunidad autónoma. Deben ajustarse a las directrices generales comunes y a las directrices generales propias que el gobierno establezca para cada título y se homologan de acuerdo con la normativa vigente al respecto.

El plan de estudios ha de estar diseñado de tal forma que contemple la formación, preparación y entrenamiento de futuros profesionales mediante la aplicación de un método investigativo general y de los métodos y normas particulares de las diferentes disciplinas, con responsabilidad y conciencia de su incidencia en la sociedad.

El Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (1992) sugiere que los planes de estudio sean coherentes tanto interna como externamente, buscando su vinculación con la satisfacción de las necesidades sociales y profesionales del país; así mismo, debe hacerse un mayor acento en los aspectos prácticos y de intervención de la profesión.

Recomienda las siguientes acciones con el fin de aprovechar la experiencia acumulada por las distintas universidades miembros del Consejo Nacional en la formación de psicólogos adecuados a las necesidades del país:

1. Integrar los programas para la formación del psicólogo no sólo en términos de la demanda del mercado, sino especialmente, de las necesidades regionales y nacionales.
2. Derivar de estos programas de estudio de objetivos profesionales precisos en función de las necesidades sociales.
3. Realizar investigaciones para detectar las necesidades a que debe responder el psicólogo en su actividad profesional y aprovechar los trabajos de tesis e investigación realizados por los alumnos en el campo, para este efecto.
4. Promover la cooperación del psicólogo con los profesionales de otras disciplinas, para crear en ellos una actitud interdisciplinaria en su profesión.
5. Diseñar sistemas de evaluación curricular en función de los objetivos de los programas.

6. Dar énfasis, en las licenciaturas, al entrenamiento de los psicólogos en la práctica profesional y profundizar en los aspectos de investigación y de especialización en los niveles de posgrado.
7. Promover el desarrollo de la investigación tecnológica y aplicada de la psicología.

El qué y el cómo de la preparación del profesional licenciado en Psicología fueron trabajados por los cuerpos colegiados que sustentan el Examen General de Egreso de la licenciatura en Psicología del Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior (CENEVAL), a partir de investigaciones realizadas por agencias externas e internas a este centro, precisando el contexto formativo en el que se ha intentado desarrollar las competencias académico profesionales (conocimientos, habilidades, actitudes y valores) que todo psicólogo recién egresado debe mostrar como resultado de su formación universitaria.

Tales competencias son reconocidas como aquellas esenciales que cubren un rango amplio de actividades, mismas que al ser transferibles constituyen la respuesta al conocimiento de que las demandas del campo laboral están constantemente siendo modificadas y que le permitan al egresado ejecutar de manera más eficiente dichas actividades.

Curiel, (1962) basado en resultados de investigaciones sobre competencias profesionales en diversas disciplinas, identificaron que la preparación en el campo profesional implica, al menos, siete competencias clave:

- Conceptual: dominio de fundamentos teóricos de la disciplina.
- Metodológica: comprensión y utilización de los fundamentos que subyacen las estrategias, procedimientos e instrumentación requeridos para resolver las demandas planteadas en los campos profesionales.
- Técnica: selección y aplicación de procedimientos e instrumentación psicológica.
- Integrativa: combina los fundamentos teóricos con las habilidades técnicas requeridas por las funciones básicas de la práctica profesional.

- Adaptativa: Anticipa y se ajusta a los cambios importantes que afecten al quehacer profesional y todas aquellas competencias relacionadas con la socialización dentro y fuera de la organización.

Se reconoce que la preparación de los psicólogos debe tener como propósito sustancial la formación integral de profesionales de alto nivel en las áreas de Psicología requeridas, no sólo para cumplir las demandas de formación de cuerpos teóricos y científicos sino, también, para satisfacer demandas sociales y culturales de una sociedad que exige a las instituciones de educación superior la producción de cuadros de profesionales e investigadores capaces de resolver problemas, generar conocimiento y tecnología propios, con un fuerte compromiso social.

Para esta investigación se eligió como modelo el plan de estudios de la licenciatura en Psicología el de la Universidad Nacional Autónoma de México por su prestigio y trayectoria, siendo que por tercer año consecutivo la UNAM se ubica en el primer lugar de la tabla general de mejores universidades, ranking realizado a más de cien universidades del país, obteniendo también la posición número uno en las encuestas a empleadores y académicos. (Aquevedo, 2009)

La Licenciatura en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, reconoció la necesidad de modificar el mismo, teniendo en cuenta cuatro aspectos fundamentales: la demanda de los empleadores, el estado del arte¹ en cada una de las áreas de la psicología, las características y necesidades del país en los próximos veinticinco años y la imperante necesidad de establecer una relación estrecha entre la teoría y la práctica.

Dicho plan pretende reflejar la vigencia e innovación disciplinaria y educativa, con ello continuar manteniendo un lugar preponderante en la comunidad

¹ En la bibliografía consultada se encuentra la palabra "arte" empleada para describir una habilidad o destreza específicas, mismo término se utiliza a lo largo de esta investigación.

nacional tanto en la docencia, la investigación y la difusión del conocimiento, como en la calidad profesional de cada uno de sus egresados. El H. Consejo técnico de la facultad de psicología de la UNAM (2008) menciona que se espera lograr la construcción de competencias generales y específicas de los egresados en la licenciatura en psicología, que integren desde perspectivas inter y multidisciplinarias una diversidad de conocimientos, habilidades, actitudes y valores, que se construyan en concordancia con el contexto histórico, cultural, económico y político, en los planos local, nacional e internacional, atributos que permitirán responder a las diversas problemáticas sociales tanto nacionales, como regionales y globales que entran en el campo de injerencia de la actuación profesional del psicólogo.

Fue por ello que a partir del objetivo general de la licenciatura en psicología la meta de la propuesta de modificación del plan de estudios, propuso que:

“(…) la formación en la licenciatura sea capaz de promover, mediante el aprendizaje del estudiante en las diversas asignaturas que conforman a la propuesta de modificación del plan de estudios (…) el compromiso permanente con la formación profesional en términos de: actualización, innovación y desarrollo personal. El egresado de la Licenciatura en Psicología deberá ser capaz de aplicar, interactuar, adecuar y crear y gestar cambios y comunicarlos en el ejercicio profesional. (H. Consejo técnico de la facultad de psicología de la UNAM. 2008)”.

En dicha propuesta, el H. Consejo Técnico de la Facultad (2008) establece como objetivo general de la Licenciatura en Psicología *formar profesionales de la psicología que posean una visión sólida, actualizada, plural y crítica de diversos campos de conocimiento e intervención profesional de la disciplina, que puedan participar en la atención de necesidades de solución de problemas psicológicos en una diversidad de contextos y escenarios sociales, que trabajen colaborativamente en equipos multidisciplinarios y cuya actuación se caracterice por la alta calidad de su desempeño profesional, su compromiso social, su capacidad de innovar procesos de intervención e investigación, así como de continuar de forma permanente su propio proceso formativo.*

2.1.1 El perfil de ingreso a la Licenciatura en Psicología

Al ingresar a la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Psicología de la UNAM es deseable que los alumnos posean una mentalidad analítica, dinámica y crítica; que sean capaces de obtener, jerarquizar y validar información, utilizando instrumentos clásicos y tecnologías actuales así como mostrar interés por la importancia de contextualizar tanto el conocimiento, como los problemas que se estudian, asimismo que tengan sensibilidad social y actitud de servicio; asimismo deberán cumplir con lo establecido en los artículos 2°, 4° y 8° del Reglamento General de Exámenes de la UNAM.

2.1.2 El perfil intermedio de la Licenciatura en Psicología

En función de la trayectoria que sigue el alumno durante sus estudios al finalizar el sexto semestre de la licenciatura, el estudiante:

1. Integra y articula los conocimientos teóricos y metodológicos que abordan los siguientes campos de aplicación profesional de la psicología:

- Psicología de la Educación
- Procesos Psicosociales y Culturales
- Psicobiología y Neurociencias
- Ciencias Cognitivas y del Comportamiento
- Psicología de la Organización
- Psicología Clínica y de la Salud

2. Tiene la habilidad necesaria para seleccionar y adaptar instrumentos de evaluación psicológica; analiza cualitativa y/o cuantitativamente la información capturada; interpreta situaciones y circunstancias del entorno. Interviene en el diseño, desarrollo y aplicación de programas terapéuticos, de organización, sensibilización, capacitación, educacionales y comunitarios. Evalúa su intervención, reporta hallazgos e investiga, aplicando métodos pertinentes para

generar conocimientos y alternativas de solución a las problemáticas de la disciplina.

3. Analiza desde una perspectiva teórica-metodológica específica las interacciones, organizaciones y sistemas sociales, económicos y culturales que intervienen en la problemática psicológica. Analiza, de manera fundamentada, las relaciones de causalidad que intervienen en la existencia del problema a resolver.

4. Realiza actividades académicas, prácticas y profesionales de manera independiente o en grupo, reconoce la importancia del trabajo intra e interdisciplinario.

5. Es y será cuidadoso para hacer, desde un marco fundamentado y normativo, juicios, predicciones o generalizaciones, que eviten la toma de decisiones apresuradas, con información y resultados insuficientes o parciales de su intervención, prácticas o investigaciones.

2.1.3 El perfil del egresado de la Licenciatura en Psicología

En el plan de estudios de la licenciatura en Psicología de la UNAM el 4º semestre de la Licenciatura en Psicología, el estudiante:

1. Comprenderá y analizará los principios científicos y los conceptos fundamentales de la historia y la filosofía de la psicología, así como los de las tradiciones de pensamiento psicológico: comportamiento y adaptación, cognoscitiva, psicobiológica, psicodinámica y la evolución de los procesos psicológicos que subyacen al comportamiento humano.

2. Conocerá y analizará los métodos de investigación cuantitativos y cualitativos y las técnicas de medición y evaluación psicológica, propios de las ciencias naturales y sociales.

3. Tendrá la habilidad necesaria para observar, identificar, recolectar datos, analizar y comunicar las condiciones y características en las que se desarrolla una problemática psicológica.

4. Se adecuará críticamente a las condiciones cambiantes del contexto, reconociendo la pluralidad y los valores propios de la disciplina asumiendo una identidad profesional y universitaria.

El egresado de la Licenciatura en Psicología del plan de estudios de la UNAM cuenta con un conjunto de conocimientos, teórico-conceptuales significativos de las tradiciones de pensamiento psicológico, así como el dominio actualizado de los aspectos metodológicos cuantitativos y cualitativos y las técnicas propias de al menos dos campos de aplicación profesional correspondientes a Ciencias Cognitivas y del Comportamiento; Procesos Psicosociales y Culturales; Psicobiología y Neurociencias; Psicología Clínica y de la Salud; Psicología de la Educación; Psicología de la Organización.

También hace referencia a las habilidades que deberá desarrollar el egresado de la Licenciatura en Psicología, ya que deberá poder interpretar y diagnosticar rasgos, situaciones y circunstancias en que se desarrolla un actividad o problemática psicológica tanto a nivel individual, grupal y colectivo, utilizando distintas teorías y seleccionando, construyendo y adaptando instrumentos apropiados, interviniendo en la prevención, mejoramiento, estabilidad y transformación de los problemas psicológicos a nivel individual, grupal y colectivo, evaluando su desempeño a través del impacto, cambios y resultados obtenidos, comunicando de forma efectiva a profesionales, usuarios y público en general los resultados de sus intervención profesional y de investigación.

2.2 El Código Ético del Psicólogo

Como parte integral de la preparación del estudiante en psicología, el código ético, establece la norma del ejercicio de la profesión cuyos objetivos son la protección de los usuarios de servicios psicológicos, la regulación del ejercicio profesional, científico y académico de la clase psicológica en México y ofrecer

métodos de investigación que validen suficientemente las normas propuestas por el propio código, garantizando su innovación permanente. Así como establecer los principios generales del ejercicio psicológico en México y vincularlo con las normas que se generan a partir de la práctica, apoyar a la mayoría de las áreas de aplicación de la psicología y ofrecer apoyo al psicólogo tanto en la toma de decisiones como para educar a terceros que le solicitan acciones contrarias a los principios que rigen su comportamiento.

El código ético del psicólogo pretende:

1. Enunciar claramente las normas de conducta prescritas.
2. Enunciar valores morales.
3. Basarse en casos reales que reflejen la práctica profesional actual.
4. Permanecer abierto a la renovación constante, según los avances técnicos y científicos lo dispongan.

La Sociedad Mexicana de Psicología (2002) establece que pertenecer a esta sociedad, obliga a sus afiliados a adherirse a su código ético y que los psicólogos y estudiantes sean afiliados o no, deben estar conscientes de que, en su caso, cualquier comité o comisión de arbitraje ético que incluya la participación de la SMP y las normas éticas que en el Código Ético se aplican a todos los psicólogos, hombres y mujeres. Por lo que el código ético, es una línea substancial para la formación del futuro psicólogo clínico.

“El psicólogo asume la responsabilidad de actuar en el desempeño de sus actividades profesionales, académicas y científicas bajo un criterio rector, que es garantizar en todo momento el bienestar de todos aquellos individuos, grupos u organizaciones que requieren de sus servicios. Por tanto se adhiere a los principios de respeto a los derechos y dignidad de las personas, cuidado responsable, integridad en las relaciones y responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad.” (SMP, 2004).

Este código ético se aplica a toda actividad que desempeña el psicólogo, como parte de sus funciones académicas, científicas y profesionales. Refiriéndose a funciones Psicológicas por naturaleza, propias de su trabajo las siguientes:

1. Práctica clínica o consejo psicológico
2. Diagnóstico
3. Investigación
4. Enseñanza
5. Supervisión de personas en adiestramiento
6. Desarrollo y construcción de instrumentos de valoración
7. Conducción de valoraciones
8. Testimonio e informe forense
9. Consejo educativo
10. Evaluación de individuos o sistemas
11. Consultoría organizacional
12. Intervención social, educativa, preventiva o terapéutica
13. Administración, consejos o declaraciones en los medios

Sobre la competencia y honestidad del psicólogo el Código Ético establece que en el caso de los servicios, la enseñanza y la investigación el psicólogo podrá desempeñarse en estas sólo después de haber acreditado los estudios, recibido el entrenamiento o supervisión y/o consultado a las personas competentes en aquellas áreas o técnicas, siendo responsable de la conducción ética de la investigación que realiza o la de otras personas bajo su supervisión o control.

En cuanto a la calidad de las intervenciones psicológicas, este código dictamina que el psicólogo efectúa solamente las intervenciones para las cuales posee la ecuación, formación, o experiencia supervisada, y la pericia necesarias. En el caso de los estudiantes de psicología y alumnos proporcionará la supervisión adecuada, y asumirá la responsabilidad de tales intervenciones.

De la calidad de la enseñanza / supervisión e investigación, el Código Ético enuncia que el psicólogo responsable de los programas de formación y entrenamiento debe asegurarse que éstos se diseñen de manera competente, provean las experiencias adecuadas y reúnan los requisitos para el otorgamiento de la licencia, títulos, grados, certificados, diplomas y algún otro documento. Cuando enseña, forma o entrena, el psicólogo ayuda a sus discípulos a adquirir conocimientos, habilidades, actitudes y aptitudes que garanticen su buen desempeño profesional futuro, proporcionando la información y supervisión debida a sus empleados o supervisados, y tomando las medidas necesarias para asegurar que tales personas desempeñen los servicios razonable, competente y éticamente.

También manifiesta que el psicólogo evalúa a los estudiantes y supervisados con base en su desempeño real en cuanto a los requisitos establecidos y relevantes del programa, así como un proceso adecuado de retroalimentación, entre otros.

La formación del psicólogo a pesar de que se encuentra prescrita en una enseñanza predominantemente teórica, es durante el proceso de práctica supervisada que asegura que el vínculo entre la formación teórica y la exigencia en la praxis sea congruente con el objetivo del plan de estudios por lo tanto de su profesión. Durante la formación de las competencias profesionales del psicólogo, el conocimiento y desarrollo de sus habilidades garantiza el desarrollo eficaz de su experiencia.

III. LA TERAPIA Y LAS HABILIDADES TERAPEÚTICAS NECESARIAS PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN

“El artista no ve las cosas tal como son,
sino como él es”. Alfred Tonnelle.

Los orígenes de la psicología son filosóficos, fisiológicos y metodológicos; influida por la teoría de la evolución al hacerse preguntas acerca de la herencia y el medio sobre las diferencias individuales y del comportamiento animal, su aplicación surge en los Estados Unidos a comienzos del siglo XX. Siendo hacia el final de la segunda guerra mundial, que ya se había extendido y convertido en una gran profesión.

Al pasar de la cátedra filosófica al laboratorio, atravesó por un período de teorías, caracterizado por posiciones conceptuales que contribuyeron a que la nueva ciencia buscara alguna simplificación en un mundo de complejidad. Hoy en día la psicología es más ecléctica, ya que no se ajusta a algún marco teórico rígido ya que las diferentes escuelas o corrientes psicológicas han apuntado lo necesario para continuar con el estudio del comportamiento humano.

Entender la conducta en toda su diversidad ha sido una gran tarea para la psicología. Los primeros psicólogos así como los contemporáneos, han podido observar y estudiar partes relativamente reducidas de la realidad total. Algunos psicólogos, o grupos de ellos, se han impresionado por la importancia de ciertos aspectos limitados de la conducta hasta el punto de inclinarse a interpretar todo fenómeno psicológico de acuerdo con sus propios intereses. A estas interpretaciones se les llama sistemas o enfoques psicológicos. Algunos de estos, se han desarrollado como consecuencia de grandes innovaciones metodológicas, siendo la terapia parte importante de su desarrollo. Sin embargo para fines de esta investigación, el enfoque sobre el cual se tomara mayor punto de referencia será el del modelo cognitivo conductual.

Para Caballo (1991) la terapia es una forma de intervención psicoterapéutica en la que destaca de forma prominente la reestructuración cognitiva¹, la promoción de una alianza terapéutica colaborativa y métodos conductuales y emocionales asociados mediante un encuadre estructurado. Su hipótesis de trabajo es que los patrones de pensamiento, llamados distorsiones cognitivas, tienen efectos adversos sobre las emociones y la conducta y que, por tanto, su reestructuración, por medio de intervenciones psicoeducativas y práctica continua, puede mejorar el estado del consultante.

El consejo y la terapia han sido equiparados con el “arte”, en tanto que un consultor habilidoso es equivalente a un maestro artesano, alguien que ha adquirido y dominado destrezas básicas específicas, junto con un modo de expresión individual que confiere a la habilidad de una forma única. Los virtuosos dominan estas pericias primordiales y las características más técnicas y complejas del mismo, por lo que es necesario que los psicólogos refinen este en el consejo mediante la adquisición y empleo de varias técnicas fundamentales asociadas a la terapia.

3.1 La relación terapéutica: características de un terapeuta efectivo

En la actualidad es aceptado por personas que tiene diferentes orientaciones teóricas para el consejo terapéutico, que la relación terapéutica es una parte muy importante dentro del proceso. Cormier y Cormier (2000) describen la opinión de Brammer, Shostrom y Abrego sobre lo substancial de esta relación, ya que no sólo constituye el principal medio para obtener y manejar los sentimientos e ideas significativas que se persigue para que cambie la conducta del cliente², sino también por que con frecuencia determina si el consejo terapéutico se producirá o no. Por lo que no es probable que se produzca un cambio en el cliente de no existir una relación terapéutica efectiva,

¹ Esta es una estrategia general de las [terapias cognitivo-conductuales](#), destinada a modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva, mediante el [diálogo socrático](#), la modelación y la práctica de hábitos [cognitivos](#) nuevos.

² Si bien se establece el término en cuanto al enfoque utilizado en esta investigación se utilizará de manera generalizada a paciente, cliente o usuario.

esta proporciona el impulso y la base para que las estrategias de intervención directas logren los efectos deseados.

Es por esto que las actitudes y destrezas del terapeuta son determinantes de la calidad de la relación terapéutica. No obstante, las actitudes y conductas del cliente también modifican la relación, ya que ésta es interactiva y recíproca. Sin embargo, conocemos la importancia de la efectividad del terapeuta en función de que éste sea capaz de integrar sus apartados: personal y científico, siendo aquel que logra el equilibrio entre sus competencias interpersonales y técnicas.

Para Cormier y Cormier (2000), las siguientes son consideradas las cualidades y conductas presentes en los terapeutas eficientes.

Competencia intelectual. Si bien para empezar una terapia es necesario que se disponga de un conocimiento global y adecuado de diversas áreas. Los terapeutas deben conocer y también querer saber; ser suficientemente curiosos para comprobar y conocer qué sucede a los clientes, dado que la competencia intelectual también implica la búsqueda de la información para tomar decisiones acertadas sobre la elección del tratamiento y el progreso del cliente.

Flexibilidad. El adaptar métodos y tecnologías a cada cliente en lugar de forzar a los clientes con sus problemas a ajustarse a una estrategia u orientación metodológica particular.

Apoyo. El apoyo tiene una serie de funciones en la dicha relación terapéutica tales como reducir la ansiedad del cliente y proporcionar seguridad emocional, ésta se experimenta como un apoyo pero no como una protección incondicional, experimentando el cliente que hay alguien que le respeta tal y como es. El terapeuta debe de mantener un equilibrio entre apoyo y protección a fin de evitar la dependencia del cliente.

Conocimiento de sí mismo. La habilidad de implicarse en una interacción interpersonal efectiva está influida por los sentimientos y actitudes que el ser humano tiene con respecto a él mismo. Si carece de dicho autoconocimiento,

es probable que no sea capaz de establecer el tipo de relación terapéutica idónea para el cliente.

Las personas que tengan un punto de vista negativo sobre sí mismos se subestimarán y buscarán o evitarán las interacciones con otros que confirmen su autoimagen negativa. Lo que plantea serias implicaciones para los terapeutas, ya que de no sentirse competentes o válidos como personas, se puede transmitir dicha actitud al cliente, y estructurar inconscientemente³ el proceso para localizar los problemas de nuestra propia imagen.

Los sentimientos y pensamientos influyen sobre su forma de pensar, por lo que además de las destrezas de intervención necesarias para producir el cambio del cliente, es necesario hacerse consciente de las capacidades y limitaciones como terapeutas. Estar al tanto de su propio desarrollo personal como de la técnica o programa de cambio que se utiliza con el cliente, es trascendental, de lo contrario se corre el riesgo de llegar a un comportamiento incongruente.

Competencia. Los sentimientos sobre la competencia profesional pueden influir sobre la conducta observable y encubierta en las interacciones terapéuticas. La percepción de incompetencia puede describirse como temor al fracaso, mismo que interviene para evitar conflictos cuando el terapeuta se encuentre estructurando el consejo.

Intimididad. Las necesidades íntimas no resueltas del terapeuta también son un factor que puede alterar significativamente la dirección y el curso del consejo, aquel que teme a la intimididad y el afecto puede generar una relación demasiado distante, pudiendo evitar la confianza emocional en la relación ignorando las expresiones de afecto positivo que le muestre al cliente o comportándose de manera brusca y distante y tratándolo únicamente a través del rol profesional.

³ El término inconsciente es utilizado como sustantivo, en el lenguaje común, para designar el conjunto de los procesos mentales que no necesitan depender de una prioridad y no como parte de la teoría psicoanalítica en la que implica un conjunto de los deseos y las pulsiones rechazadas que nunca acceden a la conciencia,.

Ellis y Grieger (1979) también consideran como necesario, que el terapeuta posea tres competencias relacionales: Aceptación, Empatía y Autenticidad.

Aceptación. El interés mostrado por el terapeuta hacia el paciente y su problemática, mismo que no debe de ser demasiado efusivo ni proteccionista, ya que estas muestras de interés terapéutico son interpretadas por el cliente y el grado de aceptación percibida pesa más que la conducta del facilitador al respecto. Estos autores señalan que para detectar esas percepciones es útil utilizar preguntas de *feedback*⁴ dirigidas al paciente, y utilizar sus respuestas para modular las expresiones de aceptación por ejemplo: "¿Qué piensas y sientes sobre mi forma de relacionarme contigo?, ¿Qué piensas que siento sobre ti?".

Empatía. Se refiere a la habilidad del terapeuta de adentrarse al mundo del paciente y experimentar cognitivamente y afectivamente el mundo como este último lo hace. Puede facilitar dicha labor al devolver al cliente expresiones referentes a su modo de percibir los eventos y sus estados emocionales asociados, haciéndolo en forma de hipótesis a contrastar por el feedback del paciente por ejemplo: "Cuando usted se encuentra en una reunión y nadie le dirige la palabra parece pensar que nadie se interesa realmente por usted y entonces comienza a sentirse muy triste y solitario, le gustaría que alguien tomara la iniciativa, pero nadie parece hacerlo...¿podría ocurrir así?". Incluso siendo empático puede evitar hacer juicios peyorativos sobre la conducta del paciente y sus problemas relacionales, como las resistencias⁵, si tiene la habilidad de tener empatía hacia estos problemas.

Autenticidad. Ésta es la franqueza hacia el paciente así el puede tener una imagen realista de lo que puede y no puede esperar sobre este proceso. Es conveniente que esta claridad sea conjugada con diplomacia y se manifieste en

⁴ En español su significado es retroalimentación que se refiere al proceso de compartir observaciones.

⁵ La conducta anti terapéutica cuya causa se encuentra en actitudes y acciones por parte del paciente y del terapeuta que no facilitan la colaboración terapéutica (Ellis, 1975). Considerado también como un proceso normal que se genera al revisar los esquemas cognitivos tácitos, siendo que hay que respetarlos, más que eliminarlos.

momentos oportunos. Al igual que las otras dos habilidades su percepción sobre esta es el principal determinante de su reacción, por lo que las "preguntas de feedback" son fundamentales para adecuarlas a cada caso concreto.

Ellis, (1975) comparte, en general estos principios pero además puntualiza otra serie de factores como lo es la conveniencia de no mostrar una excesiva cordialidad hacia el paciente; ya que aunque esto podría hacerle mejorar a corto plazo, reforzaría sus creencias irracionales de aprobación, dependencia y baja tolerancia a la frustración. El humor es otra característica deseable; ya que puede suponer un recurso antidogmático importante ante la excesiva "seriedad" dada a veces a la visión de los problemas y la terapia. Y como última habilidad se apunta la flexibilidad con la propia terapia, adecuándola al caso concreto; y no siempre "teniendo que" desarrollarla de forma directiva y con el mismo "manual".

Cormier y Cormier (2000), mencionan también algunos factores que pueden influir sobre la relación terapéutica, tales como los valores⁶, la ética y la objetividad emocional.

En las interacciones con los clientes es imposible estar libre de valores, ya que éstos se intercalan en cualquier interacción. Los terapeutas no pueden ser escrupulosamente neutrales en sus interacciones con los clientes. Okun (1987) asegura que estos se transmiten directa o indirectamente entre las participantes de las relaciones interpersonales, tanto si éstas son terapéuticas como si no.

Los valores estereotipados en cambio, definen las características adscritas a la persona sobre la base de un supuesto conocimiento del grupo al que pertenece. Smith (1977) asegura que los estereotipos de son los convencimientos que utilizan las personas para negarse a tratar con otro en una relación individual.

⁶ La palabra "valor" denota algo apreciado, de manera que los valores son los sentimientos o actitudes sobre algo así como las conductas o acciones preferidas.

El grado de objetividad emocional e intensidad sentida por los terapeutas puede afectar la relación terapéutica. Fritz (2005) la considera como una incapacidad del profesional de separar la relación terapéutica de sus sentimientos y expectativas personales con respecto al cliente, es decir, la personalización de la relación terapéutica por parte del profesional.

También explica que la percepción errónea del paciente por parte del terapeuta y lo que puede esperar de éste, le llevaría a experimentar sentimientos positivos o negativos, de modo que su conducta resultaría improductiva para la labor terapéutica.

Para manejar con eficiencia dicha situación, el terapeuta necesita ser consciente de cuándo se produce esta dinámica. Siendo señales, la aparición inmediata de emociones fuertes, en el cliente o en el profesional, que parecen poco propias en el tiempo y en la intensidad, dado el contexto en el que surge el sentimiento. El facilitador que no acierta a reconocerlas, puede responder inadecuadamente a las necesidades del usuario. Brammer, Shostrom, y Abrego (1989) también aseguran que el primero, debe siempre estar al tanto de los diversos niveles de impacto que producen sobre los clientes y que estos últimos producen sobre ellos. El impacto demasiado débil o demasiado intenso al final o durante el proceso, puede afectar negativamente esta relación.

Como señala la Sociedad Mexicana de Psicología (2002) la relación terapéutica necesita ser manejada de forma que favorezca y proteja el bienestar del cliente. El manejo de estas relaciones es una señal distintiva del profesional, ya que el sistema de valores de este es un factor importante que determina el comportamiento ético. Así que es necesario que todos los estudiantes y terapeutas conozcan el código ético de su profesión.

3.1.1 La interacción terapéutica

En la psicoterapia cognitiva se consideran tres factores básicos, mismos que ayudan a mantener la relación terapéutica (Ellis, 1975):

La confianza básica. La percepción del paciente que ve la relación con la terapeuta como segura y no amenazante, esto le permite expresar sus dificultades con la esperanza de encontrar solución, es entonces cuando balancea su intervención ajustando su rol a las respuestas del usuario, ahí es cuando se emplea más la empatía, aceptación y autenticidad, para fomentar con ello la confianza básica. En una segunda fase, se refuerza de modo progresivo su autonomía y con ello evitar su dependencia al proceso.

Rapport. Un acuerdo de metas, objetivos y procedimientos terapéuticos entre paciente y terapeuta, de modo que el profesional clarifique las expectativas terapéuticas que el usuario trae a terapia; contrastándolas con él y de este modo observar si éstas le parecen razonables o inadecuadas. Es aquí cuando la empatía juega un papel muy importante al hacer sentir al cliente aceptado y con ello generar confianza en el proceso y el terapeuta. El explicarle la duración del tratamiento, la frecuencia de las sesiones, el proceso y las fluctuaciones; y recoger sus respuestas al respecto, puede facilitar el llegar a un acuerdo mínimo sobre estos puntos, o no iniciar la terapia si este trae un marco de trabajo excesivamente restrictivo.

La colaboración terapéutica. Terapeuta y paciente forman un equipo de trabajo cuyo fin es detectar los pensamientos negativos, los supuestos personales y trabajar su modificación. Durante ese proceso se explican al cliente las tareas a desarrollar, se aplican como trabajos para casa, se revisan estos en consulta, y progresivamente el paciente va teniendo un papel más autónomo en este proceso.

Por ello es quehacer del profesional, enseñar al usuario la relación entre el pensamiento, afecto y conducta así como el registro de esas relaciones y su modificación a través de programación de tareas y desarrollo de habilidades.

3.2 Influencia interpersonal

Si bien en cualquier relación humana, las personas tratan de influir unas sobre otras, la relación terapéutica no es la excepción. Este proceso al ser interpersonal, genera una dinámica muy especial. El terapeuta ejerce una base

de poder o de influencia sobre el cliente mediante tres características favorecedoras de la relación que son: *el poder legítimo*, aquél que se deriva de la relación terapéutica; *el poder pericial*, que proviene de los signos descriptivos y conductuales de habilidad y competencia; y *el poder referente*, que se deriva de los signos descriptivos y conductuales de atractivo, amistad y similitud interpersonal entre el terapeuta y el cliente, éstas benefician la calidad de la relación y también potencia la implicación del cliente en el proceso.

Es así como el rol del terapeuta también contribuye a las percepciones del cliente sobre su competencia. Siendo que su papel como facilitador llega a ser socialmente aceptable y valorable, trasmite poder o influencia legítima. De esta forma, este conlleva a una influencia inicial considerable.

El terapeuta utiliza estos factores de influencia para provocar cambios actitudinales en los clientes, siendo importante que éstos lo consideren como experto, atractivo y confiable ya que es la percepción de los usuarios sobre el profesional lo que determina, al menos en parte, la cantidad de influencia que ejercerán sobre ellos.

La pericia o competencia, es la percepción que el cliente tiene sobre la capacidad del terapeuta para la resolución de sus problemas. Dicha percepción, suelen hacerla a través de aspectos como el lenguaje, el porte e inclusive el género, así como del entorno como diplomas, certificados, entre otros. Así pues, al inicio de esta relación, establecerla forma efectiva y el rapport, se asocian a las señales descritas, desempeñando un papel predominante y ayudándolo a establecer una influencia de base con el paciente.

Gavino (1999) señala que en cierta medida el profesional comunica credibilidad mediante el poder inherente del rol como terapeutas. Además, pueden aumentar las señales descriptivas asociadas a la pericia, inclusive su credibilidad puede aumentar también si éste ha alcanzado una reputación positiva y el cliente conoce dicha reputación. Por lo que el rol, la reputación y

los aspectos externos son insuficientes para mantener una terapia más allá del rapport.

Por su parte, *la atracción* los clientes la infieren a través de la amabilidad, simpatía y aparente similitud del terapeuta con ellos. Siendo que hay determinadas conductas verbales y no verbales que transmiten afinidad interpersonal y que también son importantes para la relación terapéutica, por lo que ayuda a los clientes a abrirse y auto revelar-se reduciendo la ansiedad y creando la opinión de que éste terapeuta es alguien con quien el cliente quiere hablar.

La fiabilidad o confianza, es la percepción y opinión del paciente de que el terapeuta no le engañará o perjudicará de algún modo. La confianza entre ambos no siempre se genera automáticamente. Los clientes necesitan asegurarse de que la otra parte se estructurará para hallar sus necesidades siendo que el profesional no sacará provecho de su vulnerabilidad.

Para Cormier y Cormier (2000) con frecuencia los clientes no preguntan directamente por estos aspectos encuentran maniobras que les permita obtener estos datos, a lo que Bonals y Sánchez - Cano (2007) denominan Test de Confianza. Así mismo mencionan que los terapeutas pueden llegar a ser insensibles a tales pruebas y no percatarse del problema real del cliente es la falta de confianza. Señalan que estos utilizan de manera repetida ciertas conductas y diversas afirmaciones de modo que puedan obtener la información requerida. Estos autores han identificado seis formas típicas de "Test de Fiabilidad" utilizados por los clientes, que se describen a continuación:

Solicitar información. Pregunta clave: ¿Puedes entenderme y/o ayudarme? La mayoría de las veces tratan de verificar que el terapeuta es capaz de entenderle, aceptarle y ayudarle con sus problemas particulares, por lo que es necesario que la respuesta se transmita su comprensión y aceptación de los problemas del cliente así como su necesidad de sentirse comprendido.

Relatar un secreto. Pregunta clave: ¿Puedo correr riesgos contigo? Al compartir el paciente secretos o aspectos muy personales de sus vidas, pueden corroborar si se puede o no confiar en el terapeuta si éste les apoya tal y cómo son, al guardar confidencialidades y no explotar su vulnerabilidad.

Pedir un favor. Pregunta clave: ¿Se puede confiar en ti? Los clientes pueden pedir al terapeuta un favor que puede ser adecuado o inadecuado, debido a que para estos autores, todas las peticiones debieran ser consideradas por el terapeuta como un posible test de fiabilidad, siendo innecesario que acepte o se niegue a cumplirlo si no, la forma en la que maneja la petición y el modo en el que respeta los compromisos adoptados para cumplir los favores razonables.

Subvalorarse. Pregunta clave: ¿Puedes aceptarme? Prueba de confianza diseñada para ayudar a los clientes a determinar si el terapeuta seguirá aceptándoles incluso cuando este conozca situaciones de la vida de los clientes que ellos mismos valoran como malos, negativos o inclusive sucios. La importancia de que el terapeuta responda de manera neutral a tales afirmaciones apoya a la confianza del cliente hacia el terapeuta.

Molestar al terapeuta. Pregunta clave: ¿Tus límites son firmes? Una forma de poner a prueba la fiabilidad del terapeuta es incomodándolo de diversas formas como cambiando la hora de la cita, cancelándola o solicitando hacer una llamada telefónica durante la sesión, por lo que los terapeutas deben responder de forma directa y abierta a estas inconveniencias, sobre todo si estas ocurren en más de dos ocasiones. Cuando el terapeuta establece límites, los clientes pueden sentirse seguros de que el terapeuta mantiene estos con firmeza lo que es útil para un doble propósito: el cliente se percata de que él también tiene posibilidad de establecer límites en la relación.

Preguntar las razones del terapeuta. Pregunta clave: ¿Es real tu interés? La sinceridad es uno de los aspectos de la confianza. Y si bien los clientes pueden llegar a preguntarse por el número de pacientes que atiende el terapeuta y si éste diferencia y recuerda o no los datos de cada uno, para el profesional es importante hacerles saber que se tiene completa la atención en ellos.

3.3 Conducta no verbal

Para Beitman y Yue (2004) es importante que el terapeuta preste atención a su conducta no verbal ya que parecen contribuir a facilitar la relación, existiendo otras conductas que tiendan a deteriorarla. Mencionan también que si bien es difícil especificar con precisión qué conductas no verbales de este están relacionadas con la efectividad terapéutica, si existen tres aspectos en su porte no verbal que si intervienen en esta, y son:

- *Sensibilidad.* El que la mayoría de las personas confíen más en un sistema representativo (visual, kinestésico y auditivo) que en otros, por lo que aumentar la sensibilidad implica el abrir todos los canales sensoriales. Por ejemplo, el poner mayor atención a los canales auditivos a pesar de tener mayor atención por los visuales.
- *Congruencia.* Las conductas no verbales del terapeuta paralelas a los mensajes verbales tienen también una consecuencia sobre la relación terapéutica, ya que los mensajes mixtos suelen ser confusos para el cliente, siendo que éste último responda a estas señales aumentando la distancia interpersonal.
- *Sincronía.* Este se refiere al grado de armonía entre las conductas no verbales del cliente y del terapeuta. Estos autores describen que es importante durante las interacciones terapéuticas corresponder o guardar el ritmo de las conductas no verbales del cliente, es decir, coincidir en la postura corporal y en otras señales, favorece el rapport y la empatía.

3.4 Conceptualización y definición de los problemas del cliente

La evaluación de los problemas consiste en procedimientos e instrumentos que se emplean para recoger y procesar la información de la cual se derivará todo el programa terapéutico.

Trull y Phares (2003) destacan seis objetivos que persigue esta evaluación:

- Obtener información sobre el problema que plantea el cliente y sobre el resto de los *problemas relaciones* con él.
- Identificar las variables determinadas asociadas al problema.
- Determinar las expectativas del cliente sobre los resultados de la terapia.
- Obtener los datos en línea base con la que se compararán los resultados siguientes a la evaluación del progreso del cliente así como los efectos de las estrategias de tratamiento.
- Educar y motivar al cliente con el fin de aumentar la receptividad sobre el tratamiento y contribuyendo de este modo al cambio terapéutico.
- Emplear información que se da obtenido del cliente en planificar estrategias e intervenciones terapéuticas efectivas.

También resaltan que los dos primeros puntos son los que aportan mayor información a la evaluación, por lo que en esta investigación se centrará fundamentalmente en estos.

Entrevistar al cliente es sólo una parte del proceso general de evaluación durante el proceso terapéutico, ya que igualmente importante es la actividad mental manifiesta o encubierta del terapeuta durante el proceso.

Si bien el terapeuta obtiene gran cantidad de información durante esta fase, la información llega a ser de poco valor o uso, salvo que pueda integrarla y sintetizarla. Es por ello que parte de sus tareas consisten en saber qué información obtener, cómo seguirla, integrarla de forma significativa y utilizarla de modo que genere hipótesis sobre los problemas del cliente. A esta actividad mental Cormier y Cormier (2000) lo denominan *conceptualización*, haciendo referencia a la forma de pensar del terapeuta sobre la configuración del problema del paciente.

Existen diferentes métodos como modelos de evaluación que representan un marco de trabajo que puede utilizar el profesional para generar suposiciones elaboradas sobre el problema que presenta el cliente, reconociendo que un problema de conducta tiende a ser multifactorial y afecta tanto al comportamiento como a la forma de pensar y sentir de las personas, asimismo proporcionan información sobre el problema que el terapeuta puede utilizar para seleccionar y planificar tratamientos relevantes. Mencionan cuatro métodos diferentes de evaluación:

Modelo de Conceptualización del Problema de Swensen:

Conducta desviada (sintomatología; estrés, = Función del grado de conductas, hábitos y defensas desajustadas.
VS
Capacidades, apoyo, hábitos y defensas ajustadas.

En el que:

- La conducta desviada hace referencia a cualquier acción que sea diferente de lo típico u ordinario y sería lo esperado en una persona con un rol similar siendo que puede incluir una sintomatología como sentimientos de ansiedad o depresión.
- El estrés incluye situaciones que son opresivas o tensas para el cliente, que normalmente provocan sensaciones psicológicas perceptibles como taquicardia, mareos o molestias gástricas.

- Conductas, hábitos y defensas desajustadas son defensas de comportamientos habituales, negativos o destructivos que impiden a los clientes lograr la meta de tener una vida satisfactoria.
- Apoyos y capacidades incluyen los medios de que dispone el cliente, a saber, las personas o situaciones en el entorno del cliente que le soportan o son útiles.
- Las conductas, hábitos y defensas adaptadas incluyen conductas habituales constructivas que ayudan al cliente a lograr ciertas metas y de este modo llevar una vida satisfactoria.

Modelo de Conceptualización del Problema de Sealey:

Este integra contenidos temáticos y técnicas terapéuticas, basándose en temas vitales y estilos de vida importantes derivados de tres modalidades primarias del funcionamiento humano que son: la cognición, el afecto y la conducta.

En este modelo, se proponen las siguientes categorías para describir los problemas de los clientes:

- Principales contingencias ambientales (incluidos los sucesos del entorno, las consecuencias y la historia).
- Temas cognitivos: conceptos falsos e irracionales del cliente.
- Temas afectivos: barreras o conflictos emocionales que interfieren o terminan siendo contraproducentes.
- Patrones de conducta: consisten en conductas abiertas, observables, incluyendo verbales y no verbales.

Estos autores, destacan que la información que revela este modelo de conceptualización puede utilizarse para elaborar hipótesis sobre el cliente y establecer un programa de tratamiento comprensivo.

Modelo de Conceptualización del Problema de Lazarus:

Para Lazarus, A. (1980), las personas son seres que se mueven, sienten, imaginan, piensan y se relacionan, y cada vez que surge el estrés o un desequilibrio psicológico, estas funciones quedan afectadas. Por lo que en la evaluación o intervención deben explorarse siete modalidades, siendo que para referirse a estas siete áreas de evaluación y tratamiento de forma abreviada, utiliza el acrónimo: BASIC ID.

- B. Conducta: incluye actividades y destrezas psicomotoras simples y complejas.
- A. Afecto: Sentimientos o emociones manifestados.
- S. Sensación: Incluye los cinco sentidos. Visual, kinestésico, auditivo, olfativo y gustativo.
- I. Capacidad imaginativa: imágenes mentales que ejercen influencias sobre la vida del cliente.
- C. Cognición: Las cogniciones son pensamientos y creencias.
- I. Relaciones interpersonales: la forma en la que el cliente expresa y acepta los sentimientos que le transmiten otras personas así como la forma en la que se reacciona ante ellas.
- D. Fármacos: factores neurológicos y biológicos que pueden afectar sobre la conducta, las respuestas afectivas, las cogniciones y las sensaciones.

Modelo de Conceptualización del Problema de Cormier y Cormier:

Este modelo se basa en la multitud de suposiciones que se tienen con respecto a los clientes, los problemas y la conducta.

Tanto las conductas sociales como las desajustadas, suponen, se originan y desarrollan a consecuencia de acontecimientos clave, situaciones externas, refuerzos externos o procesos internos como la cognición, la medición y la resolución de problemas. Opinan que en general pocas veces las conductas

desajustadas estén en función de una enfermedad física o conflictos intrapsíquicos que subyacen. Sin embargo, no eliminan las causas orgánicas o psicológicas del problema de la conducta.

Un problema rara vez está ocasionado por un solo factor y rara es la ocasión que un programa de tratamiento unidimensional funciona. Es por eso que, estos autores explican que las intervenciones suelen ser más eficaces cuando se dirigen hacia todos los factores múltiples, que incluyen conductas abiertas, acontecimientos ambientales, relaciones con otras personas, conductas encubiertas como creencias, imágenes, cogniciones, sentimientos y sensaciones orgánicas.

Igualmente sugieren una forma de analizar los problemas del cliente que defina sus problemas de conducta y algunas condiciones que contribuyen a estos. Este enfoque, propone la definición operativa del problema, funcionando como una medida y mostrando los problemas de manera específica sin interesar rasgos o etiquetas ambiguas.

Siendo que los problemas no surgen del vacío, los relacionan normalmente con sucesos observables y con hechos menos visibles, encubiertos o indirectos denominándolos: antecedentes y consecuencias. Relacionados funcionalmente con el problema en la medida que ejercen el control sobre él, por lo que un cambio en una de estas variables a menudo conlleva a otra modificación en el resto de éstas.

La evaluación constituye la base del desarrollo del programa terapéutico, ya que cumple funciones informativas, educativas y motivacionales en la terapia, y aunque ésta se realiza durante los procesos iniciales del consejo, en cierta medida continúa durante todo el proceso.

3.4.1 Definición de los problemas del cliente mediante la entrevista

La entrevista, es uno de los instrumentos de evaluación conductual más frecuente, sin embargo para que una entrevista de evaluación tenga éxito se necesitan instrucciones específicas y la práctica si precisamos información objetiva y válida de los clientes y así establecer un plan de tratamiento adecuado.

“La entrevista se desarrolla en cuatro dimensiones, y por lo tanto, tiene cuatro componentes: relación, técnica, estado mental y diagnóstico. Este proceso de entrevista por regla general se desarrolla en cinco fases. Cuando la patología del paciente interfiere con este proceso, el entrevistador tiene que modificar la estrategia de su enfoque.

La habilidad para dirigir una entrevista clínica comprensiva es el primer paso crítico en la evaluación y el tratamiento de los pacientes. Para desarrollar o refinar u estilo de entrevista eficaz, flexible y fluido, el profesional de la salud necesita conocer los principios básicos que sustentan este proceso”. (Othmer y Othmer, 2003)

En la fase inicial el entrevistador aborda al paciente, establece la relación inicial con él y lo prepara para el cometido del proceso. En la fase intermedia, realiza el grueso del trabajo por lo que utiliza el tiempo más largo, subdividiéndolo para subrayar el cambio de objetivos de la entrevista, como el seguimiento de las impresiones preliminares, el diagnóstico y la retroalimentación. Por lo que en la fase final prepara al cliente para la conclusión, evitando temas altamente emotivos, resumiéndole lo que ha descubierto y proporcionándole una perspectiva para el futuro.

El inicio de la entrevista es el primer contacto de frente entre el entrevistado y el entrevistador. La conducta del paciente al inicio de la entrevista puede proporcionar indicios sobre su estado mental, cuyas principales categorías engloban: su aspecto general, estado de ánimo y afecto, percepción, procesos del pensamiento, nivel de conciencia, orientación en el tiempo, memoria y el control de impulsos. De estas categorías, los trastornos de conciencia y la orientación son indicativos del trastorno o deterioro mental orgánico que precisan una evaluación o seguimiento neurológicos.

Para complementar dicha información se enlistan a continuación once categorías que sugieren Cormier y Cormier (2000) para evaluar los problemas del cliente:

1. Explicación del propósito de la evaluación.
2. Identificación del tipo de problemas.
3. Priorización y selección de los aspectos y problemas.
4. Identificación de las conductas problemáticas presentes.
5. Identificación de los antecedentes.
6. Identificación de consecuencias.
7. Identificación de logros secundarios.
8. Identificación de las soluciones previas.
9. Identificación de las destrezas de manejo del cliente.
10. Identificación de la percepción del cliente sobre el problema.
11. Identificación de la intensidad del problema.

Las tres primeras categorías indican el propósito de la evaluación; las ocho restantes, siguen a la selección de los problemas.

Durante el proceso de la evaluación y también después de ésta, el terapeuta elabora constantemente opiniones, sospechas o hipótesis sobre lo que sucede al cliente, lo que en opinión de Lazarus (1980) “la identificación defectuosa de problemas...es probablemente el mayor obstáculo de una terapia satisfactoria”. Las guías son únicamente instrumentos que el terapeuta puede emplear para obtener cierto tipo de información, sin embargo por sí solas, constituyen una base insuficiente para la evaluación del problema porque representan sólo la mitad del proceso, la otra parte de este, se refleja mediante las respuestas que estas guías generan en el cliente.

3.5 Selección y definición de los resultados deseados

Las metas del proceso terapéutico representan los resultados y objetivos deseados y funcionan como etapas límites del progreso del paciente. Éstas

cumplen algunos objetivos durante la terapia al proporcionar dirección, reflejar áreas de interés para el cliente que requieren atención inmediata, clarificar sus expectativas iniciales hacia el proceso y de este modo anticipar lo que puede y no, lograrse a través del mismo.

“Cuando los resultados deseados se definen en términos observables y operativos, inmediatamente se observa si los métodos han tenido éxito, si no se han logrado o si se requiere un desarrollo posterior para aumentar su potencia”. (Bandura, 1960)

El terapeuta puede facilitar la elaboración de las metas terapéuticas empleando diversas guías durante la entrevista que se dirijan hacia su selección y definición.

El primer paso consiste en informar al cliente su función, desarrollando una descripción así como la importancia de su definición y la participación de éste durante el proceso.

Por otro lado están las metas del paciente, que no son necesariamente las metas del proceso, y esto implica lo que éste desea que suceda como resultado de la terapia. Esta meta implica dos clasificaciones fundamentales de los problemas:

Problemas de elección. El cliente dispone de las destrezas y recursos requeridos para la resolución del problema pero se encuentra atrapado entre dos o más posibilidades, a menudo conflictivas, por lo que la meta representa una elección o decisión que debe adoptar.

Problemas de cambio. La meta se dispone sobre el deseo del cliente de realizar un cambio, sin embargo no dispone de las destrezas o recursos necesarios para resolver el problema.

En algunas ocasiones los pacientes desean mantener ciertos aspectos de su vida o ciertas conductas en el mismo modo. Por lo que es muy importante que el terapeuta identifique estas metas y deseos, para sin llegar a eliminar sus sentimientos, le ayude a girar esa tendencia. Asimismo, a identificar y

proponerse metas realistas, ya que pertenecen al ámbito de control y de capacidad del cliente, a excepción de a ser demasiado bajas o con un logro no consistente con el curso natural de los acontecimientos.

El terapeuta puede ayudar a los clientes a examinar el grado de realismo de las metas identificadas, si están basadas en modelos de cambios posibles y racionales.

Generalmente, las metas seleccionadas por los clientes deberían de conducir a beneficios en lugar de pérdidas, sin embargo las ventajas y desventajas de éstas pueden llegar a observarse a largo plazo.

Leitenberg, (1976) explica que siendo que la mayoría de los clientes seleccionarían más de una meta, al final, puedes ser más realista que el cliente trabaje para lograr una variedad de objetivos específicos en vez de un único resultado.

Es importante también que el terapeuta facilite la definición de metas además de emplear verbos de acción para su descripción, especificando las condiciones de las conductas, estableciendo los límites y la ayuda para asegurar que la conducta surgirá en los entornos deseados no terminado por ser generalizada en cualquier ambiente, si ése es el propósito.

Otro elemento relevante consiste en especificar el nivel o cantidad de cambio conductual que se precisa. Esto funciona como medida para determinar la cantidad de veces que el cliente debe mostrar la conducta deseada.

Para asegurar que este puede completar la tarea o meta con éxito, Lazarus (1980) recomienda la identificación de cualquier obstáculo que pueda influir sobre ésta. Los posibles obstáculos que se pueden comprobar con el paciente son la presencia o ausencia de ciertos sentimientos, estados de ánimo, pensamientos, opiniones y percepciones, así como otras personas y determinadas situaciones o acontecimientos.

3.6 Selección de estrategias terapéuticas

Caballo (1991) describe a las estrategias terapéuticas como los planes de acción diseñados para descubrir las metas específicas de cada cliente. Menciona también que éstas, junto con una relación terapéutica efectiva, pueden acelerar los cambios emocionales, cognitivos y conductuales del cliente, por lo que representan el plan procedimental que ayuda al cliente a avanzar. Del mismo modo que no existe una forma perfecta de comprender el problema del cliente, no existe tampoco una estrategia terapéutica perfecta que se adecue a todas las situaciones, las diferentes técnicas funcionan de modo diferente en distintos sujetos con problemas y metas diversos.

Cabrera (1991) señala que una estrategia terapéutica puede ser poco efectiva si no se aplica junto con una fuerte relación terapéutica. Una forma de saberlo, agregan, es mediante la revisión de algunos indicadores como:

1. El cliente ofrece feedback verbal confirmando que el terapeuta comprende adecuadamente sus sentimientos o preocupaciones.
2. El cliente ha demostrado una implicación voluntaria en la terapia a través de conductas como ser puntual, asistir a todas las sesiones, completar las tareas, comunicar las propias preocupaciones y sentimientos.
3. El terapeuta y el cliente han comentado cualquier cosa que pudiera impedir el proceso.
4. El consultor se siente cómodo al confrontar, transmitir experiencias propias y proceder con inmediatez en presencia del cliente.

Consideran, que si estas condiciones existen, se han cumplido los prerequisites necesarios y entonces puede hallarse en disposición de avanzar hacia la fase terapéutica que consiste en la introducción de las estrategias.

Al seleccionarlas, es importante que el terapeuta tome en cuenta sobre las estrategias que puedan ser aplicables de tal forma que optimicen las posibilidades de ayuda a los clientes para resolver sus problemas particulares, por lo que en general éstas deben:

- Ser de fácil ejecución.
- Coincidir con las características y preferencias del cliente.
- Corresponder a las características del problema y los factores correspondientes.
- Fortalecer en el cliente las expectativas de eficiencia y logro personal.
- Disponer de alusiones en la literatura.
- Ser de aplicación factible y práctica.
- No generar problemas adicionales al cliente ni a los otros significativos.
- No sobrecargar de responsabilidades al cliente ni a los otros significativos.
- No exigir al cliente más de lo que éste puede dar o tiene compromiso de hacer.
- No repetir o plantear soluciones previas que puedan favorecer posteriormente la insatisfacción.

La mayoría de los pacientes presentan problemas complejos con una muestra diversa de metas terapéuticas. Esto requiere una muestra de intervenciones y combinación de estrategias diseñadas para trabajar con las principales áreas del funcionamiento.

3.7 Evaluación del proceso y resultados de la terapia

Bandura (1960) explica que los resultados tangibles constituyen la espina dorsal de proceso terapéutico, ya que para que el cliente siga adelante necesita ver resultados. Por lo tanto, el terapeuta y él, deberán ser capaces de valorar si el programa de acción está siendo aplicado o no y hasta qué grado.

Si bien existen algunas metodologías y esquemas de evaluación semejantes a los diseños de investigación, el propósito de evaluar la terapia y los datos recogidos en esta tarea es más un proceso de comprobación de hipótesis, ya que los datos recogidos durante la evaluación se emplean para tomar decisiones sobre la selección de estrategias de tratamiento y sobre la proporción en que se logran las metas de un cliente.

Al evaluar la terapia, el terapeuta y el cliente observan y analizan los cambios producidos, habiendo dos razones principales por las que su evaluación se lleva a cabo. La razón fundamental consiste en valorar los resultados terapéuticos, permitiendo a ambos determinar el tipo, dirección y cantidad de modificación de conducta manifiesta o encubierta que se ha producido. Un segundo propósito es apreciar el proceso terapéutico, el observar los datos recogidos se pueden emplear para determinar si una estrategia sirve al cliente en la forma señalada o si éste la utiliza de forma exacta y sistemática.

Antes de llevarse a cabo esta estimación, el problema del cliente y sus metas debieron haber sido ya especificadas. Siendo que en algunas ocasiones, su dificultad o las metas pueden llegar a redefinirse y cambiar. Por lo que la evaluación deberá a su vez modificarse con el objetivo de reflejar la redefinición del problema.

Debido a que el terapeuta y el cliente están interesados en medir el grado en que se ha logrado la meta definida, pueden sopesar una o varias metas o conductas de interés dependiendo del número de cambios que hayan acordado durante el proceso de definición de las metas.

Algunos aspectos a medir son:

- *Frecuencia*. Refleja el número de conductas manifiestas o encubiertas y se determina midiendo la conducta cada vez que se manifiesta.
- *Duración*. Refleja la extensión de tiempo durante la que se mantiene la respuesta o una serie de éstas.
- *Latencia*. Cantidad de tiempo que transcurre antes de aparecer la respuesta o conducta.
- *Intensidad*. El grado de una conducta puede evaluarse mediante una escala de valoración.
- *Ocurrencia*. Refleja la presencia o ausencia de la conducta de interés.

Asimismo existen diferentes métodos para que éstos puedan medir el progreso hacia los resultados deseados: las entrevistas, la auto-observación, las autovaloraciones, los inventarios de autoinforme, el Role-play, la capacidad imaginativa y las medidas fisiológicas. Si bien a lo largo del proceso terapéutico existen muchos momentos en los que se puede realizar la evaluación de metas, es importante llevar a cabo una estimación antes de la terapia, línea base, durante la terapia y durante el seguimiento.

Los datos recogidos en la apreciación de los resultados pueden llegar a tener valor práctico para el terapeuta y para el cliente. La información de esta sirve como medida de feedback, para confirmar o redefinir el área de conflicto que ha sido seleccionada y las metas establecidas. Por lo que además de recoger referencias sobre los resultados, implica la observación continua del proceso. Dicha valoración, proporciona información sobre los medios empleados para lograr los resultados, es decir, las estrategias terapéuticas específicas así como los factores ajenos al tratamiento que hayan podido contribuir en los resultados.

IV. LA SUPERVISIÓN DE CASOS

“No basta saber, se debe también aplicar. No es suficiente querer, se debe también hacer”.

W. Goethe .

Actualmente existen establecimientos de enseñanza, como el Instituto de Terapia Racional Emotiva de Nueva York se encuentra el Programa de Entrenamiento Profesional en la Terapia Racional – Emotiva, en donde para lograr el dominio de la teoría y de la técnica RET (siglas en inglés) se empieza con el Programa de Certificado Primario, en el que los participantes estudian los fundamentos de la RET, junto con la aplicación de sus técnicas.

“El Certificado Primario puede obtenerse completando uno de los dos siguientes programas:

1. Programas prácticos. Esta opción consta de un programa de cinco días consecutivos que combina lectura, las demostraciones en cassette y en video, y varias experiencias de desarrollo individual y de grupo. Además los participantes reciben aproximadamente 14 horas de supervisión de pequeño grupo de sus sesiones de terapia.
2. Programa de taller. En esta opción, el participante asiste a cuatro talleres de un día de certificación primaria y recibe cinco sesiones de supervisión individual.

(...) Una vez concluido el Programa de Certificado Primario se es candidato para El Programa de Certificado Intermedio que requiere que los candidatos completen “o bien (1) cuatro talleres de entrenamiento de un día, además de los requeridos para el Certificado Primario y ocho horas de supervisión individual de casos de terapia además de la supervisión requerida para el Certificado Primario o (2) un período de Entrenamiento como Miembro Asociado de cinco días”. (Ellis y Grieger, 2002)

También explican que un prerrequisito para el Programa de Miembro Asociado es el Certificado Primario de la RET (siglas en inglés). Además de esto, este

programa está abierto a los psicólogos titulados (o aquellos están a punto de completar sus doctorados), entre médicos, enfermeras colegialas, sacerdotes con formación graduada y experiencia en counseling, y los poseedores del grado de máster que lleven casos difíciles de clientes supervisados en marcos institucionales.

Para poder obtener dicho diploma, se requiere que los candidatos a ser Miembros Asociados completen el siguiente programa:

1. Deben hacerse dos prácticas de cinco días cada una y separadas por espacio de un año. Cada práctica consistirá en seminarios y supervisión de casos. La supervisión de casos incluirá counseling con iguales y casos en los que los candidatos están usando actualmente los métodos de la RET.
2. Deben hacerse 24 sesiones de supervisión de casos RET individual en un período de 12 meses. Los candidatos elegirán para tener estas sesiones por correo o con la presencia de un supervisor aprobado por el Instituto.
3. Se tiene que presentar una sesión de terapia RET grabada para ser evaluada por el Comité Internacional de Estándares de Formación y Revisión.

Diversos autores también abordan la necesidad sobre dicha revisión a modo de proporcionar una mejor evaluación continua de la competencia y las habilidades profesionales de los psicólogos. Tal es el caso de De la Parra, Valdés e Isla (2001), con base en estudios efectuados en Chile, anuncian que el aumento de la demanda psicoterapéutica no parece correr a la par con la cantidad de terapeutas "formados" o con suficiente entrenamiento para satisfacerlas. Esto concluye al observar la falta de entrenamiento en psicoterapia en el ámbito de la atención secundaria en el Consultorio Externo del Instituto Psiquiátrico de Chile, por lo que proponen evaluar el Manual de Psicoterapia Dinámica de Tiempo Limitado, que por sus siglas es el MDTL para entrenar a psicoterapeutas inexpertos, con el fin de disponer de una herramienta que permitiera mejorar la calidad de la atención a este nivel.

Durante el transcurso de dicho estudio, concluyeron que las evaluaciones de los supervisores muestran un proceso de aprendizaje mayormente significativo en los terapeutas, mismo que adquiere especial relevancia, debido a que del manual mismo se destaca la instrucción sobre el uso de herramientas técnicas mejor incorporadas al trabajo clínico, sobre las resistencias del terapeuta como el elemento más complejo y difícil de reconocer y utilizar en la práctica, pero adquirido mayormente a través de la supervisión que directamente del manual a través de los seminarios.

Como ejemplo práctico en México, se cuenta con los consejeros del sistema SAPTEL – Cruz Roja Mexicana, cuyo servicio es proporcionado por pasantes en psicología y psicólogos titulados provenientes de diversas universidades del área metropolitana, quienes pasan por una evaluación clínica y reciben un curso de capacitación alrededor de 56 horas durante tres meses, antes de ser admitidos para proporcionar atención al público. Los dos tercios de estas sesiones se dedica a capacitación teórica, mientras que el otro tercio consta de sesiones de supervisión conjunta de casos (seminario clínico), en donde los profesores ilustran las diversas técnicas de intervención adecuadas para cada situación dada. Posteriormente y durante todo el tiempo que dure su participación –que son mínimo 9 meses más – reciben supervisión y capacitación continuas, y que a lo largo de 15 años, 44 generaciones se han formado con este modelo, más de 4,500 pasantes y voluntarios han recibido capacitación especializada bajo un modelo de supervisión de casos.

4.1 Supervisión de casos: ¿Qué es?

La supervisión, por definición hace referencia a la inspección de un trabajo o tarea, por lo que aplicado al proceso terapéutico se puede establecer como un método de enseñanza. De la Parra et al. (2001), describen la forma en la que se adquiere la habilidad del oficio de terapeuta siendo ésta básicamente mediante tres factores: aprendizaje, proceso personal y supervisión.

En el aprendizaje o formación existen dos tendencias predominantes. Una, la más vivencial: se aprende viendo impartir la terapia; la segunda es más discursiva, ya que incluye actividades como la lectura, el estudio y la reflexión sobre los problemas de la relación, intervención y encuadre terapéuticos. Aunque ambas son complementarias, existen formadores que responden más al primer modelo: maestro-aprendiz; y otros al segundo: profesor-alumno.

Harrsch (1997) explica que el psicólogo es una persona antes de llegar a ser un profesional, por lo que resulta de principal interés conocer el proceso de desarrollo personal encaminado a la adquisición de una identidad profesional, misma que se da en el sujeto a lo largo de su formación como psicólogo. Así mismo establece que ser psicólogo implica ser un individuo en proceso a adquirir una serie de conocimientos teóricos sobre el comportamiento humano, mismos que se integran paso a paso, durante el proceso de crecimiento ligado a las características individuales de su propia personalidad.

La supervisión, como tercer elemento, se ha entendido tradicionalmente como la herramienta para corregir las deficiencias del terapeuta principiante. Esta concepción, que procede del modelo médico, concibe al supervisor desde un posicionamiento jerárquico, como la misma palabra indica: una mirada desde arriba, una visión de superioridad basada generalmente en los conocimientos. En este sentido, las actividades más habituales de la supervisión han sido revisar y precisar el diagnóstico, preparar el plan de tratamiento y proponer vías de abordaje.

“Sus objetivos son el propiciar un espacio de encuentro e intercambio en torno a la propia práctica de intervención y mejorar la práctica profesional, ubicando ésta en el marco de un grupo de profesionales con la asistencia del supervisor, proceso que es de vital importancia a lo largo de la vida profesional del psicólogo, sobre todo en los inicios, para mejorar la calidad de la práctica clínica (...) no es un instrumento sólo para terapeutas novatos; su eficacia aumenta cuanto más expertos son los supervisados, aunque su urgencia disminuya porque se ha ido

diluyendo la angustia que caracteriza a los comienzos profesionales”
(Naranjo, 2002).

Los tres niveles de estructuración global del trabajo que define la supervisión son los siguientes:

Primer nivel: Es el referido a la intervención directa de los profesionales del equipo con los usuarios del mismo. La intervención propiamente dicha como intervención terapéutica, estructuración de un programa preventivo y trabajo sobre la demanda.

Segundo nivel: Es el referido a la reflexión que se produce en el interior del equipo de profesionales con respecto a: el trabajo directo con los usuarios, que puede ser la adecuación de las ofertas del equipo a las propias respuestas del usuario; y a los niveles de discusión del propio equipo como la jerarquización de responsabilidades y el desarrollo de los niveles de comunicación.

Tercer nivel: El referido al que llamamos más estrictamente supervisión plantea la intervención de una tercera persona, como no perteneciente directamente al equipo de mediación con los usuarios del servicio y que sin descartar la posibilidad de una participación directa, realiza fundamentalmente su trabajo sobre el propio equipo de profesionales con estos objetivos:

1. Aportar niveles de discusión más amplios sobre cada situación particular o individual.
2. Permitir una adecuación en las intervenciones a las capacidades individuales de cada profesional respetando la estructura jerárquica.
3. Desarrollar las capacidades personales de cada miembro del equipo proponiendo y realizando intervenciones en casos concretos.
4. Trabajar sobre la estructura jerárquica y el circuito de transmisión de información presente en el propio equipo de profesionales.
5. Proponer temas de formación permanente y ampliar de los recursos de reflexión teórica del equipo de intervinientes.

6. Reflexión y estudio sobre los cambios efectuados en la demanda de atención de los usuarios así como de las diversas ofertas existentes en el mercado.

Naranjo (2002) señala como uno de los métodos principales en el caso de la supervisión gestáltica "enfocar la responsabilidad del terapeuta en los problemas terapeuta/paciente". Dentro de esta dinámica, estos autores sugieren una serie de dificultades que son responsabilidad del terapeuta y que, por tanto, enfrenta la supervisión, estos son:

- La falta de conocimientos teóricos. El terapeuta incompetente culpa a la teoría de lo que sería propia ignorancia.
- La rigidez e inflexibilidad del terapeuta con pacientes de carácter similar al de él, que frecuentemente desemboca en un *impasse* y que no permite considerar otras alternativas o vías de trabajo capaces de desbloquear la situación.
- Los mecanismos defensivos del terapeuta, que hacen ver como dificultades del paciente lo que son proyecciones, retroflexiones, confluencias o introyección del terapeuta.

Agrega que bajo el contexto de trabajo del supervisor existen dos modalidades: de covisión o de supervisión. Siendo que el primer caso es frecuente durante el entrenamiento y en reunión de colegas, ya que se trata básicamente de realizar una revisión de íter pares el trabajo de uno de ellos. Durante el entrenamiento para la profesión, se acostumbra hacer prácticas de terapia donde, se distribuyen generalmente estos tres roles: terapeuta-paciente-observador/supervisor. El papel de este último es proporcionar feedback al terapeuta acerca de su trabajo, y cumple así una función supervisora como resultado de la observación, misma que se ejecuta desde una posición de colega más no de superior. Al inicio lo pueden llegar a dominar los prejuicios y proyecciones, pero en la medida en que el observador desarrolla una actitud de atención y de honestidad, se convierte en un elemento de gran ayuda, proporcionándole al compañero-terapeuta un espejo de sus actitudes, sus comportamientos posturales, intervenciones, bloqueos, tipos de pregunta

utilizados, ejercicios o juegos propuestos, etc. Este encuentro tiene el sentido de "covisión", ya que supone enseñarse, revelar aquello que ocurre en la intimidad de la sesión individual o grupal, así como escuchar los comentarios del otro.

En el segundo caso, hablar de supervisión, ya induce una posición superior de parte del observador. Sin embargo esta figura no refleja un sentido de superioridad en cuanto al nivel de conocimientos sino, desde una mayor experiencia y, fundamentalmente, una mayor madurez personal. La costumbre de reflexionar sobre el propio quehacer y de observar el modo de trabajar del otro, proporciona la habilidad para señalar, devolver y por tanto ser de utilidad al supervisado en el afinamiento de su pericia terapéutica.

Su importancia se hace evidente con el tiempo en cuanto a:

- La riqueza del *feedback*, que amplía la visión que el terapeuta tiene de su trabajo.
- El acto mismo de desvelar y transparentar lo mejor y lo peor de sí. La terapia individual corre el peligro de enquistamiento por ser un mundo cerrado entre el paciente y el terapeuta. Algo tan privado puede pecar de hermetismo. Llevarla a supervisión, es un buen antídoto, cuando un terapeuta se muestra y se enseña al grupo de supervisión, está disolviendo estos secretos y se está comprometiendo con su oficio y con su paciente aunque, paradójicamente, parezca que los traiciona.

4. 2 Los temas de supervisión

El tema fundamental durante la supervisión deber ser el terapeuta: sus actitudes, su objetivo, su actividad. En primera instancia es necesario aclarar que el paciente no es el supervisado, en principio, ya que no tiene mucho sentido dedicarle tiempo a que el terapeuta exprese lo "malo que es su paciente", actitud ésta que aparece frecuentemente en la supervisión, y que tiene que ver realmente con la comodidad y el narcisismo del terapeuta.

Conviene no perder de vista que el paciente no está haciendo sino su rol de neurótico y es tarea del terapeuta revelarlo y trabajar con ello.

Una visión panorámica de cómo está desarrollándose la terapia permite incidir más directamente sobre los aspectos teóricos y técnicos, ya que no hay que desestimar el proceso como una totalidad. Para eso es conveniente:

1. Conocer los asuntos biográficos más significativos del cliente: su relación con los padres, su cultura familiar, escenas significativas de su infancia y adolescencia. También, cómo se relaciona actualmente con el mundo: situación laboral, afectiva... así como los motivos que lo llevan a terapia.

2. Repasar qué ha ido sucediendo a lo largo de la terapia, a veces en secuencias cortas (sesión a sesión) o más largas (en tres meses, en un año), para ver qué temas han aparecido, cuáles han podido trabajarse o no, qué está faltando como "actividad" terapéutica. Por ejemplo: enfocar más en profundidad la relación con la madre, retomar un episodio doloroso que se tocó de pasada (aborto, ruptura de pareja), replantear pautas de conducta en los casos en que hay suficiente conciencia del problema pero falta plasmarlo en la realidad (buscar trabajo, romper una relación, solucionar tal situación inconclusa, etc.).

3. Reflexionar sobre las *intervenciones* del terapeuta o propuestas de trabajo que más movilizadoras hayan resultado a lo largo del proceso. Se trata de una reflexión sobre la técnica, sopesando qué abordajes, intervenciones, ejercicios, etc., se han revelado útiles y cuáles no en cada caso concreto, puesto que lo que funciona con un paciente no tiene por qué resultar efectivo con otro.

4. La relación terapéutica, así como la forma en la que ha ido evolucionando el vínculo a lo largo del tiempo. Porque la finalidad última de este proceso es supervisar al terapeuta, se torna necesario observar si su actitud está siendo correctora o si, por el contrario, está reproduciendo las condiciones que han generado o perpetuado la neurosis del cliente. Esto ayuda a poner conciencia en lo que es mecánico, y su efecto expansivo va a modificar la relación terapéutica, a veces por simple contagio (al darse cuenta, el terapeuta cambia su actitud y eso mismo abre la terapia en otras direcciones), a veces

explicitando ese descubrimiento y llevándolo a la sesión para trabajarlo con el paciente.

Buguña en Naranjo (2002), describe ésta es el ámbito fundamental de la terapia, donde confluyen terapeuta, paciente y proceso. La terapia así entendida no puede impartirla ni un libro ni una computadora, sino que es el resultado del encuentro humano. Pero esta relación es algo más que el encuentro físico: su potencia transformadora y curativa depende de la actitud del terapeuta/paciente. Supervisar la calidad de dicha relación nos lleva a reflexionar sobre la presencia y el contacto del terapeuta.

También añade cinco temas de supervisión:

1. *La presencia.* Cuando el terapeuta sólo se encuentra físicamente, la relación queda desposeída de todo contenido humano real. Una forma burda de ausencia es cuando el psicólogo se ausenta en sus diálogos internos teórico-técnicos; de esta forma termina por desaparecer como interlocutor y dedica la sesión a su intelecto: diagnosticando mentalmente, interpretando, sopesando qué intervención sería más eficaz, sin realmente ser de gran ayuda.

2. *El contacto.* La compensación del terapeuta que se pone técnico y profesional es que con quien contacta es con un caso, no con una persona, y la relación se convierte en un juego de fantasmas. Si el terapeuta considera grave ese "caso", suele asustarse, y el miedo va a restarle mucha de su potencia y de sus recursos terapéuticos. Por el contrario si el caso se considerara fácil, el terapeuta hace todo un despliegue técnico adecuado para que el paciente se "cure" rápidamente, en cuya circunstancia el facilitador cae en ponerse exigente, intolerante en supuestos retrocesos sin percatarse de cuántas expectativas propias está depositando sobre los hombros de su paciente.

3. *El uso del sí.* Los límites entre implicación y neutralidad han sido objeto de reflexión y discusión en todas las doctrinas psicoterapéuticas. Freud en Greenson (2004) recomienda al cirujano que deja de lado todos sus afectos y aun su compasión humana y concentra todas sus fuerzas espirituales en una

meta única: realizar una operación lo más acorde posible a las reglas del arte, que aquella frialdad de sentimiento que cabe exigir del analista se justifica porque crea para ambas partes las condiciones más ventajosas: para el médico, el muy deseable cuidado de su propia vida afectiva; para el enfermo, el máximo grado de socorro que hoy nos es posible prestarle por lo que el médico no debe ser trasparente para el analizado, sino, como la luna de un espejo, mostrar sólo lo que le es mostrado.

Tiempo después, Lacan defiende al terapeuta en el lugar del "sujeto no deseante", caso contrario de la Gestalt cuyo fundamento radica en general por mayor libertad otorgada al terapeuta, para que éste pueda utilizarse a sí mismo como persona más que como técnico o como espejo.

Como objetivo de supervisión surge una disyuntiva: ¿Cómo usarse a sí mismo y a la vez mantener esa neutralidad que parece deseable en todo terapeuta? Tomando la neutralidad como algo extrínseco, se convertirá en una técnica, como represión de sus resistencias, lo que conlleva desproveerse de una de sus mejores herramientas.

Esta neutralidad como estado psicológico, más poderosa que la atención flotante, es propia de alguien con un gran desarrollo interior, lo cual no es el caso del terapeuta principiante; sin embargo, puede entrenárselo en esta dirección siendo un buen camino alentar al terapeuta a usarse, tanto en sus mejores recursos como en sus aspectos más neuróticos.

4. *El carácter del terapeuta.* Enfoca la supervisión desde su punto ciego o falsa personalidad como el conjunto de inconsciencias del ego que van a determinar la forma en que el terapeuta *entiende, siente y actúa*.

5. *El estilo personal.* Mucho del trabajo supervisor es confrontar al terapeuta con sus dificultades de apoyar y/o frustrar y tratar de desarrollar la parte que más le falte, a la búsqueda de un equilibrio entre ambas. Siempre habrá terapeutas más empáticos-simpáticos y otros más frustrantes-confrontativos,

pero es tarea de la supervisión rescatar los aspectos crueles de un terapeuta amoroso y viceversa.

Cabe resaltar que como se ha observado, el terapeuta es *el objeto de la supervisión*, ya que la práctica tradicional en la que aprendiz da sus primeros pasos ante la mirada más experta del maestro, en cuyo caso no establece que la supervisión sólo le sirva al aprendiz.

4.3 Técnicas de supervisión

Naranjo (2002) establece que en las prácticas supervisadas cada "principiante" trabaja con un compañero-cliente ante la mirada del grupo y del supervisor. También cada alumno dirige el grupo de sus compañeros, de forma que conozca al menos esas dos modalidades de intervención: la individual y la grupal. En ambos casos, se reproduce una sesión convencional que va de los 45 a los 60 minutos, no se interrumpe al que actúa de terapeuta hasta que da por finalizada su intervención y, entonces, se recoge el feedback del grupo, el del propio cliente, las observaciones de quien hizo de terapeuta y, finalmente, interviene el supervisor. El tiempo de retroalimentación y supervisión dura habitualmente lo que la sesión, aunque también hay otros estilos en los que se permite al supervisor interrumpir la sesión, o bien el alumno-terapeuta la detiene para consultar. Si bien, no se trata de hacerlo de forma correcta, en el sentido de aprobar un examen, sino de apreciarse aprovechando la garantía de "experiencia" que tienen estas prácticas, siendo lo significativo lo que ocurre, no lo que debería haber ocurrido.

Florenzano en Naranjo (2002) también recomienda las siguientes técnicas de supervisión como las que más sobresalen por sus efectos positivos durante la supervisión:

Rol playing. Consiste en reproducir la sesión o situación conflictiva y desarrollarla psicodramáticamente, unas veces jugando el supervisado todos los papeles (terapeuta y paciente) y otras delegando estos roles en el

supervisor o en los compañeros con el objetivo de amplificar y entender los sentimientos que se están moviendo en la relación, aprovechando la distancia y la eficacia que proporciona esta escena.

En general, ponerse en el lugar del paciente resulta siempre revelador; el terapeuta se hace más responsable de sus proyecciones, entiende asuntos inconclusos que estaban perturbando la relación y se proporciona a sí mismo un espejo crítico que le auto denuncia actitudes de las que no se había percatado: impaciencia, prejuicios, inseguridad, complacencia, etc.

Catarsis controlada. La situación de seguridad que ofrece la supervisión facilita la expresión de sentimientos conflictivos que el terapeuta ha acumulado y que, frecuentemente, refleja y bloquea. En muchos casos, puede ser inoportuno explicitárselos al paciente, pero sí puede aprovecharse la supervisión para que el terapeuta se libere de ellos. Si bien existen diversas formas de llevarse a cabo, esta es una forma en la que puede establecerse:

1. Se le propone una descarga frente al cojín donde imaginariamente situamos al paciente, animándolo a la expresión más genuina y descontrolada de que sea capaz: resentimientos, insultos, golpes, etc., hasta considerar que el terapeuta se ha liberado de su hostilidad.
2. Tras la descarga, se reflexiona sobre qué aspectos agresivos-confrontativos merece la pena aprovechar y convertirlos en herramientas de trabajo para la próxima vez.
3. Se reproduce una "sesión correctora" en la que el terapeuta practique lo descubierto, siendo claro y directo en su confrontación, sin caer en agresiones destructivas ni en amenazas ni en retroflexiones.

Preguntas exploratorias. El supervisor se dirige a explorar la conciencia del terapeuta por medio de preguntas que lo remiten a sí mismo, entendiendo que la interpelación no es de corte técnico-teórico, sino dirigida a su actitud; cómo desestimó su intuición o su percepción, en qué se distrajo, qué temores o fantasías catastróficas quebraron su presencia. Otras preguntas van dirigidas a conocer la intencionalidad del terapeuta, que no siempre es consciente de las metas que se ha marcado: "¿Qué quieres que ocurra?, ¿qué estás intentando

que le suceda al paciente?" Esta exploración ya es en sí misma válida si el terapeuta le pone palabras a aquello que no se había dicho. También, porque a veces sirve para codificar la intuición, lo que uno no sabe hasta que no se detiene a verlo.

Revisión de la hipótesis de trabajo. Detrás de una intervención o propuesta del terapeuta hay una hipótesis de trabajo no explicitada, que conviene revisar para no caer en excesos interpretativos. Es tarea de la supervisión reflexionar sobre esta hipótesis, contrastarla con otras posibles alternativas y escuchar las aportaciones de los compañeros.

Otra forma de supervisar es a través del registro de la sesión en *video*, lo cual es tanto una práctica supervisada, se filma *in situ*, como una supervisión de la práctica, que en este caso se trae grabada en vez de contarla. Esta actividad posee grandes ventajas como su cualidad visionaria y reflexiva ya que el supervisado tiene el impacto de "verse", en vez de imaginar, amañar o interpretar lo que uno hace por lo que tiene la contundencia de lo obvio.

Aunque en la actualidad existe poca literatura que hable sobre la supervisión de casos clínicos, hay quienes establecen que esta actividad surge como necesidad de los psicólogos al buscar un lugar en donde puedan revisar su quehacer profesional debido a la necesidad de compartir sus experiencias, aclarar dudas, confirmar sus planteamientos en el abordaje de un determinado caso, analizar situaciones concretas que han surgido durante la intervención, o conocer los avances en el abordaje de los distintos problemas psicológicos de sus pacientes por lo que no se encuentra una metodología establecida como tal que norme la forma en la que esta se lleve a cabo.

CONCLUSIONES

“Nadie puede llevar a otro más allá de donde él mismo llegó”. Jung.

Como se plantea en esta investigación, el actual Plan de Estudios de la UNAM de la Licenciatura en Psicología, presenta como parte de las competencias académico profesionales aquellas habilidades que deberá tener el egresado al haber concluido con el cien por ciento de los créditos, mismas, por las que entendemos un grado de competencia concreta, es decir, el logro de dominar una destreza específica en el área de la Psicología.

Por lo que, como egresados de esta licenciatura, además de poseer un conjunto de conocimientos, teórico-conceptuales significativos de los enfoques, conceptos, historia, principios científicos y filosóficos de la psicología, seremos capaces de comprender, dominar y estar al tanto de los métodos de investigación cuantitativos y cualitativos, y las técnicas de medición y evaluación psicológica; tendremos también la destreza de observar, identificar, recolectar datos, analizarlos, aplicarlos y comunicarlos de manera eficaz tanto a profesionales, usuarios como público en general, así como interpretar y diagnosticar rasgos, situaciones y circunstancias de alguna problemática psicológica a nivel individual, grupal y colectivo, interviniendo en actividades como prevención, mejoramiento, estabilidad y transformación y evaluando nuestro desempeño a través del impacto, cambios y resultados obtenidos adaptándonos a las condiciones cambiantes del contexto, reconociendo siempre la pluralidad y los valores propios de la disciplina.

Dichas habilidades se establecen como genéricas para el egresado de esta licenciatura, sin embargo existen destrezas específicas que el psicólogo clínico requiere para su práctica, mismas, que son elementos compartidos por todas las psicoterapias.

Popularmente el psicoterapeuta adquiere una identificación como "el que cura", credencial que se genera dadas las expectativas de los usuarios y público en general con base al entrenamiento que éste haya recibido, reforzado por un *ambiente de cura*, generado por las pruebas de su preparación como lo son diplomas, reconocimientos, fotografías, etc., mismo que es de gran apoyo para formar una relación que permita al paciente *establecer la "confianza básica"* en el terapeuta y, que éste a su vez genere el esquema racional o *mito* que ofrece la explicación de los síntomas del usuario y establezca el *ritual* para lograr su objetivo.

El primer caso, se refiere a la percepción del paciente en la relación con el terapeuta, relación preferentemente bajo una apreciación de seguridad y no amenaza que le permita expresarse libremente. El segundo, es un acuerdo de metas, objetivos y procedimientos entre ambos, de modo que el profesional clarifique expectativas sobre el proceso, situación que requiere de la empatía por parte del terapeuta, jugando un papel sumamente importante ya que de éste depende hacer sentir al cliente realmente aceptado y que se genere esta confianza pretendida.

Para lo cual, también necesita *enseñar* al usuario sobre el uso de las herramientas que se empearán para el desarrollo de las sesiones, habilidad cognitiva que le permite a su vez ejercitar ciertas técnicas empleadas según su enfoque. De esta forma se *constituye un equipo de trabajo* y así lograr detectar durante el proceso los elementos que permitan, o no, el cumplimiento de los objetivos del proceso.

Aunado a estas características en común que se presentan en diversas psicoterapias en cuanto a sus procedimientos de cura, existen actitudes, valores, conocimientos y pericias del terapeuta que determinan la calidad de la terapia, como lo son: *la adaptación de métodos y técnicas a cada cliente; el nivel y actitud sobre el conocimiento de sí mismo, y su competencia; la satisfacción de sus propias necesidades; sus estereotipos y juicios de valor; así como su objetividad y capacidad de mantener un equilibrio emocional y congruente que no afecte la relación terapéutica, por lo que el auto monitoreo objetivo y constante le permiten manejar con eficiencia situaciones contaminadas por emociones negativas al proceso.*

Así como estas habilidades, hay conocimientos que si bien tienen posibilidad de adquirirse mediante un proceso escolástico, su dominio es relativo a su experiencia en la aplicación de los mismos.

A pesar de que existen actualmente dentro de las estrategias de enseñanza - aprendizaje prácticas escolares, dentro o fuera de las instituciones educativas, que provean la supervisión y seguimiento de que el alumno está realmente adquiriendo estas habilidades, también sabemos que son insuficientes, ya que muchos de los valores y actitudes que son idóneos para el proceso terapéutico, se logra su dominio mediante su ejecución continua, fortaleciendo de esta forma la instrucción basada en problemas y casos reales. De esta forma se evita continuar con las brechas que la enseñanza predominantemente teórica ha mostrado conforme a las exigencias de los mercados laborales y la posibilidad de formar estudiantes competentes para afrontar problemas relacionados con la intervención profesional en escenarios reales.

Instituciones y autoridades como el Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología y el Código Ético del Psicólogo, a su vez enfatizan que la coherencia de los planes de estudio debe fundamentarse tanto interna como externamente, proporcionando la información y supervisión debida así como las medidas necesarias que aseguren que la práctica clínica se lleve a cabo competentemente, de forma que únicamente podremos intervenir en situaciones para las cuales poseamos no sólo la educación y formación, sino la experiencia supervisada. Siendo el mismo caso para los estudiantes de psicología que se encuentren en proceso de formación universitaria.

Durante esta investigación se encontró que no existe información que fundamente una metodología específica para llevar a cabo la supervisión de casos, a pesar de que es una tarea que se realiza en diferentes institutos, colegios y procesos de enseñanza de la profesión.

También se encuentra que su práctica evidentemente genera, desarrolla y perfecciona algunas de las habilidades necesarias para la práctica y el establecimiento de la relación terapéutica, por lo que se propone:

1. Investigar y profundizar desde la teoría hasta la práctica de la supervisión de casos, estableciendo un margen que permita emplearla de manera formal para su ejecución tanto en estudiantes como en terapeutas ya experimentados.

2. Que dicho margen sea normado por el Código Ético del Psicólogo a fin de que se exista una institución que supervise la forma en la que se establezcan dichos constructos teóricos.

3. Que la meta de la supervisión sea la de afinar el estilo terapéutico personal, la forma en que cada uno siente y transmite la terapia, y servir para la clarificación de los objetivos durante las sesiones, así como su fundamentación y completo conocimiento sobre las decisiones del terapeuta en cuanto a su manejo e intervención, y no, adiestrar y mejorar psicólogos en serie.

4. Dentro de las líneas que delimiten su práctica, se plantea que para mantener la congruencia de este proceso es indispensable lo siguiente:

- Constituir la delimitación sobre la cual se constituya la distinción entre la supervisión de casos de la “terapia” propia del terapeuta.
- Generar un programa de capacitación al supervisor que le prepare para esta labor, estableciendo claramente el objeto de la supervisión, siendo este el terapeuta y no el paciente.
- Que tanto supervisor como supervisado compartan la propia concepción del hombre, es decir el marco teórico sobre el cual ejercen la intervención terapéutica.
- Profesionalizar la supervisión de casos, si bien constituye parte fundamental durante la formación de un futuro psicólogo, también permite el desarrollo

continuo de la profesión del ya experimentado y con ello lograr un mejor desempeño de su arte.

5. Para las instituciones educativas se propone que.

- De ser posible si las normas de las incorporantes lo permiten, actualizar el plan de estudios a modo de asegurar que los estudiantes de la licenciatura en psicología tengan oportunidad de experimentar sesiones de supervisión de casos en grupo.
- Contrario a esto, si no permiten esta modificación, es imperativo que las instituciones fomenten esta práctica y concienticen a sus estudiantes sobre la importancia de llevar a cabo este proceso, de mantenerse actualizados y en constante retroalimentación, mediante programas de educación continúa.

No cabe duda alguna que tener conocimientos sobre la disciplina psicológica es sumamente importante, que toda la información ya sea tipo general como específica es trascendental, y de que esta es una parte básica y fundamental en la preparación de cualquier individuo profesional, para ejercer la profesión del terapeuta, no se requiere únicamente de tener una mente saturada de todo tipo de teorías psicológicas o enfoques determinados, ya que la psicoterapia es un proceso interpersonal y como consecuencia de esto, la personalidad y habilidades del terapeuta son una parte integral del proceso terapéutico que supone mucho más que conocimientos puramente verbales y razonamientos intelectuales.

Para finalizar, me gustaría destacar que durante la investigación del presente trabajo me he convencido de que continuar con el desarrollo profesional y personal, forma parte del compromiso fundamental que adquirimos como psicólogos con la sociedad para el cumplimiento de nuestra profesión y que éste nos lleva a lograr nuestro objetivo como terapeutas y personas, y mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes y la propia.

