



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“Habilidades terapéuticas en el contexto
de la psicoterapia. Una revisión general”**

T E S I S T E Ó R I C A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
N o h e m i L ó p e z G ó m e z

Directora: Dra. **Juana Olvera Méndez**

Dictaminadores: Mtra. **Esther María Marisela Ramírez Guerrero**

Mtro. **Enrique Bernabé Cortés Vázquez**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2015



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.

*Este trabajo está dedicado a mis padres,
hermanos y a todas aquellas personas
que me acompañaron a lo largo de este trabajo.
A todos y a cada uno de ustedes gracias por su enorme paciencia y cariño*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO 1. LA PSICOLOGIA CLINICA	9
1.1 Aportaciones históricas de la Psicología Clínica	9
1.2 Definición de Psicología Clínica	19
1.3 Principales objetivos de la Psicología Clínica	22
1.3.1. Las tareas de los Psicólogos Clínicos	25
CAPÍTULO 2. LA PSICOTERAPIA	32
2.1 Definición de Psicoterapia	32
2.2 La implicación en el proceso de la psicoterapia	41
2.2.1 La formación de psicoterapeutas	45
2.3 La entrevista en Psicoterapia	55
CAPITULO 3 LOS MODELOS EN PSICOTERAPIA	65
3.1 La perspectiva de los modelos en psicoterapia	66
CAPITULO 4. HABILIDADES TERAPÉUTICAS EN EL CONTEXTO DE LA PSICOTERAPIA	73
4.1 Definición de habilidad	73
4.2 Habilidades interpersonales	76
4.3. El estilo personal del terapeuta	93
4.4 Habilidades básicas del psicoterapeuta	100
4.5 Habilidades del entrevistador	131
4.6 Otras pautas para potenciar las habilidades en psicoterapia	133
4.6.1 La ética en la intervención psicoterapéutica	158
4.6.2 Alianza terapéutica	168
CONCLUSIONES GENERALES	174
BIBLIOGRAFÍA	181

ANEXOS	187
1. Efectos de la autoimagen del psicoterapeuta sobre la interacción psicoterapéutica	187
2. Cuestionario de autoevaluación	190
3. Inventario discriminativo de Crkhuff y Pierce	193
4. Inventario de conducta no verbal	195
5. Los valores	210

HABILIDADES TERAPÉUTICAS EN EL CONTEXTO DE LA PSICOTERAPIA.UNA REVISION GENERAL.

“En la educación y formación de los nuevos terapeutas en el campo de la salud mental, se debe tener como objetivo la adquisición de habilidades necesarias para una eficaz psicoterapia”

Nohemi López Gómez

INTRODUCCIÓN

En poco más de un siglo la psicoterapia se ha convertido en una práctica socialmente aceptada y necesaria; hasta llegar a ser una necesidad masiva. Sin embargo habría que cuestionarnos, si para todas aquellas personas quienes la han requerido, ha tenido un resultado eficaz. Actualmente sabemos que existen diversos trabajos respecto a la psicoterapia, incluso dentro de esos existen apartados que abordan el tema de las psicoterapias más efectivas que van en función de múltiples variables, como lo son las variables del terapeuta, del paciente, de los modelos bajo los cuales se debería trabajar, etc. Pero dentro de estas variables existe una variable que involucra lo que son las habilidades del terapeuta en el proceso de la psicoterapia. Es por eso que este trabajo responde a la necesidad de abordar estas habilidades terapéuticas que corresponderían en el proceso de la psicoterapia.

Antes de comenzar con una exhaustiva revisión teórica respecto a las habilidades terapéuticas en psicoterapia, tengo la hipótesis que las habilidades del terapeuta, son un componente básico, e incluso ineludible a cualquier persona que dese desarrollarse en el ámbito de la psicoterapia, no es a cuestión de que aquí lo señale, sino que también revisando diferentes escritos, estos abordan el tema de la habilidades y la mayoría coincide en retomar de una u otra manera el concepto de habilidad terapéutica. Considero que una de las vías más accesibles y adecuadas para obtener resultados eficaces en psicoterapia, es que el terapeuta adquiera, desarrolle y perfeccione habilidades que puede ejercer en la psicoterapia, ya que estas se pueden obtener primero si uno tiene la disposición necesaria (actitud) y a través del conocimiento y experiencia.

Como ya lo indique, aunque ya se han citado diversos trabajos acerca de las habilidades terapéuticas, considero que no se les ha dado el valor y peso debido, ya que al momento de

acercarnos a lo que es proceso psicoterapéutico, estas muchas veces quedan olvidadas y aisladas. Además en el ámbito de la psicoterapia las habilidades deben ejercerse en todo momento,

Debemos recordar, que la importancia de poseer habilidades en psicoterapia, parte del saber que tener un amplio conocimiento dentro del área de la psicología, no lo es todo para poder desempeñarse debidamente como psicoterapeutas, un psicoterapeuta debe poseer e ir adquiriendo además de sus conocimientos ciertas habilidades que le permitan desempeñarse adecuadamente dentro de la psicoterapia, teniendo en cuenta que independientemente del marco teórico bajo el cual dese trabajar, estas habilidades deberán estar presentes en todo el proceso psicoterapéutico .

Para que un terapeuta pueda adentrarse al ámbito psicoterapéutico, necesita adentrarse en el campo de la Psicología Clínica, la salud y las psicoterapias; y sobre todo incorporar habilidades necesarias para su adecuada implementación en el proceso psicoterapéutico.

Las habilidades implican conocimientos vinculados con el hacer y con el ejercicio de destrezas e incluso estrategias determinadas para resolver determinados problemas, las habilidades, a diferencia de las competencias, son más elementales y pueden ser desarrolladas aisladamente, es por eso que el desempeño de un terapeuta en el ámbito de la psicoterapia implica la adquisición de habilidades para el manejo del proceso psicoterapéutico.

Para comenzar a implicarnos teórica y prácticamente en las habilidades terapéuticas en el ámbito de la psicología, es inherente hablar sobre psicología clínica sus inicios y de cómo las primeras aportaciones respecto al ámbito de la enfermedad, ayudaron a formar lo que hoy en día es la psicoterapia, por tal motivo en el primer capítulo se hablará únicamente de la psicología clínica, sus aportaciones históricas, sus principales objetivos y la enmarcación estos en cuanto al desempeño de los psicólogos clínicos; el primer capítulo será entonces la antesala que nos guiará a abordar el segundo capítulo, que abarcará componentes importantes en el tema de la psicoterapia; tengamos en cuenta finalmente que la

psicoterapia es la aplicación de la psicología clínica al tratamiento de los problemas mentales, a través del proceso psicoterapéutico, por este motivo, primero se deberá aterrizar en la psicología clínica, hasta más adelante llegar a la construcción de la psicoterapia.

Después de realizar el primer capítulo en el que se describen los antecedentes de la psicología clínica, el segundo capítulo se construirá a partir de las definiciones de psicoterapia, por tanto se abordarán diferentes definiciones que nos permitan finalmente llegar a la definición más acertada y explicativa de la psicoterapia. En este punto del trabajo se verá un aspecto indispensable respecto a la psicoterapia porque se explicará lo que es la psicoterapia, en que consiste y se excluirán entonces todas aquellas otras prácticas, que pudieran de alguna manera ser consideradas afines, pero que finalmente no lo son; ejemplos de estas prácticas son las relaciones de ayuda (sin un profesional experto), la consejería que puede partir desde el consejo médico o simplemente un consejo psicológico sin ser psicoterapia, la orientación, el counseling, la consejería y otros que no involucran parte de la enorme responsabilidad y profesionalismo tan arduo que es el proceso psicoterapéutico en el que obviamente deben ir inmiscuidas las habilidades, también se considera pertinente el retomar variables significativas que hagan mención en que consiste o que implica la formación de psicoterapeutas, hasta llegar finalmente a lo que es el primer paso del proceso psicoterapéutico: la entrevista.

Una vez abordado el subcapítulo que concierne la descripción de la entrevista, sus fases, los diversos tipos que existen, etc. En el tercer capítulo se mencionaran de manera muy general cuáles son los modelos que en psicoterapia se trabajan con el objetivo de conocerlos, y de tenerlos presentes, para priorizar en las habilidades; por que independientemente del marco teórico bajo el cual cada terapeuta desee trabajar, las habilidades terapéuticas deberán estar presentes en el proceso psicoterapéutico; ya que formaran parte fundamental del éxito en proceso psicoterapéutico, porque estas habilidades pueden ir más allá de un simple pilar de apoyo para el terapeuta en el proceso psicoterapéutico.

El cuarto capítulo coexistirá como la parte esencial de este trabajo, (hago la aclaración que este trabajo partirá de lo general; hasta llegar a lo particular: “las habilidades terapéuticas en psicoterapia”) pero recalco que todo tiene igual importancia. Este capítulo comenzará con la descripción de lo que es una habilidad, con el objetivo hacer hincapié en que las habilidades son capacidades para realizar algo bien y se desarrollan a través del conocimiento y la práctica, por tanto pueden ser adquiridas. Posteriormente se hablará de las habilidades interpersonales que deberá poseer un terapeuta al momento de ejercer psicoterapia, se abordará el estilo personal del terapeuta que no es independiente de las habilidades aunque si existen distinciones entre ambas, pero finalmente se relacionan a las habilidades porque se encuentran vinculados a los principios comunicativos del terapeuta, por eso no se tomará como una variable independiente.

Después seguirá el subcapítulo de habilidades básicas del terapeuta, en donde después de hacer una revisión general sobre las habilidades terapéuticas en las distintas corrientes y enfoques; se plasmarán las que considero básicas que terapeuta adquiera y que faciliten el proceso en psicoterapia.

Siguiendo la línea de las habilidades, retomaré parte de lo que son las habilidades del entrevistador para el caso de la entrevista, y seguiré posteriormente con lo que es el subcapítulo de “otras pautas para potencializar en psicoterapia”. En este apartado no solo pienso agregar aspectos que considero indispensables para potenciar parte de las habilidades ya mencionadas, sino que también escribiré acerca de la alianza terapéutica, con el fin hacer hincapié que parte del correcto uso de las habilidades terapéuticas da como resultado lo que conocemos como alianza terapéutica.

1. LA PSICOLOGIA CLINICA.

La psicología clínica es la disciplina o campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta, para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las anomalías a los trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de salud y enfermedad en los distintos y variados contextos en los que estos puedan tener lugar.

1.1 Aportaciones históricas de la psicología clínica.

Para poder abordar el área de la psicología clínica es importante recabar algunos antecedentes que respalden como la psicología comenzó abarcar gran parte del área de la salud mental hasta llegar a convertirse en lo que hoy día conocemos como psicología clínica, y como esta psicología clínica ha usado la investigación con fines experimentales y prácticos.

Establecer un determinado periodo o designar una persona en particular como el iniciador de la psicología clínica, es arbitrario; lo que sí es importante; es resaltar la necesidad humana como una necesidad particularmente del conocimiento. Díaz y Núñez (2010), por ejemplo describen que la psicología clínica es específicamente originada en su compromiso por usar la investigación psicológica para mejorar el bienestar de los individuos.

Lograr insight significa comprender los orígenes de la propia conducta; ya que solo a través de un análisis del pasado y otros factores puede enfocarse el sentido completo del presente. La necesidad de insight como bien lo refiere Phares (1996), es la que ha hecho que la búsqueda de esas necesidades a través de la psicoterapia sea tan duradera en el transcurso de los años. Es la presencia de la doble necesidad humana de ayudar y de ser ayudado lo que ha originado, a lo largo de la historia muchas y variadas formas de ayuda para responder mejor a las necesidades de la persona.

Remontándonos en la historia muchos de los hombres de las culturas silvícola y agrícola estaban centrados especialmente, en la satisfacción de sus necesidades de existencia; entre estas ocupaba un lugar importante la salud física y, con ella, la explicación de ciertos

comportamientos extraños de algunos de sus miembros, asociados con lo que llamamos hoy en día salud mental.

Las necesidades y los intentos de ayuda que se prestaban en estas situaciones dependían de los esquemas culturales predominantes en cada momento histórico (Phares, 1996).

Desde los albores de la humanidad, el hombre observó, con gran perplejidad, que algunos miembros del grupo mostraban comportamientos extraños que no respondían a las expectativas y normas de su grupo de pertenencia, un comportamiento sorprendente, inusual, aparentemente perturbado o loco. A veces, estos comportamientos comenzaban ya en la infancia; otras veces en la edad adulta; otras, finalmente, en la vejez. Algunas de estas conductas eran permanentes y gravemente peligrosas para sí y para los demás; otras, por el contrario, parecían menos graves y eran pasajeras.

Estos comportamientos fuera de la norma; siempre han llamado la atención de las personas del entorno, que han intentado explicarlas de acuerdo con su visión de la realidad y los esquemas culturales, religiosos y médicos que se han tenido en cada momento histórico. Incluso hasta el día de hoy muchos de los eventos que podrían ser extraños y fuera del rango de la normalidad para nosotros, aun tratamos de explicarlos como bien ya lo menciono (Phares, 1996) a través de esquemas culturales predominantes del momento histórico en el que nos encontramos.

Generalmente, como es obvio, e incluso similar a nuestros días en muchos casos, la mayoría de los recursos de ayuda que intentaban aplicar para los casos de enfermedad mental eran deudores de los mismos propuestos. Hoy en día tal vez no es que el presupuesto quede a la par de las deudas, pero si es importante mencionar que desafortunadamente a pesar del transcurso de los años, la mayoría de la población no tiene acceso y facilidad para poder tratar la salud mental como es debido.

Pero retomando el tema de la psicoterapia para explicar la enfermedad; podemos decir que a grandes rasgos, cabe distinguir dos esquemas primitivos básicos desde los cuales se intentaba aclarar la enfermedad mental o conducta desviada del grupo.

El primero interpreta la enfermedad mental o conducta desviada como influencia de un agente exterior, frecuentemente cuasi-sobrenatural; el segundo esquema, por el contrario, ha intentado explicarlo como efecto de causas naturales.

A continuación Sahakian, (2005), muestra los esquemas y sus interpretaciones de las llamadas conductas desviadas o enfermedades mentales:

A) La conducta desviada o enfermedad mental como influencia de un agente externo cuasi-sobrenatural.

- Explicación pre-racional; en donde se explicaba la enfermedad mental como efecto de la voluntad o influencia de espíritus, demonios equivalentes a brujas o dioses.
- Componentes animistas; la conducta desviada se interpreta como un fenómeno de posesión o alma extraña, por tanto era frecuente el uso de amuletos y talismanes.
- La enfermedad tenía su causa en el paciente y el enfermo era considerado como un pecador. Por eso debía orar, hacer sacrificios, acudir a un exorcista, etc., que lo liberara de la enfermedad.

Mora 1989, (cit. en Sahakian, 2005) explica que el sistema mágico religioso que influye en la filosofía de los métodos curativos primitivos puede considerarse un intento de introducir la racionalidad y de satisfacer las necesidades socialmente esperadas en la experiencia psicológica aparentemente caótica de los seres humanos primitivos. El chamán en estas culturas surge, como un curandero por inspiración, con una estructura muy vulnerable para la posesión y el médium mediante el cual hablan los espíritus (enfermedad). La inmersión del chamán dentro del ámbito de los espíritus es símbolo de la restitución de la paz interior del paciente mediante sacrificios y otros medios que si son estudiados rigurosamente tiene un carácter simbólico, posible de descifrar para curar la enfermedad.

B) La conducta desviada o enfermedad mental efecto de causas naturales (La enfermedad mental se explica en el ámbito de la medicina).

Para el mismo Hipócrates la vida y la salud del hombre están reguladas por la interacción de cuatro humores corporales; sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema. Estos humores resultan de la combinación de cuatro cualidades básicas de la naturaleza; calor, frío, humedad y sequedad. Por tanto un desequilibrio de los humores corporales puede estar ocasionando un desequilibrio similar en el entorno del paciente.

- Ahora bien Platón establece la separación radical entre alma y cuerpo, por tanto, la enfermedad mental es propia del alma y el alma se la contamina al cuerpo, los trastornos del alma pueden acarrear trastornos corporales.
- Benjamín Rush; Afirma que la causa de la locura radica principalmente en los vasos sanguíneos del cerebro.
- En el siglo XVIII y XIX se hace común la explicación de la enfermedad como efecto de causas orgánicas. Se acentúa la importancia de la herencia y mal funcionamiento del cerebro como origen de las enfermedades y del comportamiento patológico de las personas.

A pesar de este descubrimiento de la enfermedad; se ignoraba aun prácticamente la influencia del medio como explicación de la enfermedad y como recurso para ayudar a recuperarla.

Debemos de tomar en cuenta que la ayuda psicológica a los conflictos humanos, como la entendemos hoy día fue configurándose poco a poco, a lo largo de un lento proceso; pero las líneas fundamentales de la moderna psicoterapia fueron puestas a finales del siglo XIX y principios del siglo XX hasta llegar a consolidar poco a poco lo que consideramos ahora como la psicología clínica. Aunque con distinta intensidad (según las diversas escuelas) se reconoce la importancia de las predisposiciones naturales y también poco a poco, la influencia del medio en el cual se desenvuelve la persona.

Ahora bien, Phares (1996), menciona que se puede ir desde los filósofos griegos, como Tales, Hipócrates o Aristóteles quienes, mucho antes del nacimiento de Cristo, especulaban acerca de los seres humanos y la naturaleza del pensamiento, la sensación y la patología, hasta como bien ya lo citó Sahakian, en el 2005 a partir del surgimiento de las culturas

avícolas y silvícolas y con aquellos primeros albores del hombre primitivo, pero dado que esta información, se cita solo como un cumulo de antecedentes en el movimiento o sistema de pensamiento en la sociedad occidental, no son reconocidos honorablemente, como para afirmar que a partir de estas primeras culturas silvícolas y agrícolas y con los esquemas del hombre primitivo, surgen los primeros comienzos respecto a lo que es la psicología clínica.

Entre los autores que más influyeron en la aparición de la ayuda psicológica propiamente dicha, hasta posteriormente llegar al concepto de psicología clínica según Palacios (2003), se encuentran:

- La teoría del magnetismo animal, que fue muy controvertida en su tiempo, e incluso, fue rechazada por la mayoría, tuvo una gran importancia pues, de algún modo, venía a afirmar, aunque de modo pre-científico el poder de curar a través de la influencia social, esta teoría fue expuestas por A. Mesmer
- Otros autores como Liébault, J. Braid y J. M. Charcote estudiaron y utilizaron la hipnosis como instrumento de curación, lo que suponía la aceptación de los fenómenos de la influencia interpersonal en la ayuda.
- H. Bernheim postulaba un proceso de interacción entre el enfermo y el médico, en el que las sugerencias de este influían en los procesos mentales del enfermo, y estas en sus procesos fisiológicos.
- J. Breuer trabajó con S. Freud los fenómenos de la histeria a través de la hipnosis. El objetivo era facilitar la catarsis al paciente haciéndole recordar el incidente que presumiblemente constituía la causa del problema.

La aparición y consolidación de la ayuda psicológica propiamente dicha es muy extensa, por ello Sahakian, (2005), menciona tres factores que tuvieron una gran influencia en su consolidación y sobre todo en su aceptación social:

1. El movimiento psicoanalítico (1856-1939), creado por Sigmund Freud. Que es la figura más significativa y la que contribuyó más decisivamente a la consolidación de la psicoterapia moderna; por eso suele considerarse como su iniciador. Su pensamiento arranca desde las inquietudes y esquemas teóricos de finales del siglo

XIX; pero, a su muerte, en 1936, deja firmemente consolidada una teoría de la estructura y desarrollo de la personalidad, una psicopatología y las líneas maestras del procedimiento terapéutico, que servirían de punto de partida para otros muchos otros autores. Entre sus aportaciones más significativas cabe señalar el método de la historia de casos, la asociación libre, la transferencia y la interpretación.

2. Movimiento de la higiene mental. Este movimiento tuvo una gran importancia en Estados Unidos y contribuyó decisivamente a despertar las inquietudes de la sociedad y de los poderes públicos sobre los problemas de la persona que padece la enfermedad mental. El promotor pionero de este movimiento fue Clifford Beers quien en 1908 publicó su libro “La mente que se encontró así misma”. El cual tuvo un gran impacto y contribuyó eficazmente a que se tomara conciencia de la situación lamentable en que se encontraba el enfermo mental, las instituciones que lo trataban y los métodos utilizados. La expansión fue extraordinaria pues en 1907 se crea la comisión nacional para la higiene mental y en 1919 se instituyó la comisión internacional de higiene mental, de este modo en 1930 se celebró el primer congreso internacional de higiene mental con la representación de 50 países.

3. Orientación vocacional. La preocupación principal de los promotores de esta corriente era facilitar elecciones y decisiones acertadas a la persona que debía optar entre una serie de posibilidades que podían tener consecuencias importantes para su futuro. La aparición de la orientación vocacional respondía a la mentalidad de la sociedad americana, muy centrada en el individualismo y las posibilidades de promoción y desarrollo de la persona. Entre los pioneros de la orientación vocacional cabe señalar a George Murrill, W. R. Harper, e Beaver, F. Parsons, y L. Witmer. Durante este periodo ante todo se proponían prestar un servicio de asesoramiento eficaz a la población juvenil en la apremiante necesidad de abrirse paso en el mundo laboral, para lo que debía tenerse en cuenta tanto las propias actitudes del joven, como la compleja sociedad industrial norteamericana. La publicación de la obra póstuma de F. Parsons “Choosing a vocation” en 1909, se

considera el inicio oficial de la orientación vocacional; por eso, Parsons es considerado como el padre de la orientación vocacional.

La orientación vocacional, puede resultar para muchos un tema aislado de lo que es la psicología, pero fue gracias a la orientación vocacional, cuando en las universidades estadounidenses el psicólogo, comienza a percibirse a sí mismo como un prestador de servicio y como un profesional en pie de igualdad con educadores, administradores de empresas, médicos, juristas etc. e iniciar así varias luchas gremiales para lograr colocarse como un poseedor en su disciplina que finalmente ofrecerá un servicio.

En años anteriores a 1890 existe realmente muy poco acerca de la historia de la psicología clínica, como para separarla de la historia de la psicología de lo anormal, o como la denominaron Zilboorg y Henry, 1941 (cit. en Phares, 1996) “psicología médica”, por tanto se encuentra más útil buscar en las raíces de la psicología clínica moderna, en los apartados de los movimientos reformistas del siglo XIX, cuyos propósitos incluyeron el mejoramiento en el cuidado de los enfermos mentales.

Estas mejorías y los impulsos humanitarios de aquellos que las alentaron, fomentaron los débiles comienzos de las profesiones de salud mental como se les conoce hoy en día. Una de las principales figuras del movimiento fue Philippe Pinel, un médico francés. Horrorizado por la insensata brutalidad con la que eran manejados los “hospitales mentales” del siglo XIX, logro que se le nombrara director del manicomio de Bicetre y, después, del de Salpetriere; a través de su bondad y humanidad obtuvo grandes logros dentro de un campo muy difícil. Así su trabajo constituyó un pilar en el ámbito de la salud mental y, en última instancia, de la psicología clínica.

Casi al mismo tiempo un inglés llamado William Tuke, se dedicó al establecimiento de lo que se podría llamar un hospital moderno para el tratamiento humanitario de enfermos y perturbados. En Estados Unidos, Eli Todd trabajo con éxito durante mucho tiempo para desarrollar un retiro en Hartford para enfermos mentales. Como sus colegas europeos, Todd enfatizó el papel del cuidado civilizado, del respeto y de la moralidad. A través de sus esfuerzos, se volvió menos convencional considerar a los pacientes con enfermedad mental como incurables.

La búsqueda de los antecedentes psicológicos y un énfasis en el tratamiento habían comenzado a reemplazar la rudeza rutinaria de la custodia. Otra estadounidense que tuvo un profundo efecto en el movimiento de la salud mental fue Dorothea Dix ya que con determinación y obstinación presiono, estímulo y lisonjeó hasta que obtuvo respuestas de los representantes del gobierno; utilizando la fuerza de la lógica, de los hechos, del sentimiento público y del tan conocido cabildeo, impuso su voluntad en 1844 y Nueva Jersey respondió construyendo un hospital para enfermos mentales (el primero en una procesión de más de 30 estados en hacerlo).

A través de los esfuerzos de este tipo de personas, se establecieron las bases para un campo en psicología clínica. Pero cabe concluir que el campo profesional de la psicología clínica, aparece formalmente en 1896 en la Penn University cuando Lighter Witmer utiliza en término “psicología clínica” para connotar sus esfuerzos realizados con personas con discapacidad intelectual. Witmer concebía la psicología como una disciplina estrechamente vinculada con la investigación científica y sometida a la prueba de la utilidad y eficiencia práctica. Además de fundar la primera clínica psicológica en E.U. impartió el primer curso formal de psicología clínica, a pesar de esto la psicología clínica no progreso mucho, hasta la llegada de la prueba de inteligencia, siendo la Escala Binet el factor más poderoso en su desarrollo y expansión, claro que la psicología clínica no dependió y nunca ha dependido de la Escala Binet, pero si cabe resaltar que su aparición sirvió de tremendo estímulo para la psicología clínica. (Phares, 1996).

Otro empujón definitivo a la consolidación de la psicología clínica lo dio la Segunda Guerra Mundial. En EEUU, casi 20 millones de soldados y civiles fueron evaluados psicológicamente mediante pruebas escritas o entrevistas. Debido a que se generó una impresionante cantidad de personas con necesidad de tratamiento psicológico, y esto contribuyó a que definitivamente psicólogos clínicos se convirtieran en terapeutas, y se vieran reconocidos a través de una profesión sanitaria.

A través del acontecimiento de la Segunda Guerra Mundial en el cual los psicólogos clínicos se vieron en la necesidad de formarse como terapeutas, ocurrió un proceso que quedo culminado con el establecimiento de los primeros programas de doctorado, para la formación en psicología clínica, sobre la base de las recomendaciones de la Asociación

Norteamericana de Psicología. Por tanto el desarrollo de la psicología clínica durante los años siguientes a la segunda Guerra Mundial fue incorporado a través de nuevas perspectivas de tratamiento, en las cuales fundamentalmente se denota la terapia de conducta, que comenzó a suplantar a los modelos psicodinámicos.

Una aportación importante fue la de Boulder, quien hace referencia a los datos relativamente poco importantes que existían para esta época respecto a la investigación clínica de la psicoterapia, este autor citaba que "la terapia es una técnica indefinida, que se aplica a problemas indefinidos, con resultados desconocidos." A pesar de esto, el apoyo dado por el Gobierno a la formación que seguía el modelo aprobado en Boulder provocó el crecimiento explosivo de la Psicología clínica.

Para 1948, la APA había aprobado veintidós programas de formación en Psicología clínica, y se estaban estudiando muchos más para su aprobación, por tanto fue en 1962 cuando ya se habían aprobado 60, y 72 en 1969, 83 en 1973, y más de 100 hoy en día. El número de psicólogos clínicos creció en proporción, y su trabajo se fue diversificando (Vargas, 2006).

El nuevo campo de la psicología clínica y de la salud integra, dos campos de especialización separados previamente. Ahora la psicología clínica y la psicología de la salud se encuentran dedicadas específicamente, una a los trastornos considerados clásicamente clínicos o mentales y la otra a los fenómenos y problemas psicológicos en su relación con los problemas médicos o de salud en general. Por tanto podríamos decir que actualmente tienen una visión holística e integradora mantenida sobre la salud y sobre la enfermedad como un todo integrado biológico, psicológico y social.

En lo que respecta a los principios, conocimientos, técnicas e instrumentos que la psicología clínica y de la salud, hoy por hoy se especifica que estos han de ser científicos, indicando con ello que, aunque ésta constituye más una disciplina aplicada que una ciencia básica, los conocimientos en que se fundamenta han sido derivados científicamente, al igual que los conocimientos que constituyen la actual psicología; definida como una ciencia dedicada al estudio de la conducta o el comportamiento humano a través de las distintas

manifestaciones en que esta pueda tener lugar (cognitivas, emocionales, motoras o manifiestas o psicofisiológicas en general) (Sánchez, 2008).

Por tanto podemos resumir que los hitos que han ido conformando el desarrollo de la psicología clínica entre las aportaciones más importantes que se deben tomar en cuenta podrían darse a partir del año 1896, cuando Lighner Witmer fundara en la Universidad de Pennsylvania, la primera clínica con el nombre precisamente de psicología clínica.

Phares (1996), refiere que la clínica de Witmer empezó por ofrecer tratamientos para deficiencias del desarrollo infantil sobre la base terapéutica de un re-aprendizaje, en donde el papel terapéutico propuesto por Witmer es muy similar al papel del terapeuta de conducta de hoy día, esta clínica terminó por desarrollar lo que su fundador denominara “método clínico” que ahora este método es considerado un pilar para los estudiantes en psicodiagnóstico y aplicación terapéutica. Witmer sería también fundador en 1907 de la primera revista de Psicología Clínica (The Psychological Clinic).

Y finalmente la fecha de 1896, también fue significativa por ser el año en el que Sigmund Freud pusiera el nombre “psicoanálisis” a su propio método clínico. Es interesante decir que Freud y el psicoanálisis recién bautizado supusieron una ruptura con la tradición neuropatológica y el comienzo de un nuevo enfoque que bien puede inscribirse como psicología clínica.

Ahora bien para dar continuidad al siguiente subcapítulo, podemos resumir como aportaciones históricas de la psicología clínica todos aquellos hechos históricos e incluso sociales que fueron surgiendo, por ejemplo; la manera en que se dieron los hechos y el cómo se fueron aplicando los métodos científicos en la psicología, otro aspecto importante fue la manera en cómo se fue desarrollando el interés individual de muchos por afrontar estos hechos y finalmente el cómo se fueron abordando los problemas conductuales y la actitud que muchos tuvieron ante ello.

Para poder abordar las definiciones siguientes (psicología clínica, psicólogos clínicos, etc.); es conveniente resaltar que la psicología clínica y de la salud, constituyen un campo de

especialización en la psicología, aparentemente el más relevante si se toma a consideración el número de psicólogos que realizan sus funciones en este campo que es, mayor que el de cualquier otro ámbito aplicado.

Por todo lo anterior ya mencionado es importante resaltar la consolidación especializada de la psicología, que conlleva la inseparable característica de que los expertos que la practican han de ser necesariamente psicólogos con una formación complementaria especializada y profesional en el ámbito de la psicología clínica o de la psicología de la salud.

1.2 Definición de Psicología Clínica.

Antes de comenzar con la definición de psicología clínica, es importante aclarar el término por el cual se usa “clínico” esta explicación la desarrolla y expone Santacreu (2011), en la cual refiere que en muchas ciencias y, especialmente, en las llamadas ciencias sociales se utilizan palabras como es el caso de “enfermo” o de “clínico” como una definición nueva y distinta de la que originalmente se tenía restringida, respecto al conjunto de significados del lenguaje cotidiano.

Naturalmente esa práctica lleva a sucesivas redefiniciones del término que, aplicado a otros contextos, termina por tener otro significado con un variado grado de consenso. Las palabras “clínico” y “enfermo” se han utilizado en contextos médicos pero también en contextos más generales. Enfermo, es una palabra de origen latino. Su significado es opuesto a firme. Se refiere a no mantenerse firme, de pie, con capacidad o fuerza para afrontar cualquier contingencia y, con ese origen, llega a significar en medicina persona que padece algún tipo de mal, dolor o sufrimiento en su cuerpo, que le impide mantenerse en pie Clínica es una palabra de origen griego y hace referencia a cama. Se refiere a quien está postrado en cama y no se puede mantener en pie. Ambos conceptos en medicina están finalmente ligados (Santacreu, 2011).

En psicología los conceptos de enfermo y de clínico han sido numerosos y, en la actualidad, “enfermo” es un término con poco predicamento “clínico” es un término aceptado y usado sin discusión. El término clínico, tiene actualmente la connotación de “individual” y se refiere a la forma específica en la que se manifiesta un tipo de enfermedad (problema psicológico) en una persona.

Es importante recordar que el tratamiento psicológico tiene como objetivo resolver los problemas que plantea un individuo respecto a sus dificultades para adaptarse al medio en que vive. Por tanto para Santacreu (2011), se entiende que los individuos presentan problemas psicológicos cuando:

1. La persona padece una falta subjetiva de bienestar que no puede eliminar por sí sola aun cuando ella misma se considera relativamente bien adaptada el contexto.
2. La persona manifiesta a (criterio propio o del entorno) déficits o excesos de conducta que interfieren en el adecuado funcionamiento en su contexto.
3. La persona interviene en actividades que, ella misma o personas que la rodean, consideran anormales y que dan lugar a consecuencias negativas para ella misma y/o los demás.

Ahora bien una vez aclarado por qué se usa la palabra clínico o clínica, se aborda la definición con respecto al término de psicología clínica. A continuación se mencionan diferentes definiciones encontradas y a diferentes autores en la literatura de la psicología y en diferentes años; es importante mencionar como estas fueron las más certeras en el campo de la psicología; hasta la última definición realizada por la APA.

Goldenberg ,1973 (cit. en Díaz y Núñez, 2010) refiere que la psicología clínica se puede definir como una rama de la psicología que investiga y aplica los principios de la psicología a la situación única y exclusiva del paciente, para reducir sus tensiones y ayudarlo a funcionar en forma eficaz y con mayor sentido. La psicología clínica se preocupa por entender y mejorar la conducta humana; su aspecto clínico consiste en mejorar la situación de las personas que se encuentran en problemas, utilizando para ello los conocimientos y las técnicas más avanzadas, procurando al mismo tiempo, mediante la investigación, mejorar las técnicas y ampliar los conocimientos para lograr mayor eficacia en el futuro.

Debido a que la psicología clínica es una ciencia social dedicada al estudio del comportamiento humano, sus tres objetivos primarios son: (1) ordenar y clasificar la conducta, (2) predecir la conducta, (3) modificar la conducta.

Resnick ,1991 (cit. en Díaz y Núñez, 2010) realiza una definición de la psicología clínica: “El campo de la psicología clínica comprende investigación, enseñanzas y servicios importantes para las aplicaciones de los principios, métodos y procedimientos para el entendimiento, la predicción y el alivio de las desadaptaciones, la discapacidad, y la aflicción intelectual, emocional, biológica, psicológica, social y conductual, aplicados a una gran variedad de poblaciones de pacientes. Incluye la evaluación y el diagnóstico, la intervención o tratamiento, la consulta, la investigación, y la aplicación de principios éticos y profesionales. Por otro lado menciona que los psicólogos se les distingue por su experiencia en la áreas de la personalidad, psicopatología; y por la integración que realiza entre ciencia, teoría y práctica”.

La siguiente definición de psicología clínica, se retoma del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos de España, (2003): “La Psicología clínica es aquel aspecto de la ciencia y la práctica psicológica interesado en el análisis, tratamiento y prevención de las incapacidades psicológicas humanas y en la mejora de la adaptación y efectividad personal. Como estos objetivos son compartidos parcialmente por otras disciplinas, el contenido y ámbito de este campo se solapan inevitablemente con otras disciplinas clínicas, sobre todo con la psiquiatría y la asistencia social clínica. La diferenciación más estricta de estos campos radica en su uso de las técnicas y contenido de la psicología básica y las ciencias biológicas y sociales estrechamente relacionadas. Comparte con las demás áreas de la psicología el énfasis en la investigación sistemática como base empírica de sus procedimientos clínicos”

En este sentido es importante mencionar que la práctica en la psicología clínica está llena de retos.

Dentro de las diversas definiciones respecto a lo que es la psicología clínica es importante, resaltar la mencionada por la APA ya que además de ser la más certera, es la más actualizada; así Strickland en Cullari (2001), retoma la definición publicada en un folleto de la APA: “El campo de la psicología clínica integra ciencia, teoría y práctica para entender, predecir y aliviar el desequilibrio, la invalidez y la incomodidad; también promueve la adaptación humana, el ajuste y el desarrollo personal. La psicología clínica debe estar enfocada en los aspectos intelectuales, emocionales, biológicos, psicológicos, sociales y del

comportamiento humano que funcionan a través de la existencia en las diferentes culturas, y en todos los niveles socioeconómicos.”

A partir de esta definición se puede decir que los psicólogos clínicos utilizan todas las bases de sus conocimientos adquiridos con el paso del tiempo para poder comprender y ayudar a personas que tengan algún problema, con ayuda de la documentación obtenida de casos ya específicos.

Una vez abordada la definición respecto a lo que es la psicología clínica sería importante señalar ¿Cuáles serían aquellos objetivos que pretende cumplir la psicología clínica?

Para Sánchez (2008), la práctica de un psicólogo se basa en la ciencia y esto consiste en distinguir si la práctica evalúa los resultados de la intervención de manera externa. En este sentido, la práctica clínica busca establecer indicadores de mejoría que sean más o menos objetivos y que estén basados en las características del paciente y no del psicólogo o de la teoría. Por lo tanto para poder abordar el aspecto en el que los psicólogos clínicos se desempeñan primero sería importante mencionar qué objetivos tiene la psicología clínica.

1.3 Principales objetivos de la Psicología Clínica.

La psicología clínica definida como la encargada de la investigación, la evaluación, el diagnóstico, pronóstico, el tratamiento y la prevención de las cuestiones que afectan la salud mental, es una rama de la psicología que atiende las cuestiones que pueden generar malestar, problemas o sufrimiento en las personas. Ahora bien si deseamos abordar en que se enfocan los objetivos de la psicología clínica podríamos comenzar por la investigación.

La investigación en psicología clínica corresponde a un estudio diseñado con la intención de avanzar con el conocimiento que se tiene de la manera de ser de las personas. El propósito de las investigaciones es aplicar métodos científicos para la obtención de los datos necesarios para corroborar o descartar las teorías provisionales (es decir, las hipótesis) acerca de la forma en que la gente siente, piensa y se comporta, además de un objetivo general, que abarca todos los objetivos, la investigación clínica bien planteada tiene objetivos secundarios, de carácter más específico, que determinan la dirección y el

propósito común a subáreas de los esfuerzos realizados para la investigación en el campo de la psicología clínica (Sánchez, 2008).

La función más importante de un psicólogo clínico en la investigación, evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento, es la intervención clínica; los psicólogos determinan que intervención usar, en que marco de referencia trabajar, en que paciente y con qué agente de cambio se producen buenos efectos. Así uno de los objetivos importantes no consiste en determinar cuál es el “mejor” método de evaluación o intervención, así como tampoco lo sería establecer cuál es la única teoría “verdadera” de la conducta humana.

El psicólogo clínico debe determinar cuándo, para quien y con qué fines específicos resultan más eficaces las diferentes evaluaciones, intervenciones y teorías, en cuanto a la comprensión de la conducta humana y así lograr en las personas la ayuda necesaria; para que vivan plenamente. (Cullari, 2001).

Respecto a lo que es la psicología clínica en el área de la intervención clínica Cormier y Cormier (2000), mencionan que los principales objetivos se basan en las interacciones psicoterapéuticas que implican; ciertas destrezas y estrategias basadas en cuatro estadios terapéuticos primarios:

1. Al establecer una relación terapéutica efectiva con el paciente no puede pasarse por alto el valor potencial de la base relacional; por que la relación es la parte específica del proceso que expresa el interés y la aceptación del consultor por el paciente como persona única y merecedora de atención y que genera un clima de confianza suficiente para que se produzca la autoapertura y la autorrevelación. A este primer estadio le nombramos “relación”.
2. El segundo estadio es la evaluación y definición de objetivos: Se inicia normalmente al mismo tiempo o poco después de entablar la relación, la evaluación está diseñada para ayudar al consultor y al paciente a obtener un boceto o idea más clara de lo que sucede, la información recogida durante la

fase de evaluación es muy útil para planificar las estrategia y también puede usarse para manejar la resistencia. Después de identificar y definir los aspectos y problemas, el consultor y el paciente trabajan juntos durante el proceso de establecimiento de objetivos. Los objetivos o metas hacen referencia a los resultados específicos que el paciente desea lograr como resultado de la terapia, estos objetivos también proporcionarían información útil para la planeación de estrategias de acción.

3. Selección y aplicación de estrategias: en este estadio la labor del consultor consiste en facilitar al paciente la comprensión entre las acciones, permitiendo convertir sus ideas nuevas o diferentes en acciones o conductas observables, específicas y favorables. Hacia el final de esta fase el consultor y el paciente seleccionan y secuencian un plan de acción o de estrategias de intervención que se base en los datos obtenidos durante la evaluación para alcanzar los objetivos establecidos. Al elaborar los planes de acción, es importante selección uno referido a los problemas y objetivos identificados y que no estén en conflicto con los valores y creencias iniciales del paciente.
4. Evaluación y conclusión: esta fase implica evaluar la efectividad de las interacciones y los progresos que el paciente ha realizado en su propósito de obtener los objetivos establecidos. Esta evaluación permite saber al consultor cuando finalizar o cuando reorganizar sus planes de acción.

Para entender de mejor manera, los objetivos de la psicología clínica Cormier y Cormier (2000), desmenuzan el término de objetivo que contiene tres partes:

- La conducta o lo que se debe aprender o ejecutar
- El nivel de ejecución o la cantidad o frecuencia con la que debe aparecer la conducta
- Las condiciones de ejecución o las circunstancias y situaciones en que debe ejecutarse la conducta.

Según Johnston y O'Neill; Semp's Hopkins y Hursh en 1973, (citado en Cormier y Cormier, 2000) establecer objetivos con unos niveles de dominio levemente altos produce resultados mejores. Por lo anterior dicho podemos decir es importante tener claro que es un objetivo y cuál es la finalidad de este.

Compas (2003); menciona que los objetivos de la psicología clínica son comprender, tratar y prevenir los problemas de la salud mental así como sus efectos asociados. Entonces notamos como la psicología clínica juega un papel central en la evaluación, el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de estos problemas a partir de los objetivos bien establecidos para la intervención.

El psicólogo clínico por lo tanto puede definirse como aquel que aplica el conocimiento, las habilidades, técnicas e instrumentos proporcionados por la Psicología y ciencias afines para las anomalías, trastornos y para cualquier otro comportamiento humano relevante en la salud y la enfermedad, con la finalidad de evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar o prevenir en los distintos contextos en que los mismos puedan manifestarse.

El siguiente apartado de este trabajo es con el fin de responder, cuáles serían los objetivos de los psicólogos clínicos, o cuáles son sus tareas dentro de su ámbito. Consecuentemente con la definición ya planteada de la psicología clínica, aclarados los objetivos de la psicología clínica y la definición de psicólogo clínicos; surge entonces la importancia de definir las tareas en las cuales pueden desempeñarse de los psicólogos clínicos.

1.3.1. Las tareas de los Psicólogos Clínicos

Como lo menciona Compas (2003), a pesar de que la psicología clínica es un área distinta dentro del área de la psicología, los psicólogos clínicos son marcadamente heterogéneos en el trabajo cotidiano que realizan en los sitios donde se desenvuelven. Así uno de los más interesantes aspectos de la psicología clínica es la diversidad de actividades en las que los profesionales pueden llegar a involucrarse como parte de su trabajo.

Estas actividades incluyen:

- La investigación. La mayor parte de la investigación en psicología clínica la lleva a cabo, o la supervisan miembros calificados de las universidades y los colegios, aunque puede haber algunas investigaciones que las conduzcan psicólogos clínicos que trabajan en sitios de aplicación como son hospitales y clínicas. La investigación en psicología clínica es excesivamente variada en proyectos, que van desde investigaciones de los problemas que pueden observarse y estudiarse en animales en un laboratorio hasta la eficacia de cierto tipo de psicoterapia, para un problema clínico en específico, con pacientes de comunidades clínicas o de hospitales.
- La enseñanza: Los psicólogos clínicos que trabajan en colegios y universidades también están relacionados con la enseñanza (por ejemplo con estudiantes que se están especializando en psicología). Por lo general, la psicología clínica permite impartir cursos de psicología anormal, personalidad, introducción a la psicología clínica y psicología clínica infantil.
- La evaluación: Una de las habilidades características de los psicólogos clínicos implica la destreza y preparación para llevar a cabo evaluaciones psicológicas detalladas. La evaluación incluye la administración y la interpretación de las pruebas psicológicas estandarizadas, el uso de las entrevistas clínicas estructuradas, la sistemática observación del comportamiento del paciente y un análisis de los espacios o del ambiente donde funciona cotidianamente el individuo.
- La prevención: Los programas para la intervención incluyen la enseñanza de las formas adultas para enfrentar diferentes situaciones como por ejemplo el estrés relativo al trabajo y sus consecuencias, la colaboración. Los psicólogos están comprometidos con las actividades relacionadas con la prevención, como parte de sus responsabilidades en los centros de salud mental y en conferencias con organizaciones tales como escuelas o negocios.

- El tratamiento: En el tratamiento los psicólogos pueden usar cualquiera de las docenas de enfoques psicoterapéuticos y este puede ser conducido en forma individual con niños, adolescentes o adultos, o bien con parejas, familias o grupos de personas con problemas similares. Una sesión normal de psicoterapia individual dura 50 minutos (hacia una hora, para dejar tiempo al psicólogo de tomar notas y prepararse). La psicología clínica coloca un creciente acento en el uso de los tratamientos validos en la investigación empírica (es decir a aquellos que se han sometido a estudios cuidadosamente controlados) y que han sido estandarizados por medio de manuales que describen con detalle los métodos del tratamiento.
- La consultoría: Los psicólogos clínicos también ofrecen sus servicios por medio de consejos y consultorías a otros profesionales
- La administración. Aunque los psicólogos clínicos no están específicamente preparados para ser administradores, pueden desempeñar tales posiciones en los diversos lugares en los que trabajan.

Pérez (1981), menciona que las funciones del psicólogo clínico se han multiplicado notablemente, y se le puede encontrar en múltiples trabajos y en distintos niveles jerárquicos, dentro de una gran variedad de instituciones:

- Como profesor e investigador a nivel universitario.
- Como profesional y como investigador en clínicas y hospitales ,tanto generales como especializados
- En centros comunitarios de salud mental, presentando asistencia directa o planificando formas de intervención.
- En centros de salud universitarios.
- En centros de orientación infantil.
- En la práctica privada, asistiendo a individuos o a grupos
- En escuelas públicas y privadas.

- En reformatorios y prisiones.
- En centros de asistencia para menores.
- En escuelas médicas.
- En cortes de conciliación
- En la industria, como consultor de administración.

E igualmente es amplia la gama de problemas que puede atender, aun cuando por lo general el psicólogo clínico se especializa en uno o varios de ellos como problemas sociales e interpersonales, trastornos sexuales, dificultades conyugales, problemas de lenguaje, asistencia escolar y vocacional, perturbaciones comportamentales asociadas a delincuencia, alcoholismo, farmacodependencia y trastornos asociados a disfunciones cerebrales (Amoros, 1980).

Para resumir lo anterior Pérez (1981), representa las actividades de los psicólogos clínicos contemporáneos agrupadas en cinco categorías:

- 1.- Evaluación y diagnóstico, a nivel de personalidad, inteligencia, aptitudes, actitudes, etc.
- 2.- Investigación aplicada y fundamental en personalidad, psicología anormal y evaluación de técnicas y métodos de intervención clínicos.
- 3.- Consultoría y psicoterapia a nivel de individuos, grupos y familias.
- 4.- Selección, entrenamiento y supervisión de no profesionales de la psicología como personas que pueden prestar ayuda valiosa para el desenvolvimiento de su trabajo y sin las cuales muchas veces no es posible manejar ciertos problemas. En los últimos diez años se han hecho múltiples demostraciones de la importancia de los no profesionales del manejo, el mantenimiento, y el control de ciertas variables importantes en las situaciones clínicas y, por esta razón, en la actualidad se considera que un psicólogo que trabaje en esta área debe ser capaz de utilizar este tipo de recursos.
- 5.- Quizá la tarea más importante y más difícil del psicólogo clínico sea la de crear problemas de intervención a nivel comunitario; día a día se hace más evidente que la simple intervención a nivel de consultorio no basta, y sobre todo, que es más importante prevenir que remediar; en consecuencia, la psicología clínica se relaciona

estrechamente con la psicología educacional, pues forzosamente todo programa clínico de prevención es ante todo un programa educativo.

Pero para Compas (2003), existen cuatro tareas centrales de los psicólogos clínicos en la práctica y aunque la ciencia y la práctica de la psicología clínica puedan parecer diferentes, se relacionan por la forma común en que se acercan a la gente y los problemas que ésta experimenta. Así plantea las cuatro tareas centrales en las que los psicólogos clínicos coinciden acerca de la gente y los problemas, sea por generar investigación y conocimiento para el campo o para obtener una mejor comprensión de un individuo dado. Estas tareas parecen ser específicas e interesantes ya que van desde la descripción, la explicación, la predicción hasta el cambio del funcionamiento humano. A continuación se describen mejor estas cuatro tareas que planteadas:

1. Descripción: La comprensión precisa de cualquier individuo o problema psicológico comienza con una descripción cuidadosa de la persona y el contexto en el que vive. En los casos individuales esta descripción incluye prestar atención a la naturaleza del funcionamiento actual de la persona, así como una documentación cuidadosa de su desarrollo previo. En el campo de la psicología clínica, esta descripción incluye el diseño de sistemas para la clasificación o categorización (taxonomías) de problemas que se consideran de la materia de estudio del campo, el desarrollo de herramientas adecuadas para la medición de esos problemas y la documentación de su prevalencia. Así la ciencia clínica se interesa primero por la identificación de patrones de conductas, emociones, y pensamientos problemáticos que pueden documentarse en forma cuidadosa y confiable en más de un individuo y en más de un momento en el tiempo. Las observaciones y descripciones más importantes son las que distinguen patrones de conducta entre los individuos o dentro de la conducta de un solo individuo a lo largo del tiempo.
2. Explicación: La mera descripción de un individuo o de un problema psicológico es insuficiente para la comprensión plena. Es imperativo que los psicólogos clínicos elaboren modelos cuidadosos que expliquen cómo y por qué se generó el problema, sea en un individuo o en la gente en general. Esta tarea abarca el diseño y comprobación de modelos de etiología o causa, incluyendo, pero no limitándose, el

uso de los métodos experimentales para probar la causalidad. La tarea de la explicación científica y de la práctica psicológica involucra la generación de hipótesis acerca de un individuo o problema, hipótesis que luego puede probarse de manera cuidadosa y rigurosa. Explicar la naturaleza y causa de un problema requiere que el psicólogo clínico evite la tentación de aferrarse a explicaciones sencillas.

3. Predicción: La prueba más rigurosa y necesaria de cualquier explicación es ver si conduce a predicciones apoyadas en la investigación empírica. La importancia de la predicción, como la descripción y la explicación es evidente en el trabajo de los psicólogos clínicos que ayudan a individuos. En la investigación, la predicción se prueba de dos maneras: (a) estudios longitudinales del curso de los problemas tal como ocurre en la vida real y (b) estudios experimentales que prueban predicciones o hipótesis específicas en circunstancias controladas.

4. Cambio: Dado que la psicología clínica implica la aplicación del conocimiento psicológico para aliviar problemas humanos, no es suficiente que los psicólogos clínicos describan, expliquen o predigan el funcionamiento humano. Los psicólogos clínicos deben interesarse también en los cambios ejecutando intervenciones planeadas y controladas para el tratamiento y prevención de psicopatologías que ayuden a afrontar y prevenir algunas formas de enfermedad física. Facilitar el cambio es una meta tanto de los investigadores como de los psicólogos clínicos que ejercen la práctica. Es por esto que deben estar interesados en desarrollar mucho más que un conjunto de técnicas de ayuda; deben estar comprometidos en el desarrollo de un conjunto de principios para entender los cambios en las personas; por tanto necesitan entender que ciertas técnicas funcionan con algunas personas, o algunos problemas pero no en otras. De hecho una de las áreas de investigación más activa en la psicología clínica se concentra en la eficacia y efectividad de la psicoterapia.

Amoros (1980), cita que parte de las funciones de un psicólogo clínico en general, es el diagnóstico, tratamiento e investigación de los problemas que se refieren al comportamiento humano, en donde estos intentan comprender y explicarse las razones que impulsan a los individuos a obrar como lo hacen, prever cuál será su comportamiento y, en otros casos encontrar el medio de modificar la conducta.

Entonces podemos decir que el psicólogo clínico cuenta con una amplia gama de intervenciones para atender los diversos cuadros clínicos que enfrenta día a día. Al ser un especialista en los procesos mentales, la mayoría de sus intervenciones son psicológicas, es decir, carecen de sustrato físico. La intervención por excelencia del psicólogo clínico es la psicoterapia; por tanto la psicoterapia es la aplicación de la psicología clínica al tratamiento de problemas mentales a través de la relación psicoterapéutica. Sin embargo, no todos los tratamientos que ofrece psicólogo clínico son psicoterapéuticos. Ya que se podrán dar tratamientos basados en el registro de diarios, en programas de seguimiento telefónico, en el llenado de cuadernos de trabajo, refuerzo de la conducta, sistemas de retroalimentación, y muchas más.

Por tanto podemos concluir que el término de psicoterapia el cual abordaremos en el siguiente capítulo se refiere a un modelo de intervención clínica estructurado donde el agente de intervención es psicológico y el paciente. Es decir, es un tratamiento que al igual que un fármaco se administra al paciente basado en datos científicos que justifican su elección para atender una situación específica. La diferencia con el fármaco radica en que el tratamiento administrado no es físico. La psicoterapia, al igual que todos los tratamientos clínicos, es delicada y requiere que sea administrada por un experto que no solo abarque aspectos teóricos o prácticos; más adelante veremos la importancia de lo que son la aplicación de las habilidades en el campo de la psicoterapia.

2. LA PSICOTERAPIA

“La psicoterapia como todo arte se aprende haciendo y no sabiendo”

2.1 Definición de Psicoterapia

El término psicoterapia se aplica actualmente a prácticas muy diferentes, llevadas a cabo por agentes distintos y con propósitos diversos. Hoy en día la psicoterapia está cambiando; en el mundo actual, tal afirmación no parece necesitar ninguna explicación, pues vivimos en la era del cambio.

El ritmo de cambio en el mundo actual, la complejidad de la identidad y la participación social dentro de dicho mundo no tienen precedente en la historia de la humanidad. Pero si observamos estos cambios, es de notar, que de igual manera la definición de psicoterapia y la profesión de psicoterapeuta también están cambiando de una forma inaudita. En la primera mitad de este siglo solo existían unos pocos enfoques o aproximaciones a la práctica de la salud mental. Según vamos acercándonos al final de este siglo, se pueden distinguir varios cientos de psicoterapias diferenciadas. Junto a estas diferenciaciones, sin embargo, también se han dado muestras de integración.

Hoy en día notamos como psicoterapias que procedían de escuelas de pensamientos rivales por tradición, han iniciado unas conversaciones muy productivas acerca tanto de sus similitudes como de sus diferencias. Y así las batallas ideológicas acerca de cuál era el mejor enfoque, o el más correcto para orientar nuestra vida, han empezado a dar paso a una verdadera colaboración y a un refinamiento, tanto en cuestión de comprensión de servicios, como de desarrollo.

A continuación las siguientes citas realizadas van en función a los avances más recientes respecto a la psicoterapia y aunque las raíces conceptuales podrían remontarse al siglo pasado (y, a otros niveles, incluso a la filosofía clásica), su reconocimiento y difusión en tanto a sistemas ideológicos es un fenómeno que data de los últimos 40 años aproximadamente (Mahoney, 2003).

La psicoterapia va dirigida a personas que tienen trastornos de personalidad crónicos o más graves. Sin embargo muchos autores no se ponen de acuerdo a la hora de dar una definición de psicoterapia, que sea aceptable para todos. Cada autor elabora la suya, según la escuela a la que pertenece, o según los aspectos a los que el presta más atención (Sahakian, 2005).

Mahoney (2003), menciona que el estallido provocado alrededor de 1955, de los sistemas ideológicos respecto a las psicoterapias; provocó el desarrollo de muchas disciplinas, lo cuales comenzaron a extenderse a todos los campos de la ciencia.

Sahakian, (2005), refiere que la fundación Milton Erickson llevó a cabo un proyecto sobre el tema “¿Qué es la psicoterapia?” en el proyecto se recogen las respuestas de 81 terapeutas en el campo de la psicoterapia, a continuación se muestran algunas de las respuestas obtenidas:

- En 1994 Norcross definió la psicoterapia como la aplicación fundada e intencional de métodos clínicos y de aptitudes interpersonales derivadas de principios psicológicos establecidos con el propósito de ayudar a las personas a modificar sus comportamientos, cogniciones u otras características personales en la dirección en la que los participantes estimen conveniente.
- La psicoterapia es una interacción planificada cargada emocionalmente y de confianza, entre una persona que cura, entrenada y sancionada socialmente, y otra que sufre. A lo largo de esta interacción el que cura busca aliviar el dolor y el malestar del que sufre a través de comunicaciones simbólicas, fundamentalmente palabras aunque a veces también a través de actividades corporales. El que cura puede hacer participar o no a los parientes del paciente, o a otros, en sus rituales de cura. La psicoterapia incluye ayudar al paciente a aceptar y soportar el sufrimiento como un aspecto inevitable de la vida que se puede utilizar como una oportunidad para el crecimiento personal. Esta definición fue expuesta por Jerome D. Frank en 1985.

- En el año 2004 Fernández Liria y Rodríguez Vega describen la psicoterapia como un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente) que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud mental del segundo.
- La psicoterapia se define como un conjunto de técnicas destinadas a promover situaciones de cambio personal en individuos que padecen, cuando dicho padecimiento no se sostiene en alguna forma de valoración que lo justifique. Definición que plantearon Fernández, López y Márquez en el 2008.

Podemos notar que existen múltiples definiciones en función de la palabra psicoterapia, estas definiciones a veces convergen en ciertos conceptos

Además de las ya mencionadas, señalare a título de ejemplo las siguientes definiciones que provienen de autores de diferente orientación y las cuales son más actuales. Los siguientes párrafos están citados por Bernardi, Defey, Garbarino, Tutté, y Villalba en el 2004:

- Psicoterapia es, en sentido amplio, todo método de tratamiento de los desórdenes psíquicos o corporales empleando medios psicológicos y, de manera más precisa, la relación terapeuta- paciente
- Psicoterapia es el tratamiento, por medios psicológicos, de problemas de naturaleza emocional, en el cual una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con el paciente con el objeto de: a) eliminar, modificar o retardar síntomas existenciales, b) mediatizar patrones de conducta perturbados y c) promover el crecimiento positivo de la personalidad y el desarrollo.
- Psicoterapia es: a) Una relación entre personas involucradas en un proceso compartido, b) uno o más individuos definidos como necesitando un tipo específico de asistencia para c) mejorar su funcionamiento como personas, junto con d) uno o más individuos definidos como capaces de brindar esta asistencia.

Comparando las distintas definiciones de psicoterapia vemos que ellas contienen un núcleo conceptual común, basado en la relación de la práctica profesional que asienta sobre una

relación interpersonal a partir de un relación humana entre personas que están de acuerdo en trabajar juntas.

Judd Marmor citada por Fernández y Rodríguez en el 2004, define la psicoterapia como un proceso en el cual una persona desea cambiar síntomas o problemas en su vida, o que busca el crecimiento personal, entra en un contrato implícito o explícito para interactuar verbal o no verbalmente, en una forma prescrita con una persona o personas que se presentan a sí mismos como agentes de salud.

A partir de este punto en donde hemos tomado la definición de distintos autores y de diferentes corrientes teóricas e incluso en distintos años con respecto al término de psicoterapia entraremos en un terreno sumamente delicado pero meramente indispensable. Ya que existen autores que usan el término de psicoterapia y consejería indistintamente.

Cañuelas (2006), señala que es indispensable marcar la diferencia entre estos dos términos, como parte de la maduración de la profesión y de la práctica, especialmente con la reciente realidad del reconocimiento profesional por medio de la licencia; además porque van de por medio implicaciones legales, éticas, laborales y profesionales. A continuación este mismo autor menciona las diferencias entre estos dos términos basándose en cuatro fuentes: 1.- Definiciones legales. 2.- Diccionarios y enciclopedias. 3.- Fuentes profesionales y 4.- Autores

1. Definiciones legales.

- Ley Número 147 del año 2002. Ley para reglamentar la consejería profesional en Puerto Rico. *Retrieved on December 5, (2007)*:
 - Consejería es el proceso de ayuda que tiene lugar a través de una relación personal y directa en la cual se utilizan teorías, principios, métodos y estrategias basados en el conocimiento científico, para promover el desarrollo y el bienestar integral de las personas.
 - Consejero(a) Profesional Licenciado(a) “...tienen experiencia y conocimiento en la aplicación de una combinación de teorías y

procedimientos, y en la prestación de servicios de desarrollo humano y bienestar personal que integren un modelo multicultural del comportamiento humano. Los Consejeros Profesionales cuentan con la preparación para ayudar a las personas y a los grupos a lograr el desarrollo y estabilidad mental, emocional, física, social, moral educativa y ocupacional a través del ciclo de vida.”

2. Diccionarios y enciclopedias.

- Real Academia Española:
 - Consejería es lugar donde funciona un consejo o la labor de un consejero.
 - Psicoterapia es el tratamiento de las enfermedades, especialmente de las nerviosas, por medio de la sugestión o persuasión, o por medio de otros procedimientos psíquicos. Tratamiento de enfermedades mentales, psicosomáticas y problemas de conducta mediante técnicas psicológicas.

3. Fuentes profesionales y autores.

- Asoc. Americana de Psicología: Psicoterapia es la aplicación de principios de salud mental, psicológicos y de desarrollo humano a través de estrategias de intervención cognitivas, afectivas, conductuales o sistemáticas que trabajan con el bienestar, crecimiento personal o desarrollo ocupacional al igual que con patología.
- Consejería generalmente es de menor duración (8 a 12 sesiones en seis meses o menos) que la psicoterapia (20 a 40 sesiones de seis meses a dos años). La consejería normalmente se ejecuta en ambientes con personas no recluidas como centros académicos o agencias. En cambio psicoterapia normalmente se da por igual en escenarios con personas recluidas como hospitales psiquiátricos y no recluidas como oficinas privadas. La consejería nuevamente es descrita como adecuada para personas “sanas” con situaciones temporeras de vida. Si la persona tiene una condición

psicopatológica entonces los servicios que recibe serán definidos como psicoterapia.

- Consejería es un proceso intenso y personal concentrado en ayudar gente normal con problemas y oportunidades normales.” Psicoterapia es un proceso “más intenso concentrándose en dificultades profundas de personalidad o conducta.
- Concentrarse en psicopatología como parte de una definición diferenciadora restringe severamente la práctica terapéutica principalmente porque se concentra en los déficits más que en las fortalezas. Por tanto al ser la consejería un enfoque generalmente considerado más humanista que la psicoterapia tradicional se hace énfasis en fortalezas del paciente, potencial para crecer y en transiciones del desarrollo.
- Una forma de diferenciar psicoterapia de algo que sea simplemente terapéutico es considerar si fomenta la introspección. Una experiencia intensa y energizante que debe estar presente en todo buen tratamiento. No es “masaje” ni “consejo”. De la misma forma no es aceptación estima positiva incondicional. Aunque debe haber confianza en el profesional eso no significa que siempre tenga el paciente/paciente que sentirse “cómodo” ya que si esto es lo que está pasando es posible que realmente no se haga progreso.

Referente a los contrastes marcados por Cañuelas (2006), entre psicoterapia y consejería podemos notar las diferencias que en cierta forma se mantienen consistentes principalmente referentes a la duración del tratamiento y la existencia de psicopatología.

Las diferencias entre consejería y psicoterapia prácticamente no lo son en forma intrínseca sino más bien por elementos externos a la esencia del concepto en sí. Se usan los términos en forma intercambiable en la práctica y en su mayoría la diferencia reside en la profesión del que esté redactando y ejerciendo.

Sahakian, (2005), señala la diferencia entre los términos de psicoterapia y la orientación. La orientación se denomina en inglés, generalmente, con el nombre de *Counseling*, que se

traduce al español con distintas expresiones como consejo, consejo psicológico, orientación, orientación psicológica, asesoramiento, asesoramiento psicológico, consulta psicológica, etc.; esto implica que la orientación hace hincapié en ayudar a las personas a realizar elecciones prudentes, mientras que la psicoterapia se interesa por incrementar la salud y el bienestar emocionales.

Frecuentemente, la definición que dan algunos partidarios de la distinción entre psicoterapia y orientación, no sería aceptada como definición válida por otros psicoterapeutas que son igualmente partidarios de la distinción y, sin embargo, tal vez, sería aceptada de buen grado como definición de orientación por otros autores que defienden la diferencia entre ambas. En otros casos podría ocurrir exactamente lo contrario. Por eso, muchos autores, en la práctica, utilizan indistintamente los términos de Psicoterapia y Counseling. Otros utilizan los dos términos simultáneamente, dando la impresión de que se trata de la misma materia.

El término de psicoterapia, se debe de basar en los resultados de investigación psicológica, de donde extrae sus estrategias para ayudar a los individuos a manejar las perturbaciones de la conducta y para lograr una adaptación más funcional a su medio. Por lo tanto Sahakian (2005), menciona que utiliza el término de psicoterapia preferentemente dentro del marco profesional e institucional que trabaja con conceptos tales como enfermedad y salud mental.

Por ejemplo C. H. Patterson, 1974 (citado en Sahakian, 2005) menciona que teniendo en cuenta los argumentos a favor y en contra de los defensores de la distinción o equivalencia entre Psicoterapia y Orientación, resume su opinión en los siguientes términos:

No hay diferencias entre Counseling y Psicoterapia, tanto en lo tocante a la naturaleza de las relaciones personales que se establecen, como en lo que respecta a los procesos, a los métodos o técnicas, o a los fines u objetivos, considerándolos en conjunto, o incluso al tipo de pacientes. Ahora bien, por conveniencia, por razones prácticas o políticas, el Counseling suele referirse al trabajo con pacientes perturbados menos seriamente o con pacientes que tienen algunos problemas específicos acompañados de una personalidad levemente dañada, normalmente en

un contexto no médico; mientras que la Psicoterapia se refiere al tratamiento de pacientes con perturbaciones más graves, normalmente en un contexto clínico.

Del mismo modo Garrido Fernández, 1994 (cit. en Sahakian, 2005) menciona que Counseling y Psicoterapia u Orientación-Asesoramiento y Psicoterapia son dos formas parecidas de nombrar el trabajo psicoterapéutico en diversos contextos.

Díaz y Núñez (2010), hacen una importante referencia respecto a la psicoterapia y la psicología clínica; mencionan por tanto que la psicoterapia es la aplicación de la psicología clínica al tratamiento de los problemas mentales a través de una relación terapéutica.

En general el término psicoterapia se ha aplicado más en el ámbito de la orientación dinámica (psicoanálisis, terapia humanística) mientras que “psicología clínica” lo han aplicado los psicólogos cognitivo conductuales a su labor terapéutica. Sin embargo mencionan que desde algunos puntos de vista se ha considerado a la psicoterapia como una parte de la psicología clínica y así la considera el Colegio Oficial de Psicólogos (COP, 1999).

Desde algunas perspectivas la psicoterapia es un espacio de reflexión con un profesional en el que se afrontan los problemas que en esta vida nos asaltan. Desde aquí es donde las terapias de insight han afrontado su labor.

Hablar de psicoterapia puede resultar no tan complejo si se entiende que bajo esta etiqueta se han acogido modelos diversos. Desde modelos cercanos a perspectivas psicodinámicas y humanísticas a modelos de tipo conductual. Entonces; ahora se puede asumir que la psicoterapia puede definirse desde distintos ejes (objetivos, procedimientos, profesionales implicados, tipo de relación, etc.) y que cualquier definición de psicoterapia va a tener elementos comunes: la intervención de un especialista con el propósito de aliviar o curar determinados trastornos de la persona, de base emocional y mediante procesos psicológicos (Gabalda, 2011).

Por tanto como bien lo refieren Fernández y Rodríguez (2004), la psicoterapia supone la posibilidad de construir una versión del problema presentado por el paciente en el que este

aparece como implicado personalmente en el origen, el mantenimiento o las posibilidades de resolución del mismo. Así si el objetivo no hubiera sido construir una definición a partir de una reflexión conjunta sobre la práctica se hubiera podido aceptar la definición de Jorge Luis Tizón en 1992: “La psicoterapia consiste en la aplicación metódica de técnicas y procedimientos psicológicos en el tratamiento de los problemas de conducta, los trastornos mentales o el sufrimiento humano (no solo psicológico)”.

Cerrando con el concepto de psicoterapia puedo concluir que revisando las diferentes definiciones expuestas por los autores ya citados, la más certera y la que mejor expone y engloba el concepto es la mencionada por el World Health Report (Informe Mundial de la Salud) en el 2001, citada por Bousoño sin año: “El término psicoterapia, se refiere a intervenciones planificadas y estructuradas que tienen el objetivo de influir sobre el comportamiento, el humor y patrones emocionales de reacción a diversos estímulos, a través de medios psicológicos, verbales y no verbales. La psicoterapia no comprende el uso de ningún medio bioquímico o biológico. Muchas técnicas y acercamientos, derivados de diversos fundamentos teóricos se han mostrado eficaces en el tratamiento de diversos trastornos mentales y de comportamiento”

Aunque sí se tratara de citar algún autor o autores en específico la definición de Fernández y Rodríguez en el 2004, es la más certera en lo que respecta el concepto de psicoterapia; que ya que esta definición pretende circunscribirse y actuar sobre problemas de salud mental, excluyendo a las que persiguen objetivos como el autoconocimiento, el desarrollo personal o el acceso a experiencias más o menos interesantes y excluyendo de igual manera a las diferentes teorías.

Psicoterapia es un proceso de comunicación interpersonal entre el profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente) que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud mental del segundo (Fernández y Rodríguez, 2004).

Otro motivo por el cual escojo esta definición es porque se tiene que matizar que esta definición excluye otra serie de prácticas, que pudieran, en alguna medida, ser consideradas afines, como son:

- Otras relaciones de ayuda (amigos) en los que el que da no es un profesional experto.
- Consejo médico o psicológico en el que el experto se limita a poner a disposición del paciente información que le permite realizar una elección cuya realización no está impedida por patología mental
- Manejo clínico de un tratamiento medicamentoso, en el que el objetivo es garantizar las condiciones (de información confianza en el medico, expectativas, adherencia al tratamiento) que permiten optimizar el efecto de la medicación prescrita.

Para cerrar este apartado podemos concluir que existen diversas y variadas definiciones de psicoterapia, algunas diferencias recaen únicamente en el matiz, pero puede que otras definiciones vayan más allá de este matiz y se traten de discrepancias entre autores. En este capítulo se intentaron retomar definiciones, que tuviesen similitudes, y si bien es necesario reconocer que la multitud de definiciones no ayuda mucho, en el ejercicio de la psicoterapia, es preciso pedir cierta comprensión por la especial complejidad de su objeto de estudio. En el siguiente capítulo se expone que implica el proceso de la psicoterapia, y bien es importante mencionar como este, debe de ser un proceso bien elaborado, y como hasta cierto punto es complejo.

2.2 La implicación en el proceso de la psicoterapia.

Una de las características de todas las culturas humanas es que, dentro de ellas, existen ciertas personas que, en determinadas ocasiones, exhiben y/o dan cuenta de un estado de cosas indeseables (para ellos) en términos de sus percepciones, pensamientos, conductas o emociones o alguna combinación de todo ello. Esto puede ser, o no, indeseable para los demás. Presumiblemente, también es característico de cada cultura que ciertos procesos, procedimientos y estructuras se encuentren disponibles tanto para el sujeto como, en ocasiones sean impuestos con el fin de afrontar estos problema percibidos. Este capítulo trata sobre uno de esos procesos denominado psicoterapia.

Para Pipes y Davenport (2004), las revisiones de literatura sobre los resultados de la psicoterapia parecen concluir que ésta es efectiva para muchas personas, que sus resultados son superiores a los que se logran en ausencia de tratamiento, así como a las intervenciones placebo y que, quizás con pocas excepciones; una forma de psicoterapia no se ha demostrado superior a la otra.

Una de las explicaciones ofrecidas por la similitud de los resultados psicoterapéuticos (frecuentemente etiquetada como el “efecto pájaro bobo”) es que todas las psicoterapias contienen “elementos comunes” Pipes y Davenport (2004), citan que esta idea fue propuesta por primera vez por Rosenzweig en 1936 y otros varios autores por ejemplo: (Frank y Frank 1991, Garfield 1980, Golfried 1980, Grencavage y Norcross 1990, Hobbs 1962, Weinberger 1995.) han especulado sobre tales factores y han sugerido a menudo cuales podrían ser éstos.

Por ejemplo Pennebaker en 1997 citado por Pipes y Davenport (2004), apuntó: “Un proceso común en las mayorías de las terapias es etiquetar el problema y discutir sus causas y consecuencias. Además participar en la terapia presupone que el individuo reconoce la existencia de un problema y lo discute de forma franca con otra persona... El mero acto de la revelación es un poderoso agente terapéutico que podría representar un porcentaje sustancial de la varianza del proceso curativo.”

Grencavage y Norcross en 1990 citado por Pipes y Davenport (2004), sugieren que mientras podría ser fácil coincidir con la idea de los factores comunes, lograr un consenso sobre cuáles son estos constituye quizás una tarea un tanto más compleja. Atendiendo a varios de los autores recién mencionados, Pipes y Davenport (2004), sugieren la existencia de cuatro de estos elementos:

- Una relación cargada de emoción- la cual suministra un equilibrio óptimo entre desafío, apoyo y compromiso- ofrece una oportunidad para el desarrollo y restablecimiento del Yo dentro de un ambiente interpersonal más o menos saludable.

- Una nueva manera de percibir el problema (incluyendo una lógica para este) y soluciones potenciales en relación con el Yo.
- Aliento para intentar una conducta nueva y más adaptativa.
- Una persona influyente (el terapeuta) que modela y fomenta la autoaceptación y el valor.

Fernández y Rodríguez (2004), mencionan el procedimiento sistemático para la formación en factores comunes de psicoterapia que han desarrollado el Dr. Bernard Beitman y la Dra. Domgmei en la Universidad de Missouri en Columbia, está definido por tres categorías dentro de los programas de formación en psicoterapia actual; a continuación se enumeran estos:

1.- Debe estar basada en la práctica supervisada de la clínica, con asunción progresiva de responsabilidad. No hay sustituto posible para esto. Si se considera que la psicoterapia es un instrumento básico de la psiquiatría y la psicología clínica para la intervención sobre los trastornos mentales y los problemas de salud mental, la formación será más adecuada cuanto más se base el entrenamiento en la actuación sobre los casos reales que configuran la práctica común de la psiquiatría y la psicología clínica y cuanto más se ponga prueba sobre los encuadres en los que se lleva normalmente a cabo esa actuación. La formación sobre análogos o sobre poblaciones y en encuadres específicamente seleccionados para facilitar la aplicación de técnicas muy depuradas, puede ser el marco idóneo para el adoctrinamiento en determinadas ideologías pero no para la formación de clínicos en la práctica de la psicoterapia.

2. Debe seguir las vías marcadas por los trabajos de investigación. La investigación de proceso – resultados y la investigación elementos que se asocian a buenos resultados- más allá de las diferencias de escuela-, y que, por tanto deberían ser objeto de entrenamientos específicos. Entre estos aspectos se encuentran por ejemplo la importancia del encuadre- y consecuentemente del contrato, la alianza de trabajo y el mantenimiento del foco- y consecuentemente la formulación y el establecimiento de objetivos- o el manejo de los sentimientos negativos hacia la

terapia o el terapeuta y, consiguientemente, con los aspectos de la práctica que se han estudiado tradicionalmente bajo los epígrafes de manejo de la resistencia, la transferencia y la contratransferencia.

Clásicamente la formación en psicoterapia ha estado muy influida por posturas psicoanalíticas, ya que fue el psicoanálisis el que primero planteó en 1910, el problema de los requisitos específicos de la formación, más allá de una formación teórica. Lo sorprendente es que mientras que la actitud integradora se ha hecho casi obvia en el campo de la práctica clínica, esto no ha tenido aun una consecuencia clara en el terreno de la formación. Por un lado con el declinar de las actitudes sectarias (“de escuela”), queda patente que no hay una forma única de hacer terapia, solo hay modos diferentes. Por otro, se presiona cada vez más al terapeuta para que sea capaz de hacerse cargo de todo tipo de problemas.

Ahora bien Rivera y Revuelta (1994), mencionan que parte de la implicación del proceso psicoterapéutico, es que la persona que sabe lo que está haciendo, en este caso el psicoterapeuta, implica que cumpla por lo menos con los siguientes requisitos:

- a. Ser consciente de estar llevando a cabo una intervención clínica que exige, como tal, profesionalidad, corrección y responsabilidad.
- b. Poseer la capacidad personal para situarse en el lado generoso de la relación, dispuesto a dar de sí mismo sin aceptar la gratificación de sus propias necesidades emocionales por parte del paciente. Como ocurre con otras relaciones esenciales, como la parental y la educativa, la relación psicoterapéutica es desigual, y en muchas ocasiones la actitud del terapeuta es la que determina que se cumpla una función nutritiva y no explotadora.
- c. Tener un conocimiento operativo sobre: a) las estructuras y las funciones mentales, los procesos de desarrollo, los mecanismos de adaptación y de defensa. b) los métodos de evaluación de las distintas funciones psíquicas y de su patología. c) los instrumentos, métodos, sistemas y criterios

diagnósticos. d) las peculiaridades psicodinámicas de los mecanismos patógenos y sus diferentes modos de expresión .e) los métodos y técnicas de intervención y modificación psicoterapéutica.

- d. Además de conocimientos teóricos, debe poseer habilidades clínicas necesarias para: a.) obtener e interpretar información sobre el paciente y su patología. b) establecer y mantener una relación psicoterapéutica. c) seleccionar y monitorizar las adecuadas estrategias terapéuticas.

Aunque existen varias maneras y formas en las cuales diferentes autores abordan el proceso psicoterapéutico, es indispensable mencionar como la psicoterapia trata acerca de cómo los individuos pueden realizar cambios en sí mismos, y de igual manera pueden cambiar su entorno y como la psicoterapia es un proceso estructurado basado en el compromiso y buen manejo por parte de un especialista con el fin de ayudar al solicitante a que obtenga resultados eficientes (Pipes y Davenport, 2004)

Retomando las diferentes definiciones de psicoterapia, puedo concluir que en estas existe el común de que, en el proceso psicoterapéutico intervienen por lo menos dos personas, una que sabe lo que está haciendo y otra que quiere ayuda para mejorar algún aspecto de su vida. Por tanto el siguiente capítulo hablara de la formación respecto a este profesional experto que deberá manejar el proceso de psicoterapia, con el fin de ayudar al que este solicitando dicha ayuda.

2.2. 1 La formación de psicoterapeutas

Uno de los aspectos de relevancia, a la hora de flexionar acerca de la psicoterapia, es la cuestión de la formación del psicoterapeuta. Para Cruz (2009), dicha formación es muy relevante a la hora del desarrollo y permanencia de los diversos modelos psicoterapéuticos.

En la psicoterapia, las cuestiones empíricas relacionadas con la variable terapeuta permanecieron olvidadas durante el periodo en el que la principal preocupación estuvo

centrada en la aplicación de los principios del aprendizaje a los cambios de la conducta humana. Solamente cuando los investigadores encontraron que las variables del terapeuta explicaban, en parte, los resultados del tratamiento; dichas variables pasaron a ser un centro de interés para los estudios empíricos. Aunque algunos psicoterapeutas obtienen mejores resultados que otros de manera consistente, es importante identificar las principales características de los terapeutas más eficaces para poder entrenarlas.

Algunas investigaciones indican que los mejores predictores de la eficacia se refieren a variables relacionadas con el proceso de la terapia (es decir, que ocurren durante el curso de la sesión terapéutica) más que a características extra-terapia del terapeuta (como adaptación emocional) o a atributos globales (como credibilidad). Así los hallazgos actuales han demostrado que la empatía del terapeuta diferencia significativamente entre terapeutas más y menos eficientes; que la calidad de alianza terapéutica está significativamente asociada con las ganancias de los resultados (Marinho, Caballo y Silveira, 2003).

A continuación Cormier y Cormier (2000), basándose en encuestas a psicoterapeutas profesionales han enumerado varias motivaciones funcionales y disfuncionales asociadas con la elección de la profesión de psicoterapeuta:

Motivaciones funcionales:

- Interés natural por la gente y curiosidad sobre sí mismos y los demás.
- Capacidad de escuchar e interés en ello.
- Capacidad de conversar e interés en ello.
- Empatía y comprensión.
- Conocimiento y aceptación de las propias emociones positivas y negativas.
- Capacidad de introspección.
- Capacidad de negación de las gratificaciones personales (las cuales hay que supeditar a las de los pacientes).
- Tolerancia a la ambigüedad, es decir, lo desconocido, las respuestas parciales y las respuestas incompletas
- Paciencia hacia los demás y aceptación de las personas tal como son.

- Tolerancia a la intimidad profunda.
- Satisfacción por tener poder e influencia sobre otras personas; pero sin caer en el abuso ni en la sensación de omnipotencia.
- Capacidad de tomarse las cosas con humor.

Motivaciones disfuncionales

- Deseo de comprenderse mejor a sí mismo y de superar los propios problemas personales. Si estos no se han resuelto cuando se empieza a ejercer, pueden interferir con el desarrollo de la terapia.
- Deseo de ayudar a otros a superar problemas no superados en la propia vida.
- Deseo de superar la sensación de soledad mediante el contacto con otras personas (los pacientes) en un marco estructurado y seguro.
- Deseo y abuso de poder que lleva a no respetar la autonomía de los pacientes.
- Necesidad desmesurada de dar amor o de sentirse amado.
- Deseo de rebelarse contra la autoridad. Esto puede hacerse sin problemas en el marco seguro de la terapia, pero puede conducir a recomendar a los pacientes cosas contrarias a sus intereses.

Además de estas motivaciones que debe poseer el psicoterapeuta en formación para Cormier y Cormier (2000), el psicoterapeuta profesional es alguien que facilita la exploración y resolución de aspectos y problemas presentados por un paciente o por cualquier persona que solicite ayuda; estas interacciones reconocen cuatro componentes:

- 1) Alguien que solicita ayuda.
- 2) Alguien que desea dar dicha ayuda.
- 3) Alguien capaz o habituado a hacerlo.
- 4) Un entorno que permita dar y recibir dicha ayuda.

La formación del psicoterapeuta para Cruz (2009), deberá guardar coherencia, a lo menos, frente a sus propios conceptos de ser humano, definición de problema y cambio, los cuales parecen comunes en el abordaje clínico. Otro fundamento que avala la necesidad de

abordar la formación de terapeutas es la propuesta por la comisión chilena de acreditación de psicólogos clínicos, quienes resaltan la necesidad de recibir una formación desde los aspectos teóricos, es decir, los conocimientos y las distinciones teóricas a la base de su hacer, elementos prácticos como lo son la práctica supervisada de su hacer y la formación de la persona del terapeuta, donde se pretende abordar aquellos aspectos que podrían interferir en su hacer terapéutico, como también la búsqueda de recursos personales. La formación como terapeuta deberá tomar a lo menos tres niveles de formación tal y como lo menciona este autor:

- a) Una formación teórica, que asegure una coherencia en el actuar terapéutico, así como también una forma de asegurar un lenguaje común que permita representar la experiencia y transmitirla.
- b) Una formación práctica, donde se pueda poder aprender desde el hacer, integrar sus experiencias y reflexiones en una instancia de supervisión clínica.
- c) Una formación de la persona del terapeuta, donde se asuman aquellos aspectos diferenciados, personales y únicos del hacer del terapeuta en formación.

Respecto a la necesidad de abordar el proceso de formación en psicoterapia es adecuado que se tome como un desarrollo que toma a la persona del terapeuta en formación; de un modo integral Moran, 1997 (cit. en Cruz, 2009) propone que podría plantearse un isomorfismo entre el modelo terapéutico y el de formación, en el cual el terapeuta en formación configura su experiencia integrando su sistema emocional, sistema de creencias y su sistema cognitivo. Siguiendo a Moran, “la esencia de una formación consiste en integrar conocimientos teóricos, instrumentos técnicos y el desarrollo de la creatividad personal a través de la observación de sí mismo”.

La formación teórico – práctica que debe tener un terapeuta; ha sido resaltada y propuesta desde otras perspectivas formativas, como lo son el enfoque de competencias, que aporta a la reflexión considerando el aprendizaje de modo más integral que involucra su saber, su hacer y su querer (Cruz, 2009).

Con lo ya mencionado es sustancial citar a Haudiquet (2005), quien se cuestiona ¿Cómo hacer para que exista coherencia entre la práctica terapéutica y el marco teórico que profesa el terapeuta?

Tal vez esta cuestión no es relevante en la consulta privada, pero sí, es aguda cuando se habla de formación en psicoterapia. Ahí, es muy importante que el maestro modele lo que enseña. Esto hace cuestionar el sistema de evaluación del futuro psicoterapeuta, pues la evaluación es un punto central de cualquier entrenamiento.

Se supone que la praxis de un psicoterapeuta debería de estar en coherencia con el marco teórico del enfoque al cual se refiere. Si algún psicoterapeuta se presenta como gestaltista o logoterapeuta, o si se dice rogeriano, se espera que su práctica sea acorde a su etiqueta y su marco de referencia. Pero como bien lo menciona Haudiquet (2005), en la realidad, no siempre es así; ya que uno puede profesar ciertos principios filosóficos y no llevarlos a cabo a la hora de la práctica. El problema de la coherencia entre teoría y práctica emerge en el dominio de la formación, pues ahí existe un fin didáctico y es necesario mostrar lo que se quiere demostrar y practicar lo que se predica, es decir, que haya coherencia entre teoría y práctica. Pero, ¿por qué nuestros valores y nuestras convicciones más íntimas no bastan para dar buena terapia? ¿Por qué nuestras creencias no son una garantía de nuestra práctica?

Para clarificar esto que refiere Haudiquet (2005), Pipes y Davenport (2004), describen en este breve relato de caso profundas cuestiones sobre el proceso de la psicoterapia con respecto a la formación de los psicoterapeutas:

Dolly T; era una profesora de música de 46 años de edad cuyos traumas personales eran considerables. Durante el proceso de nuestro trabajo en común, reconstruyo gradualmente los recuerdos de cuando ella sufría abusos físicos y sexuales por parte de su padre. Meses después, también se le hizo evidente que su madre se había confabulado en los abusos, primero al no protegerle de su padre y después abusando sexualmente de ella. El dolor de Dolly era atroz. Lucho contra una depresión con tendencias suicidas y contra los sentimientos de desesperanza durante mucho tiempo. Durante el transcurso de todo esto,

Dolly se fue interesando cada vez más por los trabajos espirituales sobre el fenómeno de la reencarnación. Durante meses sus propios espíritus comenzaron a elevarse a medida que desarrollaba un elaborado entramado de vidas pasadas, durante las cuales ella creía que había sido tanto víctima como perpetradora de los abusos. Consulto un místico, quien alentó su incipiente conciencia. Durante este intervalo, su psicoterapeuta cambio de lugar de trabajo. El hecho de aceptar una oferta de otra Universidad por parte de su psicoterapeuta, forzó a informarle a Dolly que su tarea en común debía finalizar. Su consultor exploró algunas posibilidades de remitirla hasta que finalmente la revoco con un consejero local que era relativamente liberal en el ámbito del “andamiaje” religioso y espiritual. Dolly no estaba contenta con la partida del su psicoterapeuta, pero después se contactó con su consultor y le comento que había tenido resultados muy positivos con su trabajo con su consejero de orientación transpersonal.

Este breve resumen plantea profundas cuestiones sobre la psicoterapia. ¿Qué debe hacer un psicoterapeuta para facilitar el proceso de recuperación?, ¿Con que reglas podemos juzgar los resultados de la psicoterapia?, ¿Cuál es la relación entre las cuestiones espirituales y la psicoterapia?, ¿Hasta qué grado deberían los valores del psicoterapeuta influir sobre los valores del paciente? Cuestiones como las anteriores son las que convierten a la psicoterapia en una empresa excitante, compleja y desafiante, otro ejemplo de esto es que una parte de la complejidad de la psicoterapia es si debe durar una sesión o seiscientas, en estos casos y en todos el terapeuta debe saber que hacer, pero lo que quizás es más importante debe saber cuándo hacerlo. Es por eso que la dificultad estriba en especificar qué debe hacer un terapeuta, en que momento, dentro de una relación interpersonal compleja y dinámica, esto no significa que la investigación sea algo inútil, porque aunque los psicoterapeutas comparten un campo común con los médicos, se considera que el modelo científico- practicante es mejor que el modelo medico de ayuda.

Retomando a Haudiquet (2005), mencionó que la psicoterapia no se reduce a unas técnicas, sino que es un saber ser, ósea un conjunto de actitudes. Ahora bien, en muchos entrenamientos, no se da suficiente énfasis en el desarrollo de las actitudes para que el estudiante tenga tiempo de integrarlas como haciendo parte de su praxis.

Las actitudes se desarrollan lentamente después de un largo trabajo de maduración interno antes de poder ser realmente integradas. Por eso, es tan importante que la formación para el psicoterapeuta no siga el modelo de cualquier otra capacitación basada en las técnicas. Se tiene que dar el primer lugar al desarrollo de las actitudes, y no solamente en palabras, en los hechos. Lo más importante es reducir el peso que se le da a las técnicas y las herramientas y privilegiar el saber ser, creando las condiciones de una experiencia interna y de una vivencia personal de las actitudes. Pues, sabemos muy bien evaluar conocimientos teóricos y técnicas. Pero, en el momento en que enfatizamos realmente en las actitudes, ¿cómo evaluar esto? Las actitudes, por definición, no se pueden evaluar, sobre todo si, como en la psicoterapia humanista, profesamos respeto hacia el individuo, confianza en su desarrollo y fe en la subjetividad de la relación interpersonal (Jiménez, 2004).

Como más adelante lo veremos, parte de esta formación de psicoterapeutas tienen un aspecto indispensable las habilidades en psicoterapia, por el momento puedo decir que si se requiere formar psicoterapeutas de verdad, es decir si se quiere dar peso al desarrollo del saber ser, entonces, es necesario revisar el sistema tradicional de evaluación e imaginar un nuevo sistema basado en el saber (el conocimiento) refiriéndome a (herramientas, habilidades) también, porque es algo que se puede aprender.

Ahora bien se ha planteado la cuestión de la formación en psicoterapia y los procesos de cambio y transformación propia de una psicoterapia; pero es importante mencionar que el psicoterapeuta en formación no solo debe abordar la búsqueda de desarrollo de competencias en psicoterapia, sino que también deberá revisar aquellas creencias, emociones y conductas que estarán en escena a la hora de interactuar con su paciente (Rivas, 2006).

Según Cruz (2009), existen ciertas premisas básicas propuestas por Milton Erickson, respecto a la formación del psicoterapeuta, estas con el fin de resaltar una mirada estratégica desde la aplicación de psicoterapeutas, las cuales son las siguientes:

- 1) Visión constructivista: el terapeuta en formación tendrá la tarea de generar significados personales acerca de su quehacer, implicar su identidad en este proceso. Por eso pensar en una formación en psicoterapia deberá considerar

principalmente el diseño de sus actividades, a fin del que el terapeuta en formación pueda tener experiencias tanto teóricas como prácticas, que le permitan generar una imagen de sí mismo en coherencia con su saber hacer. “La formación en psicoterapia surge desde el sujeto formándose, desde sus experiencias emocionales y relacionales”

- 2) Énfasis en el presente: no se puede afirmar que las personas aprenden y se desarrollan con independencia a la experiencia inmediata. El abordaje de la formación ocurre en el momento presente y en un contexto específico. Es el terapeuta en formación quien desde un hacer en el presente deberá reflexionar acerca de su experiencia actual, encontrando recursos personales desde su hacer.
- 3) Focalización en los síntomas: aunque no se puede afirmar que la formación en pide la formación en el hacer práctico. Por eso es importante descubrir las dificultades presentes en la actividad psicoterapeuta; como una posibilidad de reflexionar y reformular en estas.
- 4) Terapeuta activo: el rol del supervisor (formador, en su analogía con el rol del terapeuta activo) será precisamente ser el impulsor del proceso, cuyo protagonista y centro es el terapeuta en formación. El supervisor deberá impulsarlo más allá de lo que cree es capaz de hacer terapéuticamente para que perciba los recursos con los que cuenta y cuáles son los límites que se impone a sí mismo.
- 5) Énfasis en el cambio: es importante que durante el proceso de formación el supervisor pueda instar al terapeuta en formación a valorar y percibir aquellos pequeños cambios, como producto de su hacer. Salir de la seguridad de sus creencias y avanzar hacia la incertidumbre de su quehacer terapéutico siempre cambiante. Así el terapeuta en formación deberá intentar hacer algo distinto en su hacer; para situarse como un agente activo dentro de su formación, siendo un observador de su hacer, para generar un ser.

- 6) Énfasis en el mundo del paciente: ser terapeuta implica necesariamente el surgimiento de un estilo personal, un hacer que surge desde la persona, desde sus creencias y desde sus características singulares. El estilo personal es el resultado de su trabajo como terapeuta, de su historia de vida, de su etapa de desarrollo etc, lo cual es una parte integrante en su labor, pero el supervisor de este terapeuta deberá guiarlo en el proceso en donde se genere la importancia de un contexto en donde se formulen más preguntas que respuestas.

Según Cruz (2009), los terapeutas deben de desarrollar un entrenamiento para lograr un buen proceso psicoterapéutico; este autor propone que al momento de entrenar a un psicoterapeuta, la siguiente guía en donde se deben tomar en cuenta los siguientes puntos:

- La importancia de un vínculo o rapport: establecer y sostener un buen vínculo con el terapeuta que se entrena, es fundamental ya que a través de esta relación complementaria se va afectar indirectamente (incluso, en muchas ocasiones los formados modelan el estilo y la forma relacional) una segunda relación complementaria respecto a la relación terapeuta – paciente. Primero es indispensable saber escuchar para conocer el mundo de los terapeutas que se entrenan y así saber lo que necesitan, cuáles son sus características y antecedentes. En segunda instancia es importante situar a los terapeutas en el paradigma o marco epistemológico en que se van a manejar, para conocer cuáles son los fundamentos y para saber cómo se van a manejar desde esta teoría para la práctica en psicoterapia.
- Movimientos iniciales: es importante crear el ambiente y así poder entrenar en materia a los terapeutas. Por lo tanto se apela hacer uso de rol playing, simulación, etc. con la intención de crear un clima distendido de trabajo que posibilite la libre expresión a quienes se entrenan , y de esta manera conocer sus reacciones emocionales, que lectura de la realidad predomina en ellos, como es su tono de voz, la postura corporal, la convicción e incluso despejar dudas

- Metas generales:
 - a. Mejorar y ampliar el conocimiento del terapeuta en áreas específicas como trabajo con parejas, familias con miembro psicótico, p con trastornos de la alimentación o personalidad, violencia familiar, etc.
 - b. Reducir las distorsiones cognitivas de los terapeutas y al mismo tiempo ampliar sus marcos de referencias.
 - c. Mejorar las habilidades del psicoterapeuta, por ejemplo el uso de recursos como el humo o la postura provocativa, trabajar la voz como instrumento esencial de la terapia, desarrollo y utilización de la inteligencia emocional, rescatando sus propias emociones y aprendiendo a intervenir y a involucrar adecuadamente sus sentimientos.
 - d. Ayudar al terapeuta a mejorar el manejo de los casos, brindándole un “meta-conocimiento” (un conocimiento del conocimiento y de los puntos de ceguera epistemológica desde los cuales actúa habitualmente) y un marco de meta- comunicación acerca de las reacciones cognitivo-emocionales-comunicacionales que los mismos le provocan.

Este autor menciona estos puntos con el objetivo de formar un terapeuta cada vez más activo y al mismo tiempo reflexivo, y en contrapartida, menos reactivo y estereotipado.

Cabe mencionar que a formación de psicoterapeutas ha estado siempre muy influida por posturas psicoanalíticas, ya que fue el psicoanálisis el primero que planteo en 1910 el problema de los requisitos específicos de la formación, más allá de una formación teórica. Lo sorprendente es que con el declinar de las actitudes sectarias (“de escuela”), queda patente que no hay una formación única de hacer psicoterapia, solo hay modos diferentes y diferentes enfoques de modelos teóricos; y a pesar de estos se presiona cada vez más al psicoterapeuta para que sea capaz de hacerse cargo de todo tipo de problemas (Fernández y Rodríguez, 2004).

2.3 La entrevista en psicoterapia

Antes de comenzar abordar el concepto de entrevista psicológica es importante citar las palabras de Bleger (1994), respecto a definición de entrevista quien puntualiza la entrevista como un instrumento muy difundido, la cual puede tener sus múltiples usos en la gran variedad de objetivos, como lo es en el caso del periodista, jefe de empresa, director de escuela, maestro, juez, etc. También hace énfasis en el método clínico como técnica de la entrevista que procede del campo de la medicina, en donde la práctica médica incluye procedimientos similares que sin embargo no debe ser confundido ni superpuesto con la entrevista psicológica.

Es difícil, más no imposible hasta el día de hoy dar una definición completa con respecto a la técnica de la entrevista en psicología, a continuación Nahoum (1958); muestra alguna de las primeras definiciones que precedieron a explicar el concepto de entrevista en el campo de la psicología:

- La entrevista es una conversación seria, que se propone un fin determinado distinto del simple placer de la conversación a esta definición los autores le reconocen tres funciones: recoger datos, informar y motivar.
- La entrevista es un método para reunir datos durante la consulta privada o una reunión; una persona que se dirige al entrevistador, relata su historia, da su versión de los hechos o responde a las preguntas relacionadas con el problema estudiado o con la encuesta emprendida. Este método puede comportar la aplicación de las técnicas de observación y el rating (estimación) y tiene aspectos comunes con la técnica llamada del cuestionario.
- La entrevista es una conversación con un propósito, pero hay distinción entre conversación ordinaria y entrevista.

McConaughy, 2005 (cit. en Perpiña, 2012) elabora la siguiente diferenciación comparativa entre conversación ordinaria y entrevista:

Conversación:

- a) Informal y casual.
- b) Espontanea.
- c) Sobre t3pico de mutuo inter3s.
- d) Las conversaciones llevan a partes iguales el peso de la conversaci3n.
- e) No hace falta llegara a ninguna conclusi3n.
- f) Puede ser simplemente por pasar el tiempo o divertirse.

Entrevista:

- a) Se planifica en tiempo y se realiza una “cita previa”.
- b) Tiene un prop3sito y una intencionalidad.
- c) Los “conversadores” tienen roles y funciones, siendo uno de ellos el que elige el tema. El entrevistador pregunta o plantea temas sobre los que reflexionar, y el entrevistado contesta o reflexiona.
- d) El entrevistador acepta las expresiones de los sentimientos y hechos narrados por el entrevistado sin juzgarlos o discutirlos.
- e) El entrevistador est3 obligado mantener confidencialidad y a no revelar a informaci3n obtenida

Notamos que bajo estas caracter3sticas de simplicidad, la entrevista es una o unas de las t3cnicas m3s complejas y de m3s dif3cil manejo.

La definici3n realizada por Symons permite se1alar sucintamente, para distinguir que en la entrevista hay cierto n3mero de t3cnicas de estudio del comportamiento. En primer t3rmino, el entrevistador debe observar cierto n3mero de reglas emanadas de esas t3cnicas. En segundo lugar, el desarrollo de la entrevista, puede llegar a utilizar esas mismas t3cnicas como complemento.

Para Perpi1a (2012), uno de los or3genes del t3rmino “entrevista” deriva de la palabra francesa *entrevoir*, que significa “verse el uno al otro” es la t3cnica de evaluaci3n psicol3gica m3s utilizada no solo en el 3mbito de la psicolog3a, sino tambi3n en otros muchos campos estrictamente vinculados en el 3mbito de la salud o la relaci3n de ayuda. La complejidad y versatilidad de esta herramienta hacen que, sin embargo, no solo se limite

al campo de la evaluación y el diagnóstico, sino que trascienda y cumpla muchas otras finalidades.

La entrevista es utilizada como técnica profesional y quienes la ponen en práctica en principio, son todos los profesionales que tratan problemas humanos y deben, por eso, tener un contacto directo con individuos. A pesar de esto se hace una distinción.

Para Nahoum (1958), la expresión “entrevista psicológica” puede, en efecto, entenderse en dos sentidos diferentes. En primer lugar se trata de la entrevista conducida psicológicamente: durante la misma los profesionales pueden tender a objetivos diversos (juzgar, curar, etc.) pero guían la conversación de acuerdo con ciertas reglas, de índole psicológica y teniendo en cuenta factores psicológicos de la situación. Pero es posible limitar la noción, sosteniendo que la entrevista psicológica es la que llevan a cabo los psicólogos prácticos. Estos últimos, ciertamente, tiene en cuenta las reglas y los factores psicológicos anotados previamente, pero su propósito es resolver problemas que normalmente caben en el marco de la psicología (selección y orientación profesionales, investigaciones psicológicas, examen de personalidad, etc.)

La entrevista se ha ido adaptando y, sobre todo enriqueciendo de todos aquellos campos por los que ha sido utilizada. Son diversos los autores que indican que la entrevista comienza a tener una especial relevancia en el campo clínico.

A continuación Perpiña (2012), menciona algunas aportaciones fundamentales en el campo clínico con respecto a la entrevista:

- Kraepelin en su interés por explorar con minuciosidad los síntomas de los pacientes realizaba entrevistas. Ello le permitía poder realizar un diagnóstico en el que se podía articular en una clasificación de los trastornos mentales. Con este fin la exploración del estado mental del paciente resultaba imprescindible, y esa exploración y otros datos de la historia clínica del paciente se recababan, precisamente a través de la entrevista.

- Otra aportación fue la del psicoanálisis en la “terapia parlante” de Freud, en la que se funde la búsqueda de la información, la evaluación y la terapia. La entrevista se convierte en un estupendo medio para fomentar la comunicación espontánea del paciente y con ello suscitar su “curación” gracias, entre otras cosas, al flujo de sus asociaciones libres. Freud es uno de los primeros en entender que el entrevistador (terapeuta) tiene una notable influencia en la dinámica de la entrevista y que este no es un elemento neutral y por ello mismo a de esforzarse por ejercer un papel pasivo en ella, de modo que no es anecdótico que para controlar esa influencia el entrevistador se mantenga fuera de la vista del entrevistado y permanezca tomando notas tras el diván de sus paciente.
- Finalmente el señor Carl Rogers, en su terapia centrada en el paciente imprime a la entrevista terapéutica en un estilo no directivo por excelencia. Hay que mencionar el avance que Rogers supuso en la investigación de la entrevista quien realizó la primera transcripción textual en la década de los cuarenta, además de adoptar como metodología habitual la grabación rutinaria del audio de las entrevistas para su estudio posterior.
- Ahora bien junto a las críticas al diagnóstico psiquiátrico, Skinner y Eysenck en la década de los cincuenta pusieron también en solfa la entrevista al poner en manifiesto ciertos sesgos producidos, por ejemplo por los reforzamientos verbales, así como otras fuentes de error que también se comienzan a evidenciar desde el área social y las entrevistas de investigación.
- Kanfer y Saslow publican *Behavior Analysis*, entre cuyos argumentos cabe destacar que señalan la entrevista es un instrumento fundamental en el análisis funcional de la conducta, pero exigiendo un buen nivel metodológico para garantizar su fiabilidad y validez.

- Las entrevistas estandarizadas con propósitos de diagnóstico, como la SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders SCID; First, Spitzer, Gibbon y Williams 1996), o las series de las ADIS, se aseguran con su técnica de entrevista que el entrevistador pueda llegar a conclusiones diagnósticas fiables o formular hipótesis de intervención válidas.
- La aportación de la investigación social a la entrevista queda marcada desde un campo completamente distinto, contribuyendo a la estandarización y cuantificación de la técnica, muchas veces obligada a manejar gran cantidad de datos y de personas evaluadas.

La entrevista es el instrumento o técnica fundamental del método clínico y es por lo tanto; un procedimiento de investigación científica en la psicología, en lo que refiere a sus técnicas tienen sus propios procedimientos o reglas empíricas en los cuales no solo le ayudan a ampliar y verificar el conocimiento, sino que al mismo tiempo lo aplica. Por tanto podemos decir que la entrevista logra la aplicación de conocimientos científicos y al mismo tiempo obtiene o posibilita llevar la vida diaria del ser humano al nivel del conocimiento y la elaboración científica, esto en un proceso ininterrumpido de interacción.

Como lo ha descrito Bleger (1994); la entrevista es un instrumento muy difundido, en la cual se debe delimitar el alcance de la misma, ya que puede tener en sus múltiples usos en gran variedad de objetivos, como en el caso del periodista, jefe de empresa, director de escuela, maestro juez etc. Pero en el caso de la entrevista psicológica, entendido por tal, como aquella en la que se persiguen objetivos psicológicos (investigación, diagnóstico, terapia, tratamiento, etc.) queda de esta manera militado el objetivo de estudio de la entrevista psicológica, pero no solo para señalar algunas reglas prácticas que posibilita su empleo eficaz y correcto, sino también para desarrollar en cierta medida el estudio psicológico de la entrevista.

A continuación notamos que los objetivos generales en la entrevista son: Establecer un buen rapport, percibir la conducta total del paciente, escuchar, vivenciar y observar, estimular la expresión verbal, definir operativamente el problema, identificar antecedentes y consecuentes del problema, conocer tentativas de solución, elaborar hipótesis, planificar el proceso de evaluación psicológica y elaborar un mapa conceptual integrativo.

Por tanto creo importante señalar que la entrevista psicológica es el instrumento fundamental de trabajo no solo para el psicólogo, sino también para otros profesionales como podrían ser psiquiatra, trabajador social, sociólogo, etc y que parte de su importancia deriva en la denominación exclusivamente de sus objetivos o finalidades en específico.

Existen muchas formas de clasificar las entrevistas, dependiendo de la disciplina científica que las usa, del modelo teórico que inspira a los autores y del particular modo en que se aplica. Como bien lo menciona Morga (2012), la siguiente clasificación separa las entrevistas psicológicas mediante dos tipos de criterios: la forma de conducción o estructura, y el propósito u objetivo que persiguen:

- Tipo de entrevista por objetivos

De acuerdo a los objetivos la entrevista psicológica se divide en cinco grandes campos, que se describen a continuación:

- a. Entrevista de investigación. Su objetivo es recolectar información pertinente para responder una pregunta de investigación, ya sea en investigación cuantitativa o cualitativa; se conduce en función del paradigma de investigación usado.
- b. Entrevista psicopedagógica o psicoeducativa. Su función es determinar las posibles interferencias en el proceso de enseñanza aprendizaje, además de localizar sus causas e influir en su solución.
- c. Entrevista de orientación vocacional. Se realizan con el fin de asesorar a un sujeto en la elección de un empleo, escuela o carrera en función de sus características personales: aptitudes, intereses, tipos de inteligencia, estilo de aprendizaje.

d. Entrevista clínica. Su objetivo es conocer el funcionamiento de la personalidad de un sujeto: sus motivaciones, frustraciones y dinámica de personalidad. Puede ser diagnóstica, terapéutica y de asesoría.

e. Entrevista laboral. Se aplica para conocer las características de un candidato a un puesto laboral para elegir al más idóneo. Puede ser de selección, ajuste o salida.

- Tipo de entrevista por estructura

Esta clasificación se refiere a la forma como se conduce la entrevista y cómo se estructuran las interrogantes que el entrevistado debe contestar. En función de este criterio encontramos cuatro acepciones:

- a) Entrevista estructurada o cerrada: La flexibilidad de esta técnica hace que también tenga un lado menos favorable: requiere entrenamiento para su dominio. La entrevista tiene una engañosa apariencia de simplicidad que puede llevar a los osados a utilizarla sin más, En este tipo de entrevista, el entrevistador se presenta a la entrevista con un cuestionario bien estructurado, que el entrevistado debe responder; el entrevistador se ciñe fielmente al cuestionario y no pregunta nada fuera de él. Por lo tanto se define como el conjunto de procedimientos en el que el entrevistador utiliza preguntas dirigidas a un abordaje detallado, ajustado a ciertos objetivos preestablecidos que desea conocer o para los cuales el entrevistado solicita asistencia. La estructura de la entrevista cerrada es rígida, se fundamenta como método en preguntas directas.
- b) Entrevista semi estructurada: En esta modalidad, si bien el entrevistador lleva un guion de preguntas básicas, tiene la libertad de cuestionar al entrevistado sobre aquellos temas que le interesen, o bien omitir algunos temas de acuerdo a su criterio. El objetivo de la entrevista semi dirigida consiste en invitar al entrevistado a tratar aspectos que no han quedado claros para el entrevistador y llenar lagunas de información. En general esta modalidad se aplica durante las entrevistas posteriores a la entrevista inicial, pues tiene como objetivo recabar datos más precisos que den claridad a la información ya obtenida; también puede utilizarse de manera

intermitente, tanto en las modalidades de entrevista cerrada como en algunos momentos de la entrevista abierta.

- c) Entrevista abierta o no estructurada. En este caso el entrevistador tiene la flexibilidad para adaptar la entrevista a las características psicológicas del entrevistado, avanzando o retrocediendo en función de su propósito. Se le llama abierta por esta característica de no seguir un guion. El entrevistador no propone temas ni hace sugerencias; mediante el uso de este tipo de estrategia el entrevistado puede sentirse con la libertad de tratar, desde su propio punto de vista, los temas que le sean más relevantes.

El grado en que el entrevistador determina el contenido y el desarrollo de la entrevista afectará la manera de formular las preguntas o sus intervenciones verbales, cuando hablar, cuando escuchar y cuando cambiar de foco o de tema; en este sentido se habla de entrevistas directivas o no directivas (Perpiña, 2012).

A continuación Perpiña (2012), describe las entrevistas directivas y las no directivas:

- a) Directivas: Desde el punto de vista de un parámetro «objetivo», por ejemplo cuantificando el tiempo en que cada interlocutor está hablando, en las entrevistas directivas el entrevistador emplea mucho tiempo en sus intervenciones. Sin embargo, no sólo es cuestión del tiempo en que habla uno y otro, sino del estilo que le imprime: el entrevistador habla más con el fin de formular preguntas e intervenir, parece más activo en la iniciativa de la conversación, elige el tema para hablar, lo encauza. La participación del entrevistador está determinada por su marco de referencia, por su propia perspectiva, es decir, sus interpretaciones, su análisis de lo que en ese momento puede ayudar más a su paciente, sus indicaciones y su visión del problema. Es un estilo de entrevista cuyo objetivo principal es obtener el máximo de información para formular hipótesis que guíen la evaluación y la intervención.
- b) No directivas: En este caso, el que ocupa más tiempo en sus intervenciones es el entrevistado. El entrevistador procura interferir lo menos posible en el

curso natural del habla del paciente. Las intervenciones que hace el entrevistador se realizan desde el marco de referencia y el foco del entrevistado, puesto que el objetivo primordial es ponerlo en contacto con su experiencia y con sus vivencias, evitando, por tanto, ofrecer el punto de vista del entrevistador o constreñir al entrevistado. El objetivo inmediato de este estilo es crear un buen clima, la captación empática del entrevistado, al que se le ayuda a esclarecer su problema desde su propia posición. Su máxima expresión serán el estilo de terapia centrada en el paciente (Rogers) Es el paradigma de la escucha activa; ello exige gran capacidad de concentración y empatía, encauzando al entrevistado cuando empiece a divagar, bien haciéndolo consciente de ello, bien evitando las barreras que se detectan para verbalizar sus ideas.

Como todo instrumento metodológico la entrevista tiene pasos, etapas o fases que deben seguirse, a continuación Colín en el 2009 citado por Morga (2012), describe esta división de la entrevista en sus tres fases o etapas: inicio o rapport, desarrollo y cierre:

1.-La primera fase es la fase inicial, el objetivo primordial es lograr que el entrevistado se sienta cómodo en presencia del entrevistador, así como dispuesto a hablar lo más posible fuera de cualquier tipo de inhibiciones. Esto es llamado rapport o familiarización de la persona con la entrevista. Los primeros minutos de la entrevista son decisivos para lograr el éxito, ya que depende en gran medida del rapport que establezca el entrevistador.

Por tanto el rapport consiste en crear una atmósfera cálida y de aceptación, de tal forma que el entrevistado se sienta cómodo, tranquilo, comprendido y a salvo y se comunique de manera abierta sin temor a ser juzgado o criticado, el entrevistador tiene la responsabilidad de hacer que el entrevistado participe y lo vea como una persona que puede ayudarlo y que es digno de confianza. El rapport está basado en la confianza, el respeto y la aceptación mutuos. La construcción del rapport se encuentra siempre amenazada por los elementos psicológicos del entrevistado, la inexperiencia del entrevistador, o la interferencia de factores contextuales, sin

embargo, es preciso enfatizar que para que la información que se obtendrá en la entrevista es fructífera, a construcción del rapport es indispensable.

2.- La segunda etapa es la fase de desarrollo o cima, y constituye el núcleo de la entrevista, en esta etapa se recaba la mayor parte de la información, y se profundiza en los aspectos identificados en la fase anterior, se intercambia información se analiza la información y se confronta, se clarifican los problemas, se toman algunas decisiones sobre posibles soluciones y líneas de acción. Esta es la etapa más larga y profunda en cada entrevista.

3.-La tercera fase o fase inicial es el cierre de la entrevista, esta fase es tan importante como la del inicio. Su objetivo fundamental consiste en consolidar los logros alcanzados durante las etapas de cima y cierre. Inicia con la indicación del entrevistador que se acerca el final. Indicación seguida por un resumen de los contenidos tratados. Ofreciendo al paciente la oportunidad de aclarar algunos malentendidos y se brinda la posibilidad de comunicar cualquier información que hubiera quedado retenida por diversos motivos. Esta fase también es importante porque le sujeto puede proporcionar información relevante al final, dentro de esta etapa también se encuentran las prescripciones, mismas que pueden consistir, dependiendo del modelo teórico, del estilo del terapeuta etc. como lo es dejar alguna tarea a realizar, recomendar acerca de futuros problemas, asegura al sujeto su capacidad para manejarlos solo, en potenciar su motivación en los temas tratado sugiriendo como podrá abordarse la próxima sesión, atar cabos sueltos,. El fin de la entrevista se concluye con una despedida formal.

3. LOS MODELOS EN PSICOTERAPIA

Un modelo es una analogía conceptual. Los modelos tienen un elemento que facilita el pensar acerca de ciertos conjuntos de acontecimientos. Idealmente, los modelos ayudan al clínico (1) identificando las variables, o acontecimientos, que merecen ser estudiados o investigados más a fondo, (2) proporcionando un contexto dentro del cual se puede integrar la información y (3) fomentando la especificación precisa de las relaciones que existen entre las variables. (Kedall y Norton, 1988).

La creación o invención de un modelo en psicoterapia es producto del estilo y del universo de construcciones personales de su creador. Elementos que llevarán a colocar más énfasis en la comunicación verbal o en la incorporación del cuerpo en el espacio psicoterapéutico, de jugar más con la acción o con la reflexión, y viceversa. Pero todos estos puntos estarán regulados por el contexto de nacimiento en el que se han desarrollado

El nacimiento de los modelos, estrategias y técnicas de psicoterapia, no resultan como producto de lo causal o de un mero evento fortuito; la creación de una corriente psicoterapéutica es siempre resultado de tiempo, de análisis, de horas de investigación, de casuística, de series de tentativas fallidas o alentadoras, que llevan a una posterior sistematización que estructura un diseño final (Severo, Moreno y Des Champs 2013).

Ahora bien, los modelos de psicoterapia desde los más abarcativos y complejos, hasta los más simples; se gestan impregnados por momentos históricos con determinadas características sociales, crisis políticas o económicas. Tales factores, inciden directamente sobre los elementos socioculturales propios del contexto en que se desarrollan, generando las condiciones para que un profesional cree lo que debe crear.

Es importante que el terapeuta conozca cuales son los diferentes modelos que existen y como se manejan, incluso que se apegue al que más provechoso le resulte pero también es importante que no se fanatice con ninguno, de hecho el no adherirse ortodoxamente a los modelos tiene sus ventajas; ya que cuanto más rígida sea la aplicación de la línea teórica, esta rigurosidad terminara cercenando la creatividad del terapeuta. Sobre adaptarse a un modelo determinado, genera la imposibilidad de explotar la originalidad, temiendo

apartarse del “manual de instrucciones de la correcta aplicación del modelo” y por ende, malograr las diferentes inventivas que puedan surgir en el desarrollo de una sesión.

Cruz (2009), menciona que este es el caso de los terapeutas jóvenes que comienzan a ejercer su rol y que por la propia inseguridad, se aferran en forma compulsiva a un modelo determinado, bloqueando toda iniciativa personal. Otro caso es el terapeuta “clon” que reproduce identificándose al máximo con su formador en psicoterapia, remeda sus gestos, posturas, intervenciones y tonos de voz, perdiendo su propia identidad y marginando así cualquier aspecto creativo. La creatividad es la que permite la flexibilidad en la elección de puntos de vista, es la que hace reflexionar sobre instancias inusitadas de la dinámica terapéutica, posibilita además ampliar los recursos ensanchando los caminos de acceso a la problemática a solucionar.

3.1 La perspectiva en los modelos psicoterapéuticos

Aunque se hayan planteado numerosos modelos como lo son el cultural, de sistemas, existencial, genético, humanista, de aprendizaje, médico, moral, psicodinámico y otros. Cabe resaltar la importancia de cuatro principales modelos de los trastornos psicológicos que son el médico, psicodinámico, de aprendizaje y de sistemas en lo que respecta a las psicoterapias

A continuación Kedall y Norton (1988), exponen brevemente estos cuatro principales modelos:

1. Modelo médico: Al modelo médico del trastorno psicológico se le ha llamado también modelo de enfermedad y modelo orgánico. De acuerdo a esta conceptualización, la conducta anormal se relaciona con padecimientos físicos. Este modelo expone detalladamente la relación entre la función cerebral y la conducta humana; por tanto el modelo médico sugiere los trastornos psicológicos son el resultado de un trastorno fisiológico heredado o adquirido. No obstante algunos partidarios del modelo médico a menudo afirman que, si bien no se ha encontrado todavía una relación directa entre la patología fisiológica y la conducta anormal, esa relación existe y se descubrirá algún día; ya que la evidencia es mayor en cuanto a la existencia del funcionamiento del cerebro y los trastornos psicológicos, tales

como; la depresión, la esquizofrenia crónica por ejemplo. Un modelo enteramente médico de los trastornos psicológicos plantea un énfasis en el tratamiento curativo físico – médico; las píldoras, el choque eléctrico, la psicocirugía y las megavitaminas que sirven de ejemplos en cuanto a los métodos médicos de tratamiento; y aunque ciertas medicaciones son útiles, muchos pacientes necesitan reestructurar sus relaciones, explorar sus sentimientos o modificar sus actitudes en vez de tomar píldoras. Es importante recalcar que el valor del modelo médico depende del trastorno psicológico que se estudie; reconociendo también que las causas biológicas no implican necesariamente tratamientos biológicos y viceversa.

2. El modelo Psicodinámico: El modelo psicodinámico de los trastornos psicológicos surgió principalmente de los trabajos de Freud; basados en supuestos básicos, como: (a) los procesos inconscientes desempeñan un papel importante en la determinación de la conducta; en donde tres agentes psicológicos, el ello, el yo y el superyó, interactúan siempre que se tiene que resolver un conflicto psicológico, (b) el funcionamiento del adulto lo determina la efectividad de la solución de los conflictos en las diversas etapas psicosexuales del desarrollo y el conflicto psicológico da lugar a la ansiedad, que el yo trata de reducir empleando mecanismos inconscientes de defensa.

El concepto de los procesos inconscientes como determinantes de la conducta está basado en la división de la experiencia humana en tres tipos. La experiencia consciente es la que tiene lugar dentro del conocimiento actual de la persona. El material preconscious que comprende todos los pensamientos, las ideas y recuerdos al alcance de la persona, pero que no están por ahora en la conciencia. El inconsciente guarda todos los recuerdos, temores impulsos y esperanzas que rara vez están al alcance de la persona.

La perspectiva psicoanalítica de Freud destaca tres estructuras psicológicas: el ello, el yo y el superyó. Las exigencias de esas estructuras entran con frecuencia en conflicto, y la solución ineficaz de este conflicto es lo que los teóricos

psicodinámicos proponen como como la causa fundamental de los trastornos psicológicos. El modelo es dinámico porque enfoca la interrelación constante de los pensamientos y sentimientos íntimos expresados por el ello, el yo y el superyó. A diferencia del modelo médico, los modelos dinámicos hacen menos énfasis en las causas fisiológicas de los trastornos psicológicos y conceden más importancia a las experiencias de las personas en la infancia y en la primera niñez y a sus efectos en la interacción actual entre el yo, el ello y el superyó. Considerando que las experiencias traumáticas que superaron la capacidad de resistencia del yo del niño quedan reprimidas en el inconsciente como heridas psicológicas dolorosas. Esto predispone a la persona a experimentar ansiedad en situaciones similares de la vida adulta, aunque el yo debería ser capaz ahora de hacer frente al trauma y en vez de manejar eficazmente la ansiedad resultante, el individuo recurre a mecanismos de defensa infantiles como la negación o la proyección, porque el dolor que causa la herida no cicatrizada interfiere con la solución racional del problema y la acción.

Los críticos han sugerido varios puntos débiles en la conceptualización psicodinámica de los trastornos psicológicos entre ellos figura la falta general de éxito del modelo psicodinámico para resistir a normas rigurosas de la ciencia. La crítica se compone de dos partes: primero, se dice que la formulación teórica esta expresada en forma difícil de verificar empíricamente, la mayor parte de la teoría se refiere a acontecimientos y estructuras psíquicas no observables, así como al conflicto oculto entre el ello, el yo y el superyó. Segundo, cuando se intenta efectuar pruebas empíricas de la teoría a menudo se considera que los datos no la apoyan. El modelo psicodinámico está limitado también por el hecho de que el material utilizado por Freud para desarrollar el modelo provino de casos individuales y de su propia experiencia como terapeuta.

3. El modelo de aprendizaje: Este modelo considera a los trastornos psicológicos, como el resultado de un aprendizaje social defectuoso. En la mayoría de los casos, se considera que los factores fisiológicos tienen importancia secundaria, aunque nunca parecen ser tan triviales como para pasarlos por alto. De acuerdo con este

modelo, no han nada anormal por naturaleza con respecto al proceso de aprendizaje cuando una persona experimental angustia psicológica. En realidad, se considera que sólo las respuestas aprendidas le causan a la persona problemas suficientes en la vida como para justificar el cambio. Se piensa que la conducta anormal se aprende en la misma forma básica que la conducta normal, sólo que las condiciones ambientales fueron tales que resultó la primera no la segunda. Las condiciones para el desarrollo del modelo de aprendizaje fueron preparadas por Watson, quien, en 1913, criticó el método introspectivo y dirigió la psicología hacia el estudio de la conducta. Dollard y Miller en 1950 contribuyeron al desarrollo del modelo de aprendizaje reexaminando los principios tradicionalmente psicodinámicos desde la perspectiva del aprendizaje.

El surgimiento del condicionamiento clásico (con Pavlov, en 1927), el condicionamiento operante (con Skinner en 1953) y el aprendizaje por observación (con Bandura en 1969) también han sido muy importantes en la evaluación de aprendizaje. En relación con otros modelos, el modelo de aprendizaje se concentra en la conducta misma, en lugar de en los procesos de conflicto interno o en los factores fisiológicos que influyen en la conducta. Apoyándose en la conducta real, facilita el empleo del método científico, con menos supuestos que otros modelos; también sostiene que los mismos principios de aprendizaje que dieron lugar al desarrollo de la conducta de inadaptación sirven para modificar ésta. Los aspectos científico y de tratamiento del modelo de aprendizaje son sus puntos fuertes. Los posibles inconvenientes del modelo se refieren a su falta de disposición para la calidad mediadora del procesos cognoscitivo humano y la predisposición a que dan lugar los factores biológicos en el aprendizaje o el desaprendizaje de la conducta irregular, aunque Mahoney parece ya está superando este factor y tiene en puerta un modelo de aprendizaje menos prístino, que incluye el papel de la genética y las predisposiciones biológicas.

4. El modelo de sistemas: Los teóricos de sistemas aplican conceptos tomados de las ciencias físicas (como la biología), del procesamiento de la información

(computarización) y sociales (antropología) a la conceptualización de las interacciones humanas ya sean de adaptación o anormales, como componentes de un sistema social. Se piensa que los sistemas sociales son las familias y los grupos producen patrones estáticos y repetitivos de interacción con el fin de mantener un “equilibrio” que maximice las posibilidades de supervivencia del sistema. Todo cambio ya sea interno o externo del sistema constructivo (a cuestión de una innovación que mejore la vida) o destructivo (un golpe revolucionario), amenaza al equilibrio homeostático, literalmente saludable. Se piensa que los sistemas poseen mecanismos de vigilancia que funcionan como centinelas informales que señalan la presencia de cualquier desviación respecto de los patrones establecidos y estos vigilantes proporcionan “retroinformación”, los participantes en el sistema tienen entonces que neutralizar el cambio expulsando a la causa (por ejemplo, relegando a la persona que se desvía) o dándole una nueva forma dentro del sistema (tal vez, influyendo en la persona desviada para que se adapte). Según el modelo de sistemas, los trastornos psicológicos se presentan en dos casos:

- a) cuando las personas tienen que pensar, sentir o comportarse en forma psicológica o físicamente perjudicial o penosa con el fin de adaptarse a sus sistemas sociales y
- b) cuando tratan de modificar sus funciones o interacciones en sus sistemas sociales sin tener poder o capacidad suficiente para superar o eludir las fuerzas inactivas de esos sistemas.

La teoría de sistemas resta importancia a la relación de los factores fisiológicos, psicológicos internos y de aprendizaje individual y destaca el que desempeñan los patrones complejos de interacción personal en los trastornos psicológicos. Se considera que el contexto social total de la persona, en lugar de los acontecimientos o mecanismos fisiológicos, psicológicos o de aprendizaje aislados, definen la desviación y dan lugar a trastornos psicológicos. Los psicólogos clínicos que se inclinan por los modelos de sistemas, tratan de incorporar a su modelo factores fisiológicos, psicodinámicos y de aprendizaje y sostienen que estos son los

cimientos de los sistemas sociales humanos, pero que es necesaria una perspectiva más amplia del sistema total para explicar satisfactoriamente porque una persona sufre trastornos psicológicos mientras que otras, que tienen estructuras psicológicas y fisiológicas y conductas aprendidas similares, no los experimentan.

Es importante reconocer que ningún modelo puede explicar en forma satisfactoria todos los trastornos psicológicos. Ciertos trastornos son primordialmente el resultado de lesiones o enfermedades cerebrales. La adhesión estricta a un solo modelo de trastorno psicológico seguramente limitará al clínico. A medida que se investigan la etiología, la curación y la prevención de los trastornos psicológicos, cada modelo constituye una fuente de hipótesis muy valiosa. Los modelos que ofrecen proposiciones que se puedan someter a prueba son especialmente valiosos porque pueden ser examinados empíricamente y mejorados o modificados según convenga.

Cormier y Cormier (2000), hacen una sinopsis de los diferentes modelos en el campo de las psicoterapias (Ver tabla 1.)

Tabla 1. *Los diferentes modelos en el campo de las psicoterapias.*

MODELO GENERAL	SISTEMA TEÓRICO	TEORIA BASE, FUNDADOR Y CONTRIBUYENTES	CARACTERISTICAS CLAVE
PSICODINÁMICO	Teoría Psicoanalítica	Psicoanálisis Fundador S. Freud	Determinista, topográfico, dinámico, genético, analítico, evolutivo, histórico, introspectivo, de motivación inconsciente.
PSICOLOGÍA SOCIAL	Terapia Adleriana	Psicología individual Fundador Alfred Adler	Fenomenológico, de orientación social, teleológico, incluye la teoría de campo, funcional
HUMANÍSTICA, EXPERIMENTAL, EXISTENCIAL	Terapia centrada en la persona	Terapia centrada en la persona Fundador Carl Rogers	Humanístico, experiencial, existencial, organísmico, evocativo-consciente, orientado aquí y ahora, centrado en el paciente
	Terapia Gestalt	Teoría de la Terapia Gestalt Fundador Frederick Perls	Experiencial, existencial, humanístico, organísmico, evocativo-consciente, orientado aquí y ahora, centrado en el paciente, confrontativo

<p>COGNITIVA, CONDUCTUAL ORIENTADA EN LA ACCIÓN</p> <p>TERAPIA CODUCTUAL</p>	<p>Análisis transaccional</p> <p>Terapia Conductual</p>	<p>Teoría del análisis transaccional Fundador Eric Berne</p> <p>Terapia conductual y Condicionamiento Contribuyentes; B.F.Skinner, J. Wolpe</p>	<p>Cognitivo, analítico, constrictivo, interpretativo, confrontativo, orientado a la acción, evocativo-consciente, social-interactivo</p> <p>Conductual, pragmático, científico, basado en la teoría del aprendizaje, cognitivo, orientado a la acción, experimental, orientado a los objetivos, constrictivo</p>
--	---	---	---

Es importante el uso de modelos, pero no es conveniente que el terapeuta se adhiera incondicionalmente a alguno de estos, el modelo de elección en la psicoterapia es importante como guía en la implicación de la psicoterapia pero solo es una guía (Cruz, 2009).

Dentro de las diferentes teorías o escuelas de consejo terapéutico, todas plantean que el terapeuta debe contar con una serie de características y actitudes, las cuales son similares en la mayoría de ellas y se consideran importantes en el establecimiento de una relación terapéutica efectiva.

En un estudio realizado por Ibáñez, Vargas, Landa y Olvera (2011); se menciona que las habilidades de un terapeuta son indispensables para que se lleve a cabo un trabajo exitoso y no se encuentran, como muchos teóricos de la formación en psicoterapia asumen, ligadas al marco teórico que aquel maneje. Por tal motivo en la actualidad, es aceptado por muchos profesionales de la psicoterapia que independientemente del marco teórico la relación terapéutica forma parte fundamental del éxito del proceso. Por tal motivo Ibáñez y colaboradores puntualizan que contar con diferentes habilidades permite al terapeuta seleccionar la respuesta adecuada al paciente en cada situación y variarla en cada campo de actuación.

4. HABILIDADES TERAPÉUTICAS EN EL CONTEXTO DE LA PSICOTERAPIA

Este capítulo se plantea con el propósito de contribuir a la parte más sustancial de este trabajo, que son las habilidades que deberá poseer un terapeuta a la hora de ejercer psicoterapia. Si se plantean posiblemente la mayoría de las habilidades, y se expone la importancia de estas, en el ámbito de la psicoterapia para todos aquellos profesionales (terapeutas) se logra sin duda en la psicoterapia un trabajo eficaz con el paciente, es sustancial aclarar que estas habilidades responden como una variable o componente de gran importancia en la psicoterapia pero no como un todo solvente en lo que respecta a este proceso.

4.1 Definición de habilidad

Como bien sabemos la investigación en psicoterapia está avanzando hacia precisar cada vez más qué factores influyen en la eficacia de los tratamientos. Respecto a la eficiencia en la psicoterapia existe un factor importante que es la eficiencia del terapeuta, esta eficiencia del terapeuta puede para muchos depender de diferentes enfoques, dentro de estos múltiples enfoques es importante resaltar la capacidad para involucrarse con habilidades sabiendo que el paciente puede percibir al terapeuta capaz de ayudarlo (Ibáñez, Vargas, Landa y Olvera, 2011).

Habilidad viene del latín “habilitas” y hace referencia a la facilidad, aptitud y rapidez para llevar a cabo cualquier tarea o actividad. Por lo tanto una persona hábil, es aquella que obtiene éxito gracias a su destreza. Quien ha desarrollado, habilidad, "ha adquirido una metodología, técnicas específicas y práctica en su área de trabajo. Estas prácticas que han de abreviar formas de procesos intelectuales o mentales. (Zepeda, 2003)

(Zepeda, 2003) describe la habilidad como la aptitud con la que cuenta cualquier persona para llevar a cabo cierta tarea. Es decir que todos los seres humanos estamos capacitados para realizar con éxito cualquier tarea, Se define por tanto como un proceso a través del cual todos los seres humanos reunimos las condiciones para aprender y cultivar distintos campos del conocimiento, aun si estas condiciones hayan sido o no utilizadas, de esta

manera, nos referimos a estas condiciones como un espacio disponible para acumular y desarrollar naturalmente conocimientos

Una habilidad es la capacidad de hacer algo bien y se desarrolla a través del conocimiento y la práctica. Esta definición de habilidad implica un comportamiento que está adaptado a un evento particular o a una situación específica.

De acuerdo con el análisis conductual, una habilidad es un comportamiento complejo, aprendido bajo determinadas condiciones. En general es una cadena de respuestas (públicas y/o encubiertas) que pueden ser analizadas funcionalmente. Esta conceptualización de habilidad choca con la creencia del sentido común sobre su origen innato (Guijosa, 2003).

Las habilidades deben de ser aprendidas y practicadas. De este modo, si una persona practica ciertos comportamientos mientras que otro no lo hace, se espera que la persona que ha realizado la práctica se vuelva más habilidosa que la que no practico estos comportamientos

(Ibáñez, Vargas, Landa y Olvera; 2011).menciona que en el caso de la psicoterapia, las habilidades son parte fundamental de las destrezas y estrategias de un psicoterapeuta y están asociadas a una terapia eficaz, estas se encuentran presentes en los cuatro estadios fundamentales del proceso terapéutico: relación, evaluación y establecimiento de metas, selección y aplicación de estrategias y evaluación y conclusión

Decir que las habilidades terapéuticas desempeñan un papel importante en el proceso terapéutico no es noticia hoy en día. Esas habilidades están encaminadas a conseguir una relación con el paciente que permita ayudar a este a conseguir las metas del tratamiento. Su importancia es innegable visto el volumen de investigaciones que se han realizado al respecto.

(Gavino, 2007) ha estudiado el papel de las variables del paciente y de las variables del terapeuta, siempre con el fin de saber si influyen de manera relevante en la susodicha

interacción y, por tanto, en conseguir los tan deseados resultados y por supuesto, la carga de responsabilidad en este objetivo recae en el terapeuta en la mayoría de los estudios, ya que este es el que tiene que adaptarse al paciente, y el que ha de buscar la manera de interactuar más satisfactoria y beneficiosamente en la terapia

El campo de la investigación en psicoterapia se encuentra actualmente en una fase en la que se ha podido demostrar la eficiencia y eficacia de los tratamientos con un amplio número de problemas. Sin embargo, se ha demostrado que algunos terapeutas logran mejores resultados que otros. Esto sugiere que la eficiencia y la eficacia dependen no solo del tratamiento seleccionado y de las características del paciente, sino también de las variables del terapeuta (Marinho, Caballo y Silveira, 2003).

Ibañez, Vargas, Landa y Olvera (2011), nuevamente afirman que las habilidades terapéuticas permiten que el profesional adquiera las destrezas necesarias para establecer la relación interpersonal con el paciente, en la cual busque proporcionar a la persona o a la familia; comprensión sobre el problema que padece y la forma de manejarlo, adaptarse a la situación y saber cómo hacer frente a ello.

Las investigaciones respecto al papel del psicoterapeuta han sido y son numerosas, aun con ciertas polémicas que han llegado a surgir. Las variables propuestas por Rogers en 1957 como características del terapeuta necesarias y suficientes para realizar una terapia eficaz (empatía, visión positiva, calidez no posesiva y autenticidad o coherencia), actualmente ponen en duda a las diferentes corrientes terapéuticas para aceptar que estas variables son necesarias.

En realidad toda la polémica se ha centrado en aceptar o no el papel de las variables del terapeuta como las responsables de los resultados terapéuticos.

Así las revisiones de diferentes autores como Beutler, Machado y Meufeldt, (citado en Gavino, 2007) apoyan el planteamiento de que dichas variables son las responsables del éxito en la terapia.

Según los datos de dichas revisiones, los autores concluyen que, de acuerdo con los análisis estadísticos, los resultados terapéuticos tienen más que ver con la actuación del clínico que aplica la terapia que con el tipo de tratamiento que utiliza. Por otra parte, estos autores encuentran que, en todas las corrientes hasta ahora investigadas, algunos terapeutas producen sistemáticamente mejores resultados que otros de la misma corriente. Las investigaciones que se han realizado a este aspecto han comprendido tanto variables de actuación o comunicación como variables personales como la edad y el sexo del terapeuta y las conclusiones son pocas por ejemplo algunos autores informan que las actitudes y los valores del terapeuta influyen en el tratamiento y quizá por eso son más interesantes los datos que se han encontrado en las variables sobre la edad y la experiencia del terapeuta.

Rodríguez y Salinas (2011), entienden las habilidades terapéuticas como distintas aptitudes y actitudes que debe tener en cuenta un terapeuta para dedicarse a la psicoterapia, las que están centradas en su persona y son independientes de su postura teórica.

De este modo estos autores enuncian algunos requisitos necesarios para llevar a cabo dicha práctica como interés genuino por las personas y su bienestar, conocimiento de uno mismo o autoconocimiento, compromiso ético y actitudes que favorecen la relación terapéutica, como calidez, cordialidad, autenticidad, respeto, empatía y aceptación positiva incondicional.

La literatura se encuentra saturada de información sobre las características, creencias, estilos, preferencias, etcétera, que caracterizan a un psicoterapeuta exitoso. Sin embargo, estos rasgos se encuentran mezclados, como si pertenecieran todos al mismo nivel. Esto dificulta con mucho su incorporación a los programas de formación de psicoterapeutas noveles.

Las habilidades interpersonales de un psicoterapeuta son indispensables para que se lleve a cabo un trabajo exitoso y no se encuentran, como muchos teóricos asumen, ligadas al marco teórico que aquél maneje (Ibañez, Vargas, Landa y Olvera, 2011).

4.2 Habilidades interpersonales

Las relaciones interpersonales, son la base de la vida en la sociedad, y estas han sido objeto de interés renovado en diferentes áreas del conocimiento. Las cuestiones relativas a la evaluación y promoción de la competencia social constituyen un campo de investigación y aplicación de conocimiento de la psicología denominados entrenamiento de las habilidades sociales

Heppner y Heresacker, 2000 (citado. en Cormier y Cormier, 2000) definen las habilidades interpersonales como todos aquellos comportamientos y hábitos necesarios para garantizar una correcta interacción con los otros con la finalidad de desempeñarse adecuadamente.

Las habilidades interpersonales son valoradas en cualquier área de conocimiento por exigencia del propio mercado de trabajo en términos de requisitos profesionales.

En el caso de la psicología, las dificultades interpersonales y las dificultades relativas a la competencial social son aún más críticas, dado el carácter interpersonal de la actuación y del objeto de la intervención psicológica, asociado, en general a los problemas de naturaleza relacional o que afectan las relaciones sociales (Ibañez, Vargas, Landa y Olvera, 2011).

Ruiz y Villalobos, 1994 (citado. en Cormier y Cormier, 2000) señalan cuales serían aquellas características interpersonales generales que debiera manejar un terapeuta para desempeñarse adecuadamente en la psicoterapia:

- Tener un interés sincero por las personas y su bienestar; esto implica no tratar de obtener beneficios personales y no anteponer las propias satisfacciones a las necesidades del paciente. Intentando evitar: a) el voyeurismo, esto es, las indagaciones dirigidas básicamente a la satisfacción de la curiosidad personal. b) El abuso del poder y la autoridad inherentes al rol del terapeuta no deben mostrarse con el fin de mostrar la propia superioridad sobre el paciente o influir en las decisiones y valores del paciente más allá de los objetivos terapéuticos. c) La autoterapia o centrarse en aquellos problemas de los pacientes que tienen que ver

con las dificultades personales del terapeuta independientemente del impacto que tengan en la vida del paciente.

- Saber y aceptar que hay estilos de vida diferentes, todos ellos respetables y creer en que todas las personas tienen aspectos positivos que pueden desarrollar.
- Autoconocimiento. La habilidad de implicarse en una relación interpersonal efectiva está influida por los sentimientos y actitudes que tenemos sobre nosotros mismos. Si se esta falta de dicho autoconocimiento, es probable que no se sea capaz de establecer un tipo de relación terapéutica más idónea con el paciente.; ya que nuestro comportamiento puede estar influido significativamente por las actitudes que se tengan sobre uno mismo. Las personas que tengan un punto de vista negativo sobre si mismos se subestimarán o buscarán o evitarán las interacciones con otros que confirmen su imagen autonegativa. Conocer cuáles son los propios recursos y limitaciones, tanto personales como técnicas. Limitaciones personales serían temor al fracaso, necesidad excesiva de control, necesidad de aprobación, creencia en que los propios valores son los más adecuados.

Estas limitaciones pueden conducir a comportamientos antiterapéuticos tales como evitar aspectos conflictivos, tratar solo los aspectos más superficiales del problema, dominar las sesiones, enfadarse con los pacientes que no cumplen, evitar el uso de confrontaciones, satisfacer las necesidades de dependencia de los pacientes, tratar de imponer el propio sistema de valores , etc. Existen tres áreas personales respecto al autoconocimiento que los psicoterapeutas deberían examinar atentamente y de este modo evaluar algún un tipo de impacto psicológico sobre la calidad de la relación psicoterapéutica.

Estos tres aspectos son: competencia, poder e intimidad. A continuación se describen de acuerdo a la información referente por parte de Cormier y Cormier (2000), pero en el Anexo 1 (Efectos de la autoimagen del psicoterapeuta sobre la interacción psicoterapéutica) estos mismos se describen con más detalle:

a) Competencia: Los sentimientos de competencia profesional pueden influir sobre la conducta observable y encubierta dentro en las interacciones psicoterapéuticas. Por ejemplo los sentimientos de incompetencia pueden describirse como temor al fracaso o temor al éxito. Por tanto un psicoterapeuta que teme al fracaso puede enfocar sus palabras con una actitud excesivamente positiva. El temor al fracaso puede intervenir para evitar conflictos cuando el terapeuta está estructurando el consejo de ayuda. La interacción psicoterapéutica puede parecer superficial porque las dificultades y los temas conflictivos no se sacan a destacar en la psicoterapia. Otras persona por ejemplo pueden mantener una imagen negativa de sí mismos por temor al éxito y porque evitan las situaciones e interacciones favorables. Y si un psicoterapeuta es de aquellos que le teme al éxito puede en la psicoterapia estructurar su terapia de tal modo que autoconfirma su autoconcepto negativo en el otro.

b) Poder: Los sentimientos no resueltos sobre sí mismo en relación al poder y al control pueden incluir la impotencia, la pasividad, la dependencia, etc. Existen múltiples formas de utilizar indebidamente el poder, incluso en lo que respecta a la psicoterapia. En primer lugar un psicoterapeuta que teme ser impotente o débil que teme perder el control puede intentar ser omnipotente. Para esta persona las respuestas solo son manejables cuando son controlada.

El psicoterapeuta puede utilizar diversas maniobras para mantener el control como lo es; persuadir al paciente para que este haga lo que él desea, desanimarse o colocarse a la defensiva si un paciente se resiste o duda o puede dominar el contenido y la dirección de la entrevista. Se recalca que el psicoterapeuta que necesite controlar la entrevista puede mostrar mayor tendencia a entablar un conflicto con el paciente. Por el contrario, un psicoterapeuta puede temer el poder o control. Por tanto; tratara de eludir tanta responsabilidad y participación como le sea

posible, también evitara adoptar el control, dando al paciente demasiada dirección y no expresando incluso las intervenciones pertinentes.

Otra forma en que las necesidades no resueltas de poder pueden influir se aprecian con el llamado “conversor del estilo de vida”; (esta persona que tiene sentimientos muy fuertes sobre el valor de un estilo de vida en particular) tal psicoterapeuta puede aprovecharse indebidamente del proceso y utilizar la intervención para transformar el estilo de vida o ideología del paciente. Las respuestas en este caso se convierten en un foro para las opiniones e ideologías solo del psicoterapeuta.

- c) Intimidad: Las necesidades íntimas no resueltas del psicoterapeuta pueden alterar significativamente la dirección y el curso de la psicoterapia; generalmente si un psicoterapeuta tiene problemas en su intimidad puede temer al rechazo o puede sentirse amenazado por la cercanía y el afecto. Un psicoterapeuta que teme al rechazo puede comportarse de tal modo que encuentre la necesidad de ser aceptado y querido por el paciente; por ejemplo el terapeuta puede evitar confrontar o enfrentarse al paciente por temor a decepcionarlo o puede buscar una retroalimentación positiva sutilmente del paciente para ganarse la valoración y afecto. Las señales negativas del paciente también pueden ser ignoradas, porque el psicoterapeuta no quiere oír expresiones de descontento en el paciente.

Un psicoterapeuta que teme a la intimidad y afecto puede generar una relación demasiado distante; si evita la intimidad emocional en la psicoterapia ignorando las expresiones de afecto positivo que le muestra el paciente o comportándose de manera brusca y distante y tratando al paciente solo a través del “rol profesional de experto”.

Para hacer una evaluación respecto a estos sentimientos y actitudes sobre el psicoterapeuta y sobre los posibles efectos sobre las interacciones psicoterapéuticas Cormier y Cormier

(2000), elaboraron una actividad de aprendizaje, que consiste en un listado de autovaloración dividido en tres áreas: competencia poder e intimidad; según vaya leyendo los ítems incluidos el psicoterapeuta tiene que pensar en qué medida estos ítems describen su conducta frecuente, de igual manera si un ítem cuestiona la relación con el paciente y el psicoterapeuta aún no tiene mucha experiencia, deberá elegir los ítems que más describan su conducta, siempre contestando de manera honesta consigo mismo. Ver el anexo 2 (Cuestionario de autoevaluación)

- Competencia intelectual: El proceso psicoterapéutico exige un proceso intelectual, los psicoterapeutas deben conocer y también querer saber, por tanto deben de ser suficientemente curiosos intelectualmente para comprobar y saber que sucede con los pacientes, la competencia intelectual por tanto implica la búsqueda de información para tomar decisiones acertadas sobre la elección del tratamiento y el progreso del paciente.
- Objetividad emocional: El proceso psicoterapéutico tiende a invocar una intensidad emocional fuerte a menudo, tanto experimentada por el psicoterapeuta como por el paciente. En cierta medida los psicoterapeutas necesitan implicarse en la relación. Si se mantiene alejados o distantes en este proceso el paciente sentirá que el psicoterapeuta es frío, mecánico o despreocupado, aunque también si se implica demasiado puede asustar al paciente o perder su objetividad y oscurecer su capacidad de juicio. El grado de objetividad emocional o intensidad sentida por los psicoterapeutas puede afectar dos aspectos de la relación psicoterapéutica, lo que es la transferencia y contratransferencia. La transferencia puede originarse fácilmente cuando, con psicoterapeutas con cualquier orientación teórica, cuando la intensidad emocional del paciente es tan fuerte y empieza a dirigirse con el psicoterapeuta como si se tratará de una persona muy significativa en la vida del paciente y no referentemente como psicoterapeuta.

La contratransferencia también puede manifestarse de modos múltiples como: a) Mostrándose sobreprotector con los pacientes que se manifiestan en actitud excesivamente solícita. b) Tratar a los pacientes de modo benigno puede estar provocado por el temor del psicoterapeuta al enfado del paciente. c) El rechazo de

los pacientes puede derivarse de percibirlos como dependientes y necesitados. d) La necesidad de refuerzo y aceptación constante por parte de los pacientes. e) Al identificarse con sus pacientes. f) Generando sentimientos sexuales o románticos hacia sus pacientes. g) Al proporcionar recomendaciones compulsivas a sus pacientes. h) Por el deseo de aumentar las relaciones sociales con sus pacientes.

Para manejar con eficiencia la transferencia y la contratransferencia el psicoterapeuta, necesita, antes que nada, ser consiente de cuando se produce dicha dinámica. Son señales de transferencia y contratransferencia la aparición de emociones fuertes en ambos que parecen poco propias en el tiempo e intensidad, dado el contexto en el que surgen.

- Autorregulación. El autoconocimiento bien debe ir acompañado de una autorregulación suficiente para que los propios problemas y dificultades no interfieran en el tratamiento de la derivación de aquellos pacientes que las limitaciones propias no permiten tratarlos adecuadamente. Si las limitaciones son importantes, un terapeuta debe buscar tratamiento para las mismas. Una aplicación importante del autoconocimiento es que el terapeuta sepa detectar cuándo experimenta fuertes reacciones emocionales en respuesta a sus pacientes. Todo terapeuta debe ser sensible a sus procesos internos y a los procesos de interacción durante la terapia, analizar sus propias motivaciones y reacciones internas e impedir que influyan negativamente en la terapia. Si a pesar de todo persiste una intensa implicación emocional positiva o negativa con el paciente, puede derivarse este a otro terapeuta.

Algunos programas de formación de terapeutas ofrecen a estos la posibilidad o la obligación de realizar terapia personal. De todos modos, quizá una variable mediadora importante sea la razón o razones por las que un terapeuta busca terapia personal, entonces sería interesante que los programas de formación de terapeutas incluyeran módulos opcionales de desarrollo personal (p.ej., para aumentar el autoconocimiento y mejorar las cualidades personales, habilidades sociales y

manejo del estrés) y que, aparte de estos módulos, aquellos que lo necesiten busquen la ayuda de otro profesional (p.ej., en el caso de manejo de reacciones emocionales hacia ciertos pacientes, abuso de poder, crisis personales, etc.).

- Tener un buen ajuste psicológico general, aunque esto no quiere decir que el ajuste deba ser total. En términos generales, una buena salud mental por parte del terapeuta va asociada a mejores resultados del tratamiento.
- Experiencia vital. Una amplia experiencia vital, ya sea por experiencia directiva o vicaria, facilita la comprensión de los sentimientos y vivencias de los pacientes y la búsqueda de soluciones a los problemas de estos. Ciertas experiencias vitales recientes (divorcio, depresión, crisis de pánico) pueden hacer aconsejable no tratar a pacientes con problemas parecidos debido a posibles efectos de interferencia.
- Conocimiento de contextos socioculturales diversos. Conviene que el terapeuta conozca las normas y valores de los contextos socioculturales de sus pacientes, ya que pueden influir en los problemas de estos o en la fijación de los objetivos terapéuticos. Un conocimiento directo de todos los contextos es imposible, por lo que habrá que basarse en las informaciones proporcionadas por los pacientes, por personas de su entorno y por posibles publicaciones al respecto.
- Haber recibido una buena formación teórica y práctica y confiar en sus propias habilidades y técnicas terapéuticas.
- Apoyo: Los psicoterapeutas eficientes apoyan a sus pacientes; el apoyo tiene una serie de funciones en el proceso psicoterapéutico tales como engendrar esperanza (no falsa obviamente), reducir la ansiedad del paciente y proporcionar seguridad emocional. El psicoterapeuta debe mantener un equilibrio justo entre el apoyo y la protección para evitar que se genere la dependencia del paciente y para evitar “rescatar” al paciente, como extraer a los pacientes de su propio sistema de autoapoyo.

- Energía y persistencia. Hacer terapia cansa física y emocionalmente, Por lo que se requiere una buena dosis de energía. Es probable que los terapeutas pasivos y con poca energía inspiren poca confianza y seguridad a su pacientes. Por otra parte, el logro de resultados terapéuticos requiere tiempo, por lo que se necesita paciencia y persistencia.
- Flexibilidad. Un terapeuta debe saber adaptar sus métodos y técnicas a los problemas y características de cada paciente. Además, debe de estar abierto a la adquisición de nuevas competencias
- Cumplimiento de principios éticos y profesionales establecidos en el código deontológico de la profesión. Por ejemplo la confidencialidad (con las excepciones de maltrato a menores o peligro del paciente para sí mismo u otros), la derivación del paciente cuando se carece de habilidad en la problemática del mismo, la búsqueda de supervisión en el caso de terapeutas principiantes y la evitación de las denominadas relaciones duales (económicas, sexuales, sociales etc.) paralelas a las terapéuticas.

Dentro de las habilidades interpersonales, también se podría tomar en cuenta el modelo de terapia de Strong, como un modelo de influencia social en la terapia, si se toma en cuenta que en cualquier relación humana las personas tratan de influir unas sobre otras.

Como ya se mencionó el carácter interpersonal de la actuación y del objeto de la intervención psicológica, va asociado, en general a los problemas de naturaleza relacional que afectan las relaciones sociales; y en el proceso psicoterapéutico no siempre es la excepción. Es un hecho comprobado que los terapeutas influyen sobre los pacientes y el deseo de evitar esa influencia es obviamente absurdo porque las respuestas no tendrían razón de ser si no se ejerciera alguna influencia sobre los pacientes.

El proceso psicoterapéutico es un proceso que opera en sentido doble; ya que los pacientes también pueden influir sobre los terapeutas. Dorn, 1984 (cit. en Cormier y Cormier, 2000) señalan que aunque el paciente solicite terapia a consecuencia de su insatisfacción con las circunstancias personales, este mismo influirá en la conducta del terapeuta.

De este modo el proceso psicoterapéutico lleva una influencia interpersonal en la psicoterapia, algunas investigaciones recientes realizadas por Heppner y Heresacker, 2000 (citado. en Cormier y Cormier, 2000) muestran intercambio de influencias interpersonales y recíprocas.

En un primer momento del proceso psicoterapéutico, los pacientes muy motivados percibían a sus terapeutas como atractivos y admirables. Los terapeutas de estos mismos pacientes también percibían a sus pacientes como interpersonalmente atractivos. Estos eran los terapeutas que creían tener el mayor impacto o influencia sobre sus pacientes. Pero la naturaleza interpersonal y recíproca de este proceso de influencia genera una dinámica muy especial durante el proceso psicoterapéutico.

En 1968 Strong (citado. en Cormier y Cormier, 2000) publicó lo que en la actualidad se considera un hito en la psicoterapia como proceso de influencia social. El autor mantenía la hipótesis de que los intentos de los terapeutas por ver mejorías en sus pacientes provocaban disonancias de cambio en éstos debido a la inconsistencia o discrepancia entre las actitudes del terapeuta y las del paciente. Esta disonancia puede llegar a ser incómoda para los pacientes y estos en ocasiones intentan reducirla de formas diferentes como desacreditando al terapeuta, racionalizando la importancia de su problema, buscando información u opiniones que contradigan al terapeuta, intentando cambiar a opinión del terapeuta o aceptando la misma.

De este modo Strong comprobó que los pacientes tendían a aceptar en vez de rechazar o desacreditar las opiniones del terapeuta, cuando los pacientes percibían a este como hábil, atractivo y confiable. Estas tres características también pueden denominarse “favorecedores de la relación psicoterapéutica” porque han sido identificadas como habilidades

interpersonales de los psicoterapeutas para influir positivamente en el proceso psicoterapéutico. Strong (1968), sugiere un modelo psicoterapéutico de dos estadios:

1. El terapeuta establece una base de poder o de influencia sobre el paciente mediante tres características favorecedoras de la relación.

Esta base de influencia favorece la calidad de la relación y también potencia la implicación del paciente en el proceso psicoterapéutico. En este estadio del modelo (imagen de la literatura social y psicológica) se asume que el psicoterapeuta establece esta base de influencia atribuyéndosele factores de poder que pueden provocar un cambio de actitudes. Los factores de poder frecuentemente utilizados por los psicoterapeutas son:

- Poder legítimo: poder que se deriva del rol del psicoterapeuta, una forma que la sociedad en general, considera aceptable y útil.
 - Poder pericial: poder que proviene de los signos descriptivos y conductuales de habilidad y competencia.
 - Poder referente: poder que se deriva de los signos descriptivos y conductuales de atractivo, amistad y similitud interpersonal entre el psicoterapeuta y el paciente como se ha comprobado, por ejemplo, en los psicoterapeutas “indígenas”).
2. El psicoterapeuta utiliza estos factores de influencia para provocar cambios actitudinales en los pacientes. En el segundo estadio del modelo, es importante que los pacientes perciba al psicoterapeuta como experto, atractivo y confiable; porque es la percepción que los pacientes tienen de estas características del psicoterapeuta lo que determina, al menos en parte, la cantidad de influencia que ejercerán los psicoterapeutas sobre los pacientes.

Para Strong, 1968 (citado. en Cormier y Cormier, 2000) la pericia el atractivo y la fiabilidad son habilidades y conductas interpersonales que debe manejar el psicoterapeuta, aunque hay que recordar que ciertas características del paciente pueden favorecer o

mediatizar los intentos de influencia del psicoterapeuta; en otras palabras, algunos pacientes serán más o menos susceptibles a la influencia del terapeuta, dependiendo de factores como:

- I. Género, raza o medio sociocultural.
- II. Atractivo y competencia social.
- III. Nivel conceptual y estilo cognitivo.
- IV. “Mitos”, opiniones y expectativas sobre la terapia.
- V. Motivación.
- VI. Satisfacción con los resultados de la psicoterapia.
- VII. Nivel de compromiso adquirido para cambiar las conductas de interés.

La pericia, el atractivo y fiabilidad son habilidades interpersonales del psicoterapeuta que debe establecer para y utilizar como base de influencia para los pacientes, estas tres habilidades interpersonales también están relacionadas y de hecho, intercorrelacionadas hasta el punto en que los psicoterapeutas que son percibidos por los pacientes como competentes también tienden a ser percibidos como atractivos y fiables. La pericia ha recibido la máxima atención en la investigación, seguida por el atractivo. Existen pocos estudios que hayan investigado los parámetros de fiabilidad a pesar de su reconocida importancia para el desarrollo de la relación psicoterapéutica.

A continuación Cormier y Cormier (2000), describen estas tres habilidades interpersonales que debe manejar un psicoterapeuta:

- a) La pericia: También conocida como competencia, es la percepción que tiene el paciente de que el psicoterapeuta será útil para la resolución de sus problemas. Los pacientes desarrollan esta percepción a través de aspectos del psicoterapeuta como el nivel de destreza aparente, los estudios relevantes, experiencia o práctica especializada, certificados o licencias, madurez, estatus, tipo de entorno en que trabaja, historial de éxitos en la resolución de problemas ajenos y el rol que se le atribuye como terapeuta.

Los pacientes parecen formular estas percepciones a través de aspectos del psicoterapeuta (lenguaje, porte, sexo,) y del entorno (muestra de diplomas, certificados, literatura profesional, título) que son inmediatamente evidentes para el paciente, esto es, en los contactos iniciales. Así pues, en el estadio inicial del proceso psicoterapéutico donde el principal objetivo consiste en establecer una relación psicoterapéutica efectiva y el rapport, las señales descriptivas asociadas a la pericia desempeñan un papel predominante ayudando al psicoterapeuta a establecer una influencia de base con el paciente. En un principio, el rol del psicoterapeuta también contribuye en las percepciones del paciente sobre la competencia del psicoterapeuta.

En nuestra sociedad, el rol del psicoterapeuta se percibe como socialmente aceptable y valorable ya que estos transmiten poder o influencia legítima simplemente por el rol que desempeñan. De este modo, el rol de psicoterapeuta conlleva una influencia inicial considerable, independientemente de quien lo desempeñe, el poder legítimo de este rol es tan fuerte que los signos conductuales o descriptivos de la pericia se enmascaran en el estadio inicial del proceso porque se atribuye suficiente poder inherente al rol del psicoterapeuta. En cierta medida, el psicoterapeuta transmite tal credibilidad mediante el poder inherente de su rol, además pueden aumentar las señales descriptivas sociedad a la pericia mostrando los diplomas, certificados, literatura profesional, títulos, etc. la credibilidad inicial del psicoterapeuta puede aumentar si este ha alcanzado una reputación positiva (basada en el historial de pacientes pasados) y el paciente reconoce esa reputación.

Sin embargo, el rol, la reputación y los aspectos externos son insuficientes para mantener el proceso psicoterapéutico después de la fase inicial. En las fases siguientes el terapeuta debe dar muestras evidentes de su competencia a través de su conducta; la pericia conductual se mide en relación a la proporción en que el psicoterapeuta ayuda al paciente a lograr sus objetivos. Las demostraciones conductuales de la pericia son particularmente cruciales en los estadios segundo y tercero (evaluación, definición de objetivos e intervención) estos estadios requieren

mucha destreza y competencia técnica para realizar una evaluación global y exacta del problema. La pericia percibida no parece ser equivalente a la experiencia del psicoterapeuta, esto es, los psicoterapeutas experimentados no son considerados automáticamente como más competentes o expertos que los de menor experiencia. Por el contrario, la pericia se favorece mediante la presencia o ausencia de conductas verbales y no verbales que interactúan conjuntamente para transmitir manifestaciones conductuales de la competencia.

Las conductas no verbales asociadas a la comunicación de pericia incluyen: 1) Contacto ocular 2) disposición frontal de cuerpo. 3) Fluidez en el discurso. Estas conductas no verbales parecen contribuir a la percepción de la pericia transmitiendo atención, espontaneidad y falta de vacilación del psicoterapeuta en la presentación y el discurso. Ciertas conductas verbales parecen de igual manera contribuir a la percepción de pericia estableciendo al psicoterapeuta como fuente de conocimiento y destreza y promocionando la credibilidad de éste; estas conductas incluyen: a) Uso de preguntas relevantes y que estimulan el pensamiento. b) Indicaciones verbales de atención como seguimiento del discurso, falta de interrupciones, respuestas de atención. c) Dirección y seguridad de la presentación. d) Interpretaciones. f) Concreción.

- b) La atracción: Los pacientes infieren atracción a través de la aparente amabilidad, simpatía y similitud del psicoterapeuta con el paciente: si el psicoterapeuta es percibido atractivo por sus pacientes dispone de un recurso de poder referencial importante. Los efectos de atracción son mayores cuando es mutua, cuando al paciente le gusta trabajar con su psicoterapeuta y al psicoterapeuta le gusta trabajar con su paciente. La atracción incluye la dimensión física e interpersonal. El atractivo físico es el primer signo descriptivo asociado con este factor favorecedor de la relación y como los signos descriptivos de la pericia, tiene mayor importancia

en la fase inicial; cuando los pacientes basan sus percepciones en señales aparentes y accesibles.

En el estadio inicial de la psicoterapia, el psicoterapeuta puede utilizar los beneficios potenciales del estereotipo atractivo intentando maximizar su atractivo físico, apariencia y porte y aunque obviamente se puede hacer muy poco para cambiar algunos aspectos de nuestra imagen, otros aspectos de nuestra apariencia están bajo nuestro control como la ropa, el peso, y la higiene personal y puede utilizarse para favorecer y no detractar la impresión inicial de los pacientes. Hay determinadas conductas verbales y no verbales que transmiten atracción interpersonal y que también son importantes.

La atracción interpersonal ayuda a los pacientes a abrirse y autorrevelarse reduciendo la ansiedad (mediante la autorrevelación y la estructuración) y creando la opinión de que este psicoterapeuta es alguien con quien el paciente puede trabajar. Las conductas no verbales que contribuyen a la atracción son el contacto ocular, la orientación del cuerpo (de cara al paciente), disposición frontal del cuerpo, sonreír y asentir con la cabeza. Las conductas verbales que contribuyen a la atracción incluyen autorrevelación y la estructuración; conductas que parecen favorecer la relación creando expectativas positivas y reduciendo la ansiedad innecesaria y potenciando la percepción de similitud entre el paciente y el psicoterapeuta.

- Autorrevelación: Hay tres factores relacionados con la autorrevelación con respecto a la atracción: 1) La atracción percibida está relacionada con un nivel moderado de autorrevelación del psicoterapeuta. La autorrevelación excesiva o escasa desmejora la percepción del atractivo del psicoterapeuta que recibe el paciente. 2) La profundidad de la intimidad reflejada mediante la autorrevelación necesita adaptarse al estadio del proceso psicoterapéutico y al grado de la relación terapéutica. En las primeras sesiones es más útil la autorrevelación de hechos de naturaleza no íntima;

en posteriores sesiones son más útiles las autorrevelaciones más personales.

3) La atracción se favorece cuando el psicoterapeuta revela problemas y conflictos propios que ha experimentado alguna vez y que son similares a los problemas actuales del paciente. Consecuentemente la autorrevelación de un problema previo (actualmente resuelto) puede conferir al psicoterapeuta cierta pericia en la resolución de problemas o la credibilidad de quien también ha sufrido.

- Estructuración: Otro modo de maximizar la percepción de similitud entre el terapeuta y el paciente consiste en el uso de la estructuración directa. La estructuración hace referencia al proceso interactivo entre el psicoterapeuta y el paciente a donde ambos llegan con percepciones de comprensión de lo que sucede en el proceso psicoterapéutico y con el acuerdo de lograr los objetivos definidos. La estructuración potencia la percepción de similitud y atracción interpersonal del psicoterapeuta y el paciente y también cubre una obligación ética que exige al psicoterapeuta, informar a los pacientes de cuestiones como los propósitos, los objetivos, las técnicas y las limitaciones del proceso en terapia. La estructuración directa implica que el psicoterapeuta directa y activamente proporciona, en base a los elementos ya mencionados una estructura a los pacientes. La estructuración directa contribuye a la atracción potenciando el acuerdo entre el psicoterapeuta y el paciente sobre la información y aspectos básicos, y consecuentemente dotando la relación de cierta seguridad. La inseguridad se genera a partir de la ambigüedad y ansiedad excesivas.
- Confiabilidad: la confianza es la percepción de opinión del paciente de que el psicoterapeuta no le engañara o perjudicara de ningún modo. Según el modelo de influencia interpersonal, los pacientes perciben la fiabilidad a través de aspectos como el rol del psicoterapeuta, su reputación de honestidad, su sinceridad o claridad demostradas y la carencia de otros motivos. La confianza entre el psicoterapeuta y el paciente implica una serie

de intercambios relacionales y requiere de cierto tiempo para desarrollarse completamente y se trata de un fenómeno fijo, si no que cambia constantemente de razón de las acciones de las dos personas. Las conductas que contribuyen más significativamente a la confianza incluyen la congruencia o consistencia en la conducta verbal y no verbal del psicoterapeuta, la aceptación no verbal de las revelaciones del paciente y la responsividad y dinamismo no verbal. La incongruencia, las reacciones valorativas o evaluativas y la pasividad destruyen fácilmente cualquier confianza inicial. Las conductas verbales importantes que contribuyen en el desarrollo de la confianza influyen el parafraseo objetivo, la consistencia entre palabras y hechos, la confidencialidad, la claridad y la honestidad, la precisión y fiabilidad al dar información y las interpretaciones o reacciones no defensivas.

Como hemos visto en este capítulo se trataron todas aquellas habilidades interpersonales que debe poseer un psicoterapeuta; además de quedar delimitadas gracias a Cormier y Cormier y se describió el modelo de influencia social en psicoterapia de Strong.

Según este modelo el psicoterapeuta establece una base de influencia con el paciente mediante tres factores favorecedores en el proceso psicoterapéutico: la pericia, el atractivo y la fiabilidad. En donde el psicoterapeuta utiliza esta base influyente para provocar los cambios en el proceso psicoterapéutico. Las habilidades interpersonales del psicoterapeuta que contribuyen fundamentalmente en este proceso influyente son la pericia (o competencia), el atractivo y la fiabilidad

4.3 El estilo personal del terapeuta

El estilo personal del terapeuta ha sido definido como el conjunto de condiciones singulares que conducen a un terapeuta a operar de un modo particular en su tarea; estas condiciones son las características habituales que cada terapeuta impone en su tarea como resultado de

su peculiar manera de ser, y van más allá del enfoque de trabajo que utilice y de los requerimientos específicos que le exija la intervención.

Este estilo personal que ejerce el terapeuta debe ser dinámico, multidimensional y reflejar las predilecciones comportamentales que el terapeuta usa para comunicarse con otra persona.

Las intervenciones del terapeuta son las diferentes técnicas y procedimientos proporcionados por las distintas orientaciones psicoterapéuticas. De este modo Corbella y Botella (2003), mencionan que el estilo personal del terapeuta se diferencia de las intervenciones por el aspecto más global y vinculado a los principios comunicativos del terapeuta, sin limitarse a las técnicas concretas empleadas.

Por lo tanto consideran que tres variables contribuyen principalmente a la formación del estilo personal del terapeuta:

1. La posición socio-profesional.
2. La situación vital, la personalidad, la actitud y los posicionamientos.
3. Los modos dominantes de comunicación que utiliza.

Las dos primeras variables aluden a condiciones personales que influyen sobre la actividad terapéutica en su conjunto. Una se refiere a la incidencia que tiene el lugar ocupado por el terapeuta en el contexto socio-profesional donde se desempeña. Otra remite a la síntesis de las circunstancias vitales y de relación con el marco teórico que condicionan el modo de cumplir con su tarea. La tercera variable reúne las modalidades básicas de comunicación que la terapeuta emplea respondiendo a los diferentes aspectos que conforman el acto terapéutico.

El estilo personal del terapeuta comprende las acciones estilísticas primordiales del terapeuta, moldeando las aplicaciones de cualquier técnica específica. Estos modos dominantes están influidos hasta cierto punto por la orientación teórica a la que se adhiere y que le proporciona estrategias básicas respecto del modo en que debe posicionarse frente al acto terapéutico.

De hecho Piedrabuena (2011), refiere que el estilo personal del terapeuta propone un marco desde el cual es sugerible organizar las funciones y dimensiones de rasgos y actitudes que todo terapeuta pone en evidencia en lo que es su ejercicio profesional.

Las funciones son cinco: Instruccional, atencional, expresiva, operativa y de involucración. También nos describe que cada una de ellas tiene a su vez pares de dimensiones. (Véase tabla 2.)

- I. La función Instruccional comprende las conductas que el terapeuta pone en marcha para establecer y regular el dispositivo de la terapia, es decir, su instalación y ajuste. Por medio de esta función el terapeuta determina los alcances y los límites de la relación terapéutica, desde la definición de la distancia que regirá entre él y el paciente hasta los intercambios considerados legítimos en dicha relación. Si bien cada técnica terapéutica establece principios generales sobre la forma en que debe desarrollarse el vínculo, el estilo personal del terapeuta determina que cada uno cumpla con esos principios de maneras muy diversas. Algunos terapeutas marcan límites rígidos, tanto en lo referido al vínculo como al cumplimiento de pautas y tareas. Otros pueden manejar esto con mayor flexibilidad, sin perder por ello el rol de instruir respecto del dispositivo. De la misma manera, y si bien debe existir una asimetría, algunos terapeutas la extreman polarizando marcadamente la relación.
- II. La función atencional se refiere al modo en que el terapeuta focaliza para obtener la información que necesita para poder operar. Es fundamental para una función de escucha en la que el terapeuta selecciona los elementos que le serán de utilidad para avanzar en el trabajo terapéutico. Dicha selección puede hacerse de manera más activa por parte del terapeuta o de manera más receptiva. Dependiendo del estilo, el terapeuta puede tener una atención más concentrada o más abierta respecto de la información dada por el paciente.
- III. La función expresiva alude a la manera en que el terapeuta se relaciona afectivamente con el paciente. Es el factor sobre el que más se ha insistido en

los estudios sobre incidencia del aspecto personal del terapeuta en los tratamientos. Al ser un conjunto de acciones que el terapeuta lleva a cabo para sostener la comunicación emocional con el paciente, el tono de dicha emocionalidad puede ser bajo o alto. El terapeuta puede privilegiar la comunicación emocional, mental o corporal, de acuerdo a su particular manera de ser.

- IV. La función operativa incluye el conjunto de acciones que el terapeuta desarrolla para cumplir con un plan de tareas que resulte en la producción de los cambios esperados por el paciente. Por medio de esta función, el terapeuta elige que intervenciones específicas utilizara y de qué manera serán implementadas. El terapeuta decide sobre el grado de directividad o de persuasión con que operará y sobre la forma lógica o retórica que será usada para intervenir, es decir dando cuenta de su preferencia por utilizar procedimientos más pautados o más espontáneos

- V. La función involucrativa es el conjunto de conductas explícitas e implícitas vinculadas en el compromiso que experimenta el terapeuta frente a su tarea en general y en particular, frente a sus pacientes. Es el modo en que el terapeuta se involucra en su tarea, sosteniendo mayor distancia o mayor proximidad. Algunos terapeutas se sienten cómodos cuando logran que la relación con el paciente no implique una fuerte involucración o compromiso personal, como sucede, por ejemplo, con los casos no muy severos o cuando el paciente tiene cierto grado de autonomía personal. Otros terapeutas toleran un fuerte grado de involucración en la relación de ayuda que mantienen con el paciente. Trabajan con pacientes más perturbados y participan de zonas de la experiencia personal del paciente de mayor intimidad. Se incluyen también aquí una dimensión que señala la preferencia del terapeuta respecto de trabajar con programas terapéuticos focalizados y de corta duración, o de involucrarse en forma más abiertas y extendidas de tratamiento.

Estas funciones mencionadas son de orden interpersonal. Hay además una función que da cuenta de lo interpersonal, es decir, el grado de compromiso que el terapeuta experimenta con su trabajo en relación con el resto de las áreas de su vida.

Tabla 2. *Funciones y dimensiones de los terapeutas (Piedrabuena, 2011).*

FUNCIONES		DIMENSIONES	
I.	Instruccional	Rigidez vs. Flexibilidad	Asimetría marcada v s. Asimetría moderada
II.	Atencional	Activa vs. Receptiva	Concentrada vs. Abierta
III.	Expresiva	Tonalidad baja vs. Tonalidad alta	Corporal vs. Mental
IV.	Operativa	Directiva vs. Persuasiva	Lógica vs. Retórica
V.	Involucrativa	Proximidad vs. Distancia	Focalizado vs. Extendido

El estilo personal del terapeuta se diferenciaría de las intervenciones por el aspecto más global y vinculado a los principios comunicativos del terapeuta, sin limitarse a las técnicas concretas empleadas Corbella, Fernández, Saúl, García y García, 2008 (citado en Ibáñez, Vargas, Landa y Olvera, 2011) consideran que son tres las variables que contribuyen a la formación del estilo personal del terapeuta:

- a) La posición socio- posicional
- b) La situación vital, la personalidad, la actitud y los posicionamientos
- c) Los modos dominantes de comunicación que utiliza

Las dos primeras variables aluden a condiciones personales que influyen sobre la actividad terapéutica en su conjunto. Una de refiere a la incidencia que tiene lugar ocupado por el terapeuta en el contexto socio-profesional donde se desempeña. Otra remite a la síntesis de circunstancias vitales y de relación con el marco teórico que condicionan el modo de cumplir con su tarea. La tercera variable reúne las modalidades básicas de comunicación que el terapeuta emplea respondiendo a los diferentes aspectos que conforman el acto terapéutico

Severo, Moreno y Des Champs (2013), para explicar cómo se llega a adquirir un estilo terapéutico ejemplifican que frente al acto de “conocer” lo que clásicamente llamamos “mundo externo” el aparato cognitivo desenvuelve un mecanismo que activa nuestro almacén de significaciones; arrojando como resultado la invención de la realidad que al surgir de nosotros mismos se rotula como autorreferente, se construye en la interacción; y que, por así decirlo, nos lleva a elegir y seleccionar estímulos, por lo tanto la adopción de un modelo terapéutico no excede a este marco de referencia, ya que depende de un complejo proceso de abstracciones, particulares e inherentes a la funcionalidad cognitiva del terapeuta.

El terapeuta realiza cada uno sus actos perceptivos sumando abstracciones que lo posibilitaran conformar estructuras conceptuales; siendo estas mismas, las que dibujaran un mapa determinado de su realidad y es este mapa el que convierte a las futuras percepciones

en selectivas, tratando de amoldar los nuevos pensamientos a la estructura conceptual de modo que no se contradigan.

Desde allí captamos lo que deseamos captar (lo que tradicionalmente llamamos dato) o por lo menos lo que nuestro mapa permite, por tanto es la evidencia de cómo recortamos la realidad a través de nuestra particular perspectiva, transformando la percepción en un acto selectivo; esta selección es la que pauta, por medio de las distinciones pertinentes, nuestra epistemología, nuestra forma de conocer el mundo, y es desde ésta, donde como terapeutas elegimos un modelo teórico, avalado por una teoría determinada. La teoría entra en nosotros y nosotros entramos en la teoría; y así la misma se construye en nosotros (Sergi, Baluña, Fernández, Saúl, Botella, y García, 2007).

El terapeuta con la carga de su historia, o sea, como portavoz de un código familiar, de normas, de una serie de estereotipos que conforman sus estructuras conceptuales y solamente desde allí podrá elegir; porque entra así en un modelo y en otro y estos modelos entran en él y así comienza la construcción en cuanto a su estilo personal. O sea que con todos elementos de sus rasgos de personalidad, de sus constructos personales, conformaran un estilo personal que se pondrá en juego en el plano de lo pragmático por lo tanto, es inevitable que el modelo que adopte, sufra las modificaciones que promueve su estado personal. Esto se corrobora en la práctica: no existen terapeutas que desarrollen modelos en su más pura esencia porque ni siquiera los creadores de un modelo lo actuaron de manera ortodoxa, en última esencia lo constituyeron y lo implementaron a su estilo personal (Severo, Moreno y Des Champs, 2013).

Para Cruz (2009), ser terapeuta, a diferencia de otras profesiones, implicara necesariamente el surgimiento de un estilo personal, un hacer que surge desde la persona del terapeuta, sus creencias y características singulares.

4.4 Habilidades básicas del psicoterapeuta.

La práctica de la psicoterapia requiere del terapeuta una amplia gama de habilidades y destrezas para conducir de manera efectiva el proceso de intervención terapéutica. Muchas de estas habilidades básicas son similares en las distintas corrientes psicoterapéuticas: cognitiva conductual, humanista y psicodinámicas. Estas habilidades desempeñan un papel importante en el proceso terapéutico; porque están encaminadas a conseguir una relación con el paciente que permita ayudar a este a conseguir las metas del tratamiento y así lograr una alianza terapéutica; lo cual hace efectiva la relación psicoterapéutica.

Estudios de diversas orientaciones terapéuticas y con diversos problemas han mostrado que existen asociaciones significativas positivas entre estas actitudes y los resultados del tratamiento.

Las investigaciones respecto al papel del psicoterapeuta también han sido y son, numerosas. Las variables propuestas por Rogers 1957, (citado. en Gavino en el 2007), como habilidades del terapeuta “necesarias y suficientes” para realizar una terapia eficaz, son la empatía, escucha activa, aceptación incondicional, y autenticidad.

Desde la perspectiva diferentes autores y siguiendo a Rogers estas habilidades se consideran necesarias pero no suficientes. Es por eso que antes de estas habilidades se mencionaron otras vinculadas no solo con el estilo personal de psicoterapeuta sino también como también lo son las habilidades interpersonales.

Es importante mencionar las siguientes habilidades encontradas como características indispensables que debe poseer cualquier psicoterapeuta .Comenzaremos con las habilidades descritas por Rogers, y recalamos que estas no son las únicas que debe poseer un psicoterapeuta; más adelante mencionaremos otras que de igual manera consideramos son básicas y de igual importancia

- La escucha activa.

Ruiz y Villalobos, 1994 (cit. en Cormier y Cormier, 2000) y otros autores, es fundamental en el proceso de la psicoterapia y más como parte de una de las habilidades que debe poseer un psicoterapeuta.

Saber escuchar no es una posición pasiva, para Pérez, (2011). Quien escucha se compromete profundamente con la persona a quien escucha, se compromete a asumir un marco de referencia que no es el suyo que no conoce y que tendrá que irlo descubriendo y construyendo. No solo se escucha el discurso verbal; se escuchan los silencios, las risas y el llanto, las miradas, las posiciones corporales, se debe escuchar al otro como un todo, no solo se trata de permanecer en silencio frente a alguien que habla; se escucha cuando se ponen en relación ciertos contenidos actuales con los anteriores así se escucha la relación que se establece entre lo que se observa en el aquí y en el ahora con ciertas cosas que se saben. Un terapeuta se debe comprometer a tratar de entender para ayudar al interlocutor a que entienda, interprete, y decida sobre lo que le ocurre y especialmente a que examine sus emociones y la relación que tienen con sus conductas y pensamientos, también debe aprender a acompañar a su consultante; aprendiendo a manejar la escucha y la voz, y de este modo pueda discernir cuando es necesario preguntar, afirmar, parafrasear o permanecer en silencio.

Pérez (2011), plantea que saber escuchar también implica disponer de una tela de araña en la que se incluyen hilos de conocimientos, hilos de interpretaciones, asociaciones, hilos de exploraciones, comprensión e hilos de autoanálisis.

Un terapeuta sabe y debe saber muchas cosas. Debe saber cómo puede evolucionar un determinado trastorno, y debe saber que hacer para encauzar esa evolución en una dirección determinada sabiendo cuales son los riesgos de cada una de sus intervenciones. Debe de tener en cuenta que para romper la cronicidad de un problema puede ser necesario producir una crisis, pero teniendo en consideración que no puede desatar una crisis sin asumir ciertas consecuencias y las asume debe tomar las precauciones necesarias para no perder el control de la situación.

Un terapeuta debe saber que todo lo que hace es el resultado de una interpretación, correcta o incorrecta; pero siempre es una interpretación. Y una interpretación correcta puede producir un resultado desastroso si se presenta en el momento inadecuado o de manera inapropiada. Por el contrario una interpretación falsa puede producir un resultado positivo si quien la recibe considera que es una luz que le permite entender algo que antes no entendía. También debe saber que hay muchas formas de interpretación; que van desde la respuesta eco, que no posee ni un elemento más de contenido que el enunciado por el consultante, hasta la más osada de las indiferencias, que no contiene ni un solo elemento en común con lo enunciado por el consultante.

En el trabajo de la escucha el terapeuta sabe que debe explorar en busca de sentido. Pérez (2011); nombra a esto “espeleología psicológica”; es decir trata de la exploración de las cavernas oscuras y profundas de lo humano, que implica no solo explorar o ayudar al otro si no; ser capaz de enseñarle a ese otro a hacerlo también.

Cormier y Cormier (2000); resume lo expuesto por Pérez de manera más estructurada y clara; describiendo la escucha activa con ciertas características que se ven implicadas.

Al escuchar, a) se facilita que los pacientes hablen sobre sí mismos y sus problemas y comuniquen información relevante; b) aumentan las probabilidades de comprender mejor al paciente; c) se potencia la relación terapéutica; d) se anima a los pacientes a ser más responsables de su proceso de cambio y a ver al terapeuta más como un colaborador que como un experto; y e) es más probable que la intervención terapéutica tenga éxito; ya que la escucha activa implica tres actividades:

1. Recibir el mensaje, lo que implica atención e interés por el mismo. Hay que prestar atención a diversos aspectos del paciente:
2. Comunicación no verbal y vocal (apariencia, expresiones faciales, mirada, postura, orientación corporal, gestos, entonación, volumen, etc.). y cambios en esta
3. Comunicación verbal: lo que dice y en qué momento, lo que dice implícitamente, las emociones explícitas o implícitas, lo que no dice (temas que evita, personas importantes que no menciona), los temas recurrentes (p.ej., autoexigencia), las contradicciones en que incurre.

4. Actitud hacia el terapeuta y la terapia.
5. Procesar los datos atendidos, es decir, saber discriminar las partes importantes y establecer su significado. Aquí, los valores y creencias del terapeuta y las emociones que experimenta pueden inducirle a interpretar sesgadamente el mensaje, de modo que oiga lo que quiere escuchar. De aquí la importancia de que el terapeuta observe sus propios pensamientos y emociones en la sesión y los autorregule en caso necesario.
6. Emitir respuestas de escucha. Entre estas, hay varias que se pueden manifestar mientras se escucha, tales como la mirada amigable, asentimientos de cabeza, inclinación y orientación corporal hacia el paciente expresión facial de interés y comentarios del tipo “ya veo” “sí”, “entiendo”, “uhm”, “continúe, le escucho”. Además, una vez que el terapeuta interviene, comunica al paciente que le ha escuchado activamente mediante respuestas verbales de distinto tipo congruentes con lo que ha manifestado el paciente.

La escucha activa menciona que dentro de las acciones de escucha se debe de tomar en cuenta que también son importantes las clarificaciones, paráfrasis, reflejos y síntesis. A continuación Bados y García (2011), exponen cada uno de estos puntos:

- a) Clarificaciones: Estas consisten en pedir al paciente que aclare el significado de un mensaje vago, ambiguo o implícito. Esto suele hacerse mediante cierto tipo de preguntas (“¿qué quiere decir cuándo...?”, “¿Puede aclarar qué...?”, “¿a qué se refiere con...?”) o bien pidiendo al paciente que explique lo mismo con otras palabras, dando más detalles o que ejemplifique. A veces se suelen emplear preguntas de comprobación (“¿Qué quiere decir que...?” o “¿está diciendo que...?”) un ejemplo de clarificación sería el siguiente:

P: Tengo miedo de perder el control durante un ataque de pánico.

T: ¿Qué quiere decir con “perder el control”?

P: Bueno, que me pondré a gritar y a correr, toda la gente se dará cuenta y quedaré en ridículo.

Muchos términos y expresiones del lenguaje suelen ser ambiguos, por tanto es peligroso asumir que significan lo mismo para el paciente como para el psicoterapeuta. Tampoco conviene permitir que el paciente soslaye información con expresiones como “*ya sabe lo que quiero decir*”, “*ya sabe; usted me entiende*” etc. para estos casos puede responderse: “*No, la verdad no acabo de entender lo que quiere decir; ¿Puede darme un ejemplo?*”

Si una persona no clarifica lo que quiere decir, puede solicitarse una nueva aclaración y emplear, si es preciso, preguntas cerradas para concretar el posible significado de la nueva información. Si un paciente muestra renuencia a clarificar algo, puede restársele dramatismo al tema o posponer el abordaje del mismo. Conviene tener en cuenta que cuando un paciente está exponiendo un problema por primera vez, se le debe dejar hablar y no interrumpirle solicitando clarificaciones frecuentes, ya que estas pueden hacerse más adelante una vez que ha tenido la oportunidad de expresarse y ser escuchado.

- b) **Paráfrasis:** En concreto, la paráfrasis consiste en recapitular con otras palabras o expresar resumida y organizadamente el contenido principal del mensaje del paciente. No es conveniente emplear las mismas palabras de este ni repetirlo todo, sino de expresar de un modo claro con las propias palabras las ideas clave del paciente cuando se considere oportuno hacerlo. Dos ejemplos de esto son lo siguiente:

P: Sé que estar sentada o permanecer en la cama todo el día no favorece mi depresión.

T: Ya sabes que estar sentada en la cama no te es de ayuda (Mala paráfrasis, ya que implica una cierta recriminación).

T: Te has llegado a dar cuenta de que salir y hacer cosas te ayudaría a reducir tus sentimientos depresivos (Paráfrasis más eficaz que persigue forzar la comprensión alcanzada por el paciente y animarle a profundizar el mensaje expresado).

P: ¿Cómo voy a decirle a mi marido que quiero divorciarme? No sé cómo se lo va tomar y puede pensar que estoy loca. Tengo miedo de decírselo.

T: Parece que, debido a las posibles reacciones de tu marido, no has encontrado el modo de decirle que quieres poner fin a vuestra relación. (Quizá, como alternativa a la paráfrasis o como complemento de la misma, podría preguntarse al paciente qué es lo que teme que pase exactamente si se lo dice a su marido.)

La paráfrasis puede emplearse con diversos propósitos: 1) comunicar al paciente que se ha comprendido su mensaje y permitirle expresar su posible desacuerdo sobre lo que se le dice; 2) reforzar las ideas expresadas por el paciente; 3) animarle a profundizar en ciertas ideas o pensamientos o centrarse en determinada situación, suceso o conducta; 4) clarificar la esencia de un problema y ayudar así a tomar decisiones; y 5) enfatizar el contenido cuando se considera prematuro o contraproducente y centrarse en los sentimientos. Sin embargo, un uso excesivo puede dar la impresión al paciente de que el psicoterapeuta no aporta nada a lo que él está contando.

- c) Reflejo: El reflejo implica la expresión por parte del psicoterapeuta de los sentimientos del paciente, tanto de los implícitos como de los explícitos. Estos últimos son inferidos a partir de expresiones previas del paciente, comportamiento no verbal de este y / o conocimiento que se tiene del paciente o de la situación referida. En otras palabras a través del reflejo, el psicoterapeuta expresa, cuando lo considera oportuno, la parte efectiva del mensaje del paciente junto con el contexto o situación a que se refieren los sentimientos. El reflejo no excluye el uso de la paráfrasis (de hecho, suele

incluirla), pero implica siempre la repetición de un componente emocional. Ejemplos de esto, se muestran a continuación:

P (1): Cuando mi hijo murió...; al llegar vi que tenía la cabeza tapada. Quede clavada. Me llevaron a la cama y me pusieron una inyección. Desde entonces ya no soy la misma. Mi hijo murió en abril, pero hasta junio no me di cuenta verdaderamente de que había muerto, le deje marchar sin darle un beso de despedida.

T: Siente como si tuviera un asunto pendiente con su hijo, como le hubiera gustado expresarse.

P (2): Cuando descubrí que mi mujer me engañaba (dicho con tono de enfado),.... ¿Qué pude hacer? ¿Seguir, dejarle, ehh...? No estoy seguro.

T: Al parecer está enfadado con la situación de su esposa (no refleja el estado de confusión).

T: parece que está bastante enfadado con su esposa. (No refleja el estado de confusión)

T: Me da la sensación de que está furioso y con ganas de vengarse porque ha descubierto que su mujer le engaña. (No refleja el estado de confusión; además, la emoción reflejada de furia, es más intensa que la de enfado y el deseo de venganza es una inferencia a confirmar por parte del paciente)

P (3): No hay nada interesante. Todos mis amigos se han marchado. Desearía tener dinero para poder hacer algo diferente.

T: No encuentras nada interesante que hacer, ahora que tus amigos se han ido y no dispones de dinero. (Paráfrasis)

T: Te sientes aburrido al no tener amigos y dinero. (Reflejo)

Tanto la paráfrasis como el reflejo implican la recapitulación de aspectos del mensaje del paciente. Pero mientras que la primera recapitula el contenido del mensaje (haciendo referencia a las situaciones, acontecimientos, ideas, personas y/o objetos), el segundo expresa los sentimientos o la parte afectiva del mensaje. El reflejo de los sentimientos implícitos no debe ser empleado hasta que el paciente acepte el reflejo de los sentimientos explícitos, ya que si no, es probable que se produzcan respuestas de negación.

El empleo del reflejo implica captar los sentimientos expresados explícita o implícitamente por el paciente, a través de su conducta verbal y no verbal. Por tanto podemos decir que el reflejo puede emplearse con diversos propósitos, como lo es ayudar al paciente a sentirse comprendido y permitirle expresar su posible desacuerdo sobre lo que se dice; animarle a centrarse en los sentimientos y, de este modo, percatarse de su ocurrencia, intensidad o importancia; animarle a expresar más sentimientos sobre personas, sucesos o situaciones; permitirle discriminar diferentes tipos de sentimientos; no entrar en conflicto con un paciente que expresa sentimientos negativos sobre el proceso terapéutico o el terapeuta.

- d) Síntesis: Se definen la síntesis o recapitulación como el empleo de paráfrasis o reflejos que resumen lo que el paciente ha comunicado como parte de una sesión o a lo largo de una o dos sesiones. Es frecuente y, especialmente, al final de las sesiones. Las síntesis puede emplearse con diversos propósitos.
- 1) Unir los múltiples elementos, por ejemplo, los afectivos, cognitivos, comportamentales, etc. que ha ido comunicando el paciente para darles una estructura y/o clarificar la información.
 - 2) Identificar temas comunes que se ponen de manifiesto después de diversas intervenciones del paciente o, incluso, de varias sesiones.
 - 3) hacer resúmenes de aspectos importantes.
 - 4) Resumir el proceso logrado.

Además la síntesis, al igual que la paráfrasis y el reflejo, da la oportunidad al paciente de corregir la percepción del terapeuta. Ejemplos de síntesis se mencionan a continuación:

Un paciente con trastorno de ansiedad generalizada ha hecho alusión varias veces en las últimas sesiones acerca de dificultades en su vida de pareja. El terapeuta podría decir: “en las últimas sesiones se ha referido varias veces a problemas con su pareja. Quizá deberíamos hablar sobre ello.”

Un paciente alcohólico ha venido reconociendo en las últimas sesiones que beber no le beneficia a la larga, y que su mujer le amenaza con la separación, pero que no puede dejarlo porque le ayuda a sentirse mejor y a superar el estrés laboral. Una posible síntesis sería: “Parece que los sentimientos de calma y bienestar que te proporciona el alcohol son más importantes para ti que los problemas familiares.”

De igual manera Cormier y Cormier (2000), mencionan algunos obstáculos para la escucha eficaz: 1) no tener interés por el paciente o sus problemas; 2) la tendencia a juzgar los mensajes del paciente; 3) experimentar reacciones emocionales ante el comportamiento del paciente (p.ej., ansiedad, frustración, enfado) que resulta difícil de controlar; 4) distracciones asociadas con las preocupaciones; 5) interrumpir al paciente de forma innecesaria; 6) no respetar los temas que son importantes para el paciente; 7) tendencia a formular hipótesis firmes con pocos datos y a atender selectivamente a los datos que las confirman; 8) la tendencia responder a la información que el paciente todavía no ha comunicado de formulando preguntas antes de tiempo; 9) realizar interpretaciones u ofrecer sugerencias de forma prematura; 10) la presión que uno se impone para resolver problemas o encontrar respuestas; 11) variables situacionales como el exceso de calor o frío, el ruido o la hora del día; 12) no encontrarse bien o sentirse cansado (p.ej., por exceso de trabajo o falta de sueño).

No escuchar activamente al paciente es un grave error, ya que no se sentirá comprendido y el terapeuta puede estar satisfaciendo sus propias necesidades en vez de las del paciente. Por otro lado también es importante resaltar que el exceso de escucha también es problemático, ya que si el terapeuta se limita básicamente a escuchar, el paciente puede no recibir la ayuda necesaria

- La empatía.

La empatía ha recibido siempre mucha atención tanto para los investigadores como para los terapeutas. Los conceptos comunes subrayan que la empatía es mucho más que un concepto o destreza simple. Se considera que la empatía es un proceso que afecta a múltiples estadios y que está constituido por elementos diversos.

Cormier y Cormier (2001), definen la empatía como la capacidad de comprender a las personas desde su propio marco de referencia en vez del correspondiente (en este caso del terapeuta). Responder empáticamente a un paciente puede ser un intento de pensar con más que para o sobre el paciente. En la psicoterapia, la empatía afectiva y cognitiva puede ser útil en ciertos estadios, con algunos pacientes y para determinados objetivos, sin embargo, otras veces puede entorpecer la consecución de resultados positivos.

Generalmente, la empatía es útil para la calidad y efectividad de la relación terapéutica.

La empatía ayuda a conseguir el rapport y a obtener información de los pacientes mostrándoles comprensión, y atención concordando que el orientador y el paciente están trabajando desde la misma posición y adoptando las metas del paciente relativas a la autoexploración. La empatía se transmite a los pacientes mediante los mensajes verbales reflexivos y aditivos, mediante la conducta no verbal y mediante el uso de palabras o predicados seleccionados que inciden sobre los sistemas sensoriales del paciente.

La empatía, en su nivel más alto, implica no solo comprender los pensamientos y sentimientos expresados por el paciente, sino también captar las implicaciones emocionales, cognitivas y conductuales de los pacientes en su vida. Es lo que se ha definido

como el “comprender el significado más allá de lo que el paciente expresa” (López y García, 2011).

Aunque la empatía incluye el empleo de reflejos, no es necesario emplearlos frecuentemente, ya que el uso continuo puede resultar incluso contraproducente, conviene remarcar que la empatía presupone la escucha activa, pero va más allá.

Decir simplemente al paciente que se empatiza con él (*“realmente, sé lo que siente”, “entiendo por lo que está pasando”*) no comunica una actitud de empatía, se requiere algo más. Por otra parte los aspectos no verbales pueden potenciar o debilitar la comunicación de la actitud empática. No es lo mismo decir *“le molestan las críticas de su madre”* con un tono neutro que con un tono que venga a significar *“si le entiendo bien, se siente muy molesto por las críticas de su madre, ¿es así?”*.

Finalmente, la comunicación de la actitud empática cumple varias funciones: 1) comunica el deseo del terapeuta de comprender al paciente. 2) permite a este corregir las percepciones erróneas del terapeuta, y 3) facilita que el paciente seas más consciente de sus propios sentimientos.

Cormier y Corimier (2001), a continuación describen cuales son los medios verbales para la transmisión de la empatía

- a) Mostrar deseos de comprender. No sólo es necesario transmitir una comprensión precisa de la perspectiva del paciente sino también transmitir su deseo de entender desde el marco de referencia del paciente. Esto se observa en las afirmaciones que muestran sus esfuerzos por comprender el mundo del paciente y por la clarificación y preguntas sobre las experiencias y sentimientos del paciente.
- b) Tratar lo que es importante para el paciente. Sus preguntas y afirmaciones muestran que usted conoce qué es lo más importante para el paciente, respondiendo de modo que se refiera a los problemas o dificultades básicas del mismo. Esta debería ser una afirmación breve que capte los pensamientos y sentimientos del paciente, relacionada directamente con las preocupaciones de éste.

- c) Uso de respuestas verbales referentes a los sentimientos del paciente. Una forma de definir la empatía consiste en hacer afirmaciones verbales que reflejan los sentimientos del paciente.
- d) Utilizar repuestas que transmitan sus conocimientos sobre los sentimientos del paciente. Centrándose en los sentimientos del paciente y definiéndolos o etiquetándolos. En ocasiones esto se denomina empatía «primaria» o «intercambiable»
- e) Utilizando respuestas verbales que conducen o siguen a los mensajes implícitos del paciente. La empatía también implica la comprensión de los pensamientos y perspectivas internas del paciente incluso cuando éstas no han sido verbalizadas. Según Rogers en 1977, «el terapeuta se introduce tanto en el mundo privado del otro que puede esclarecer no sólo los mensajes de los que el paciente es consciente sino también los que permanecen justo debajo del nivel de consciencia». El terapeuta se dirige o continúa los mensajes del paciente comunicando que entiende lo que éste quiere decir o infiere, con el propósito de añadirlo al marco de referencia del paciente o para extraer las implicaciones de la cuestión. En algunas ocasiones esto se denomina «empatía aditiva» o «empatía avanzada».

Carkhuff y Pierce, 1975 (citado en Cormier y Cormier, 2000) han elaborado un Inventario Discriminativo que presenta una escala para evaluar los mensajes de empatía primaria y aditiva.

En esta escala las respuestas de los psicoterapeutas se valora en base a cinco niveles; el nivel 03 se considera como el nivel mínimo de aceptabilidad de respuesta. El nivel 03 de respuesta de esta escala corresponde al concepto de empatía intercambiable de Carkhuff y Pierce y al concepto de nivel primario de empatía; el nivel 04 corresponde a la empatía aditiva o a la empatía avanzada; y el nivel 05 representa la acción facilitativa.

La escala puede usarse para discriminar los diferentes niveles de respuesta o valorar los niveles de comunicación del psicoterapeuta. En el anexo 3 (Inventario Discriminativo de Carkhuff y Pierce) se añade un ejemplo de la respuesta verbal empática correspondiente a cada nivel del Inventario.

Además del uso de mensajes verbales seleccionados, la empatía se transmite mediante conductas no verbales como el contacto directo con los ojos, una posición corporal directa, ofreciendo la cara al paciente y mostrándose con los brazos hacia el paciente; sin cerraduras, estas conductas verbales son particularmente útiles cuando hacen blanco (siguen el ritmo) con la conducta no verbal del paciente. Seguir el ritmo según Cormier y Cormier (2000), quiere decir moverse cuando se mueve el paciente o coincidir con la conducta no verbal del paciente sin imitarlo o sin hacerlo de forma tan deliberada que el paciente lo note. Por ejemplo cuando las posturas del paciente y el psicoterapeuta son similares, es más probable que el paciente perciba al psicoterapeuta como más empático.

Es importante distinguir entre empatía y simpatía. La simpatía se refiere a un compartir las emociones del paciente, a una identificación emocional con su modo de ver las cosas. La empatía, por otra parte, tiene un componente intelectual además del emocional; implica conocer la base cognitiva de los sentimientos del paciente y mantenerse independientemente de estos para preservar la objetividad hacia los problemas del paciente.

Un terapeuta, aunque empático, debe darse cuenta de los pensamientos del paciente que conducen a este a determinados sentimientos y no tiene por qué estar de acuerdo con aquellos, en caso de que sean erróneos o desadaptativos. La empatía tampoco es mostrar compasión hacia el paciente, p. ej., al decir: *“realmente lamento que se sienta tan deprimido”* manifiesta bondad y consideración, pero no empatía.

Básicamente durante la práctica en psicoterapia, la empatía mejora mucho en la relación psicoterapéutica y facilita el cambio. Resumiendo las características de la empatía, López y García (2011), mencionan las siguientes: a) comprender mejor las conductas negativas del paciente (incluidas las resistencias de cambio), b) evitar emitir juicios sobre estas, c) reducir las reacciones emocionales ante las mismas y d) pensar mejor en posibles soluciones.

Descuidar la actitud empática y dedicarse sólo a las “labores técnicas” puede llevar a ver al terapeuta como un insensible, especialmente en las primeras sesiones. La actitud empática

es especialmente importante con aquellos pacientes que vienen, sino presionados, o incluso traídos por demanda o petición por otras personas, es entonces cuando en este caso conviene ganarse su confianza hablando de temas que les interesen y haciéndoles ver que uno comprende su postura.

La empatía puede potenciarse mediante un entrenamiento en habilidades en el que se incluya además una inversión de roles; es decir, el terapeuta que se está entrenando adopta el rol del paciente en una entrevista simulada.

Un ejercicio interesante es el propuesto por Rogers. Se reúnen tres personas, dos hablan sobre un tema que les motive ya sea positiva o negativamente y la tercera hace de moderador. La regla fundamental del ejercicio es que sólo se puede hablar después de haber resumido de un modo satisfactorio para la otra persona las ideas y sentimientos manifestados por esta (Bados y García, 2011).

- Aceptación incondicional

La aceptación incondicional implica aceptar al paciente tal como es, sin juicios y valorarlo como persona merecedora de dignidad. De hecho se distinguen varios niveles de aceptación incondicional; en el más alto, el terapeuta acepta al paciente como es, sin imponer condiciones, mientras que en el más bajo evalúa las conductas del paciente, y expresa disgusto o desaprobación

O incluso expresa aprobación de un modo selectivo. De este modo Cormier y Cormier (2000), distinguen varios componentes en la aceptación incondicional:

- a) Compromiso hacia el paciente: El terapeuta debe mostrar su interés y disposición a ayudar al paciente. El terapeuta dedica tiempo, habilidades y esfuerzos para comprender y ayudar al paciente, también se compromete en una relación en la cual dominan las necesidades e intereses del paciente, mientras que las exigencias personales del terapeuta quedan minimizadas. La preocupación del paciente debe ser genuina (y no simulada; si este fuera el caso, habría que cambiar de terapeuta) y

no rutinaria, el paciente no debe sentirse agobiado ni culpable por la gran dedicación del otro.

- b) Esfuerzo por comprender: Aquí el terapeuta debe mostrar este esfuerzo de varias maneras; escuchando atentamente, haciendo preguntas para obtener la visión del paciente sobre sí mismo, sus problemas y el mundo, verificando con el paciente las impresiones que ha obtenido de sus puntos de vista e indicando verbal y no verbalmente interés en comprender estos puntos de vista.
- c) Actitud no valorativa: Es importante que el paciente perciba que se le acepta incondicionalmente como persona, sin emitir juicios de valor sobre sus pensamientos, sentimientos y conductas. Esto puede no ser fácil p. ej.; si una persona dice que está engañando a su pareja, que desea suicidarse o que quería que un hijo estuviese muerto.
- d) Protección y cercanía: Sin la expresión de protección y cercanía las estrategias particulares y las intervenciones psicoterapéuticas pueden ser técnicamente correctas pero terapéuticamente impotentes. La cercanía reduce la naturaleza impersonal o la esterilidad de un procedimiento de intervención o tratamiento, además la mayoría de los pacientes responden a cercanía con cercanía. La forma más sencilla de transmitir cercanía y protección consiste en utilizar conductas no verbales como tono de voz, contacto ocular, expresiones faciales, gestos y contacto aunque es importante recordar que los pacientes de otras culturas perciben diferente estos aspectos. La cercanía también se tramite con conductas verbales como utilizando frases de elogio como reflejo de algunos atributos o aspectos positivos del paciente tales como *“estupendo ver que bien manejas esta situación”*, *“te expresas realmente bien”* estas frases de elogio proporciona refuerzo positivo y deben ser sinceras, precisas y merecidas para que sean efectivas, la cercanía o inmediatez implica también autorrevelaciones pero se limita a la autorrevelación de los sentimientos corrientes (los que suceden en el momento presente de la relación o durante la sesión).

Aunque ciertas acciones y pensamientos pueden parecer reprobables, hay que mantener una actitud no crítica hacia el hecho de que hayan ocurrido. Esto no quiere decir que no se pueda hacer reflexionar al paciente sobre los pros y contras y consecuencias personales y sociales de los mismos; pero esto debe ser visto como una muestra de interés hacia él y las metas del tratamiento en vez de como críticas o descalificaciones.

Un reto que los psicoterapeutas deben encarar con frecuencia es como superar los sesgos personales y culturales para tratar con efectividad a los individuos que en la sociedad en general percibe como innecesarios, ofensivos o desagradables por ejemplo un violador o perverso. Los psicoterapeutas pueden crear un clima donde el paciente se sienta seguro y no se comporte de forma defensiva, para así mostrarse más receptivo al psicoterapeuta que con las personas que convive a diario. (Bados y García, 2011).

Por tanto la aceptación incondicional es cuando nos referimos al respeto, al interés, a la estima por esa persona sin sentimientos posesivos, considerándola como distinta a mí por su mérito propio e incondicional. Por estos motivos hay que abstenerse de los juicios, evaluaciones y diagnósticos. Aceptar incondicionalmente no es un paternalismo, no es aprobar o justificar, no es palmear ni felicitar es comprender y considerar al otro en un devenir para que el otro se pueda ir aceptando en sus potencialidades.

- Autenticidad

La autenticidad implica ser uno mismo, comunicando los propios sentimientos y experiencias internas. El terapeuta poco autentico enmascara sus sentimientos y opiniones, muestra sonrisas forzadas y utiliza frases poco espontaneas o con doble sentido. Un buen terapeuta debe ser capaz de expresar algo de sí mismo. Sin embargo, la espontaneidad total no es adecuada; la expresión de experiencias, opiniones y sentimientos debe ser en beneficio del paciente. López y García (2011), han señalado que un terapeuta ha de conjugar la sinceridad con el tacto, la diplomacia y la oportunidad para no perjudicar al paciente o la realización terapéutica. En ciertos casos, la franqueza puede ser percibida como critica, hostilidad o rechazo.

Así la situación terapéutica requiere saber que decir o expresar, cómo y en qué momento. Se consideraría positivo para el tratamiento que el terapeuta exprese adecuadamente sentimientos de interés, aprecio, ánimo y aprobación aunque sin caer en el exceso.

A continuación Cormier y Cormier (2000), han distinguido varios componentes de la autenticidad:

- a) Conductas no verbales tales como contacto ocular, sonrisa y orientación corporal hacia el paciente.
- b) Poco énfasis de su rol, autoridad o estatus por parte del terapeuta.
- c) Espontaneidad o capacidad para expresarse con naturalidad, sin deliberar sobre todo lo que se dice y hace. El terapeuta poco espontáneo tiende a mostrarse inhibido en sus expresiones motoras (p. ej.; en el caso de los gestos) y sus expresiones verbales se caracterizan por la estereotipia, el formalismo, la rigidez y /o la ambigüedad; no hay congruencia entre lo que siente.
- d) La autenticidad también incluye reconocer, en vez de negar, los propios errores ante paciente cuando este los señala (o los capta, pero no se atreve a hablar sobre ello) y se está de acuerdo en haberlos cometido. Si no se está de acuerdo, hay que aceptar la queja sin ponerse a la defensiva, preguntar al paciente en que se basa su afirmación y escuchar con la mayor objetividad posible. Y en caso de que haya datos que apoyen la queja, hay que reconocer el error y manifestar que se hará lo posible para que no vuelva a suceder. Esta forma de actuar mejora la relación, siempre, claro está, que los errores no sean frecuentes ni de gran importancia.
- e) Autorrevelación: Las autorrevelaciones o información que los terapeutas suelen y deben revelar van más encaminadas a la experiencia profesional, edad, estado civil, número de hijos, como han manejado ciertos problemas y opiniones o sentimientos positivos respecto al paciente. Lo que es menos frecuente es la autorrevelación de sentimientos negativos y la información personal sobre lo sexual.

En un estudio experimental realizado por Barret y Berman, 2001 (citado. en López y García, 2011) dirigieron al terapeuta para que tratara a dos pacientes, de modo que como resultados obtuvieron que con uno aumentaba le número de autorrevelaciones y con el otro se limitaba el uso de estas.

Los pacientes en la condición de mayor autorrevelacion por parte del terapeuta mejoraron más al menos a corto plazo, e informaron de un mayor agrado hacia el terapeuta que los pacientes en la condición de autorrevelación limitada. Sin embargo, no hicieron más autorevelaciones, ni estas fueron más íntimas. Como datos importantes se debe mencionar que los terapeutas fueron de edad similar a los pacientes. Además de esta investigación experimental, se han realizado algunos estudios no controlados en condiciones naturales con los resultados contradictorios, por que unos han hallado una relación positiva entre la autorrevelación del terapeuta y el beneficio derivado del tratamiento, pero otros, no.

López y García (2011), señalan que hay varios puntos importantes a destacar respecto a la autorrevelación:

- 1) Las autorrevelaciones deben ser una respuesta directa a preocupaciones expresadas por el paciente. El terapeuta debe hacer autorrevelaciones cuando considere que va a ser beneficioso para el paciente. Un terapeuta que no tiene esto en cuenta puede atorrevelarse simplemente porque se identifica demasiado con el paciente o con un tema determinado, porque está muy centrado en sí mismo o por que busca reducir su ansiedad.
- 2) Las autorrevelaciones deben adaptarse a lo expresado por el paciente. Sería un despropósito que por ejemplo un paciente tras decir que hoy es uno de los días en que se ha sentido peor, el terapeuta le dijera, aunque sea cierto, que para él en cambio ha sido uno de los días más felices. En este sentido, una autorrevelacion eficaz debe ir acompañada de una actitud de empatía; si no es así, el terapeuta será visto como una persona egocéntrica.

- 3) La mayor o menor intimidad del contenido autorrevelado debe depender de la fase de la terapia (menos intimidad al principio, ya que esto en lugar de favorecer una relación terapéutica favorecería una relación de amistad o ser visto negativamente por el paciente), del nivel de intimidad empleado por el paciente y el grado de relación terapéutica. Algún grado de intimidad puede ser deseable, pero revelaciones muy íntimas no son beneficiosas y desdibujan los límites en los que debe mantenerse una relación terapéutica.
- 4) Se aconseja que las autorrevelaciones sean poco frecuentes y concisas, para no robar tiempo de terapia, ni protagonismo al paciente. De hecho, deben oscilar solamente entre el 1% y el 5% de las intervenciones del terapeuta, en un principio en un valor inferior. Un terapeuta que revela en exceso puede ser visto como poco merecedor de confianza, egocéntrico, preocupado por sí mismo o necesitado de ayuda. En el polo opuesto, un grado muy bajo de autorrevelación puede crear distancia.

Puede ser beneficioso, si es el caso, que el terapeuta comunique la existencia de problemas pasados de algún modo similares a los del paciente y el modo en que logro superarlos.

Cormier y Cormier (2000), mencionan algunos ejemplos de autorrevelación de problemas; que pueden ser aquellos pasados relacionados con el manejo de los hijos, fumar, problemas de pareja, irritabilidad, preocupaciones y ataques de pánico. Este tipo de autorrevelaciones puede hacer parecer al terapeuta más creíble y competente, ya que conoce y sabe manejar los problemas del paciente. Naturalmente, la cosa es muy diferente si el terapeuta informa sobre problemas que aún no ha resuelto; en este caso, es probable que el paciente no se sienta ayudado y que incluso se plantee en qué medida va a poder ayudarle un terapeuta con problemas similares a los suyos. Y aunque ni se le planteara, lo más probable es que el terapeuta no pudiera ayudarle.

Las autorrevelaciones pueden referirse también a los sentimientos y percepciones que el terapeuta tiene sobre lo que sucede entre el paciente y él en las sesiones de terapia. El

terapeuta puede revelar sentimientos para ayudar al paciente a darse cuenta del impacto que produce en otros (“no sabe lo que me alegra oírle hablar así”) o para explorar las reacciones del paciente (“siento como si algo chirriase entre nosotros, ¿qué piensa usted?”) (Ruiz, y Jaramillo, 2010).

Bados y García (2011), mencionan como es de esperar, que se perciben mejor a los terapeutas que comparten sentimientos positivos que a los que expresan sentimientos negativos respecto a lo que ocurre en la sesión. Algunos clínicos dicen que a veces es necesario revelar sentimientos negativos (decepción, frustración e irritación), en concreto cuando estos son persistentes o interfieren a la hora de ser empático o de aceptar al paciente. Claro que una alternativa mejor podría ser enfocar la situación como un problema y buscar otras soluciones (p.ej., reestructuración de los propios pensamientos negativos, búsqueda de consejo por parte de un colega, etc.). Así, en vez de decir “es un poco decepcionante oírle decir esto otra vez”, podría decirse: “¿cómo cree que se sentiría X al oír decirle esto otra vez?”. Sea como sea, no es necesario en la mayoría de las ocasiones comunicar los sentimientos negativos experimentados. Además, cuando se haga esto, hay que procurar: a) preguntarse previamente si se hace en beneficio del paciente o para descargar ira, tensión o frustración; y b) hacerlo con tacto y evitar el tono crítico; por ejemplo, no es lo mismo decir “me irrita usted” que “me parece mal cuando...”, aunque quizá algo más adecuado sería “me gustaría...” (Comportamiento alternativo deseado en el paciente)”.

Además de estas habilidades, deben existir otras como lo son la cordialidad, la competencia, confianza, atracción y grado de directividad que debe poseer un buen terapeuta porque estas le favorecerán en la relación terapéutica y el proceso psicoterapéutico.

- Cordialidad

Esta palabra implica expresar verbal y no verbalmente interés y aprecio por el paciente y cuando es oportuno, ánimo y aprobación. Conductas verbales que contribuyen a ejercer la

cordialidad son el contacto visual, las sonrisas, la expresión facial de interés, los asentamientos de cabeza, la voz suave y modulada, la postura relajada, la inclinación corporal hacia la otra persona, proximidad física, y según los casos, un grado discreto de contacto físico p. ej.; al saludar o la mano sobre el brazo.

El contacto físico puede ser muy útil en momentos de estrés emocional, pero puede ser mal interpretado por los pacientes, es por eso que antes de usarlo se sugiere que el terapeuta se plante si sería para beneficio del paciente; si el nivel de confianza que se tiene con el paciente lo aconseja habría que preguntarse cómo va percibir el paciente el contacto físico. (¿Cómo muestra de apoyo, como signo sexual, o como algo incómodo o aversivo?) Es fundamental tener en cuenta que el comportamiento no verbal del terapeuta debe estar en consonancia con el clima de la terapia y el contexto de lo que está ocurriendo entre terapeuta y paciente; así una sonrisa indica proximidad con un paciente que cuenta un logro, pero no con otro por ejemplo que manifiesta lo vacío que se siente.

Es rara la persona que no responde a la cordialidad con cordialidad y a la hostilidad con hostilidad. Sin embargo el exceso de cordialidad puede dar lugar también a efectos perjudiciales ya que el paciente puede sentirse demasiado abrumado o puede malinterpretar las intenciones del terapeuta, o bien, en un polo extremo, puede llegar a enamorarse del terapeuta.

La intimidad y cordialidad típicas de muchas relaciones terapéuticas pueden ser aversivas para determinados pacientes (p. ej.; personas hostiles o con trastorno de personalidad antisocial) en estos casos y especialmente en las primeras etapas del tratamiento, es preferible un estilo de interacción amable, pero no tan cercano, que satisfaga las mayores necesidades de autonomía. Por otra parte la cordialidad manifestada variará a menudo en función de la fase de la terapia; conforme avance esta, muchos pacientes necesitan menos demostraciones explícitas de aceptación y aprobación.

- Competencia

La competencia es la capacidad del terapeuta para ayudar a sus pacientes a resolver sus problemas y mejorar su confianza en sí mismos (Sensación de dominio control); por lo

tanto en un sentido amplio, incluye todas las habilidades necesarias para ello, ya sean de autoconocimiento, de autocontrol, relaciones o técnicas. Aparte de las características personales como fruto propio de la propia historia de desarrollo, la competencia de un terapeuta está directamente relacionada con su nivel de experiencia terapéutica (la cual se suele definir como números de años de práctica psicoterapéutica, aunque sería mejor definirla como el número de horas de trabajo con pacientes) y con su nivel de entrenamiento en la aplicación de programas específicos de tratamiento.

Aunque los resultados de las revisiones y metaanálisis no son precisamente concluyentes la experiencia terapéutica y el nivel de entrenamiento en programas específicos parecen estar asociados a mejores resultados terapéuticos (Ballesteros, González, y Peña 2010).

Integrar los distintos niveles de aprender se ha enmarcado en el concepto de competencia. Mediante este concepto se intenta definir que el proceso de aprender e incorporar los conocimientos implica la capacidad de articular y movilizar condiciones intelectuales y emocionales en términos de conocimientos, habilidades, actitudes y prácticas, necesarias para el desempeño de una determinada función o actividad, de manera eficiente, eficaz y creativa, conforme a la naturaleza del trabajo Oit, 2005 (citado. en Cruz, 2009).

Roe (2003), menciona que aunque se hayan asignado diferentes significados a la noción de competencia, hay un creciente consenso en la literatura referente a que la competencia debe definirse como “una capacidad aprendida para realizar adecuadamente una tarea, funciones o rol”. Pero del mismo modo, menciona que hay dos rasgos distintivos de la noción de competencia, es decir, que se relaciona con un tipo específico de trabajo para ser realizado en un contexto de trabajo particular y que integra diversos tipos de conocimientos, habilidades y actitudes. Las competencias se adquieren típicamente en un proceso de “aprender haciendo” en una situación actual de trabajo, durante prácticas, o en una situación de aprendizaje basado en simulación. Pero es importante notar las diferencias entre competencias, por un lado, y conocimientos, actitudes y habilidades por otro lado. Los últimos difieren de las competencias en que son más elementales, es decir, pueden ser desarrollados aisladamente, evaluadas separadamente, y aplicadas en múltiples competencias.

Una reseña de investigación sobre el nivel de competencia de los psicoterapeutas sugiere la importancia de diferenciar entre competencia específica, un concepto que se refiere tanto a conformidad como a adherencia y a competencia general una medida de la habilidad que ejerce el terapeuta cuando está aplicando los procedimientos de los tratamientos. Un terapeuta puede tener competencia específica sin ser considerado como altamente hábil en la aplicación del tratamiento. La habilidad puede ser específica, tanto con un grupo de pacientes particulares o con un tipo particular de terapia, o puede ser general y darse a través de los procedimientos de terapia o en tipos de pacientes. La competencia está relacionada de manera muy cercana con la desenvoltura y la exactitud de la administración del tratamiento (Piedranueva, 2011).

De igual manera Roe (2003), refiere que las competencias también deben distinguirse de las aptitudes, rasgos de personalidad y otras características más estables en los individuos, tales disposiciones deben ser vistas como la base por la que los individuos aprenden conocimientos, habilidades y actitudes, así como competencias y subcompetencias, pero puesto que el proceso de aprendizaje también depende de factores situacionales y temporales, las disposiciones no deben equiparse con esas cualidades aprendidas. Una cuestión importante es como se relacionan las competencias con la ejecución o el desempeño. Mientras que la presencia de un nivel alto de competencias es un prerrequisito para la buena ejecución, ello no garantiza una adecuada ejecución.

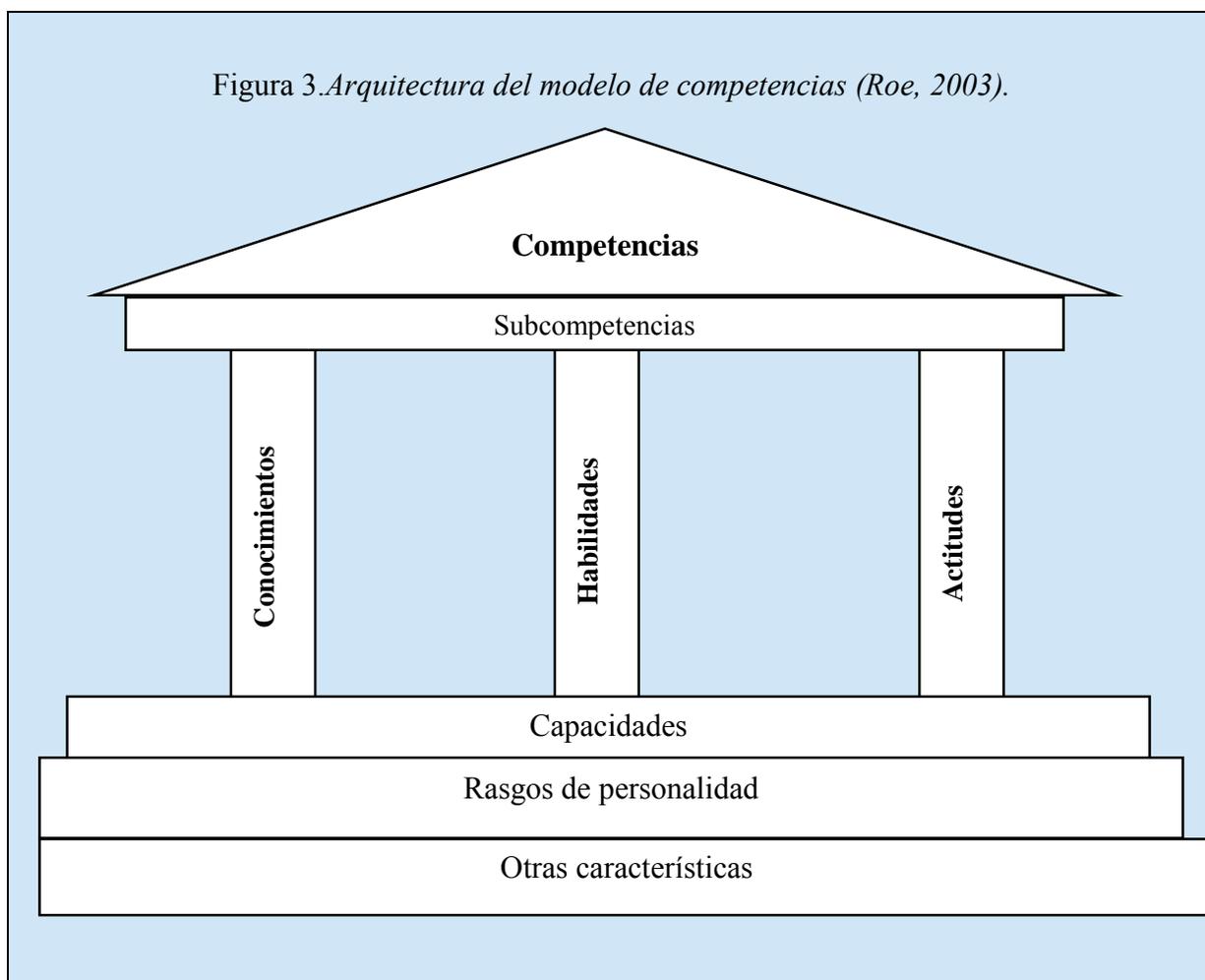
A partir de una extensa literatura sobre la ejecución o desempeño, se entiende que hay diversos factores personales y situacionales que tienen influencia sobre la forma en que actúan los individuos. Los factores personales incluyen la motivación, el estado energético y el nivel de vitalidad. Los factores situacionales comprenden condiciones técnicas tales como disponibilidad de instrumentos, información, y recursos, y condiciones sociales tales como apoyo social, liderazgo, y capacidad de gestión. En términos prácticos, una persona que es competente para ejecutar una determinada función puede no siempre realizarla bien debido a ausencia de motivación, fatiga, enfermedad o debido a la ausencia de equipamiento apropiado, ausencia de datos relevantes, liderazgo deficiente, etc.

Por lo tanto Yáñez (2005), dice que la competencia es necesaria pero no suficiente como condición para la actuación.

Roe (2003), muestra el siguiente modelo arquitectónico de competencias, diseñado para ser aplicado a cualquier ocupación, pero sobre todo en función par los psicoterapeutas, los cuales deberán tener la tarea de delinear las competencias.

En este modelo Roe (2003), propone centrarse en los siguientes ingredientes a partir de los cuales se construyen las competencias, esto es, conocimientos, habilidades y actitudes, así como subcompetencias.

Como bien lo señala este modelo las competencias están entre los conocimientos y las habilidades y su manifestación se da en situaciones concretas, en contextos que delimitan la acción y en los que es posible poner en práctica los conocimientos construidos.



Los conocimientos pertenecen a las diversas teorías y datos empíricos diferentes producidos en los diferentes campos en la psicología. Las habilidades se aplican a la comunicación oral o escrita, observación y escucha, análisis de problemas, aplicación de métodos estadísticos, uso de programas etc., Las actitudes se relacionan con la precisión, integridad, autocrítica, obligaciones, responsabilidad, respeto y tolerancia con los demás, conciencia ética, orientación al servicio, etc. Las subcompetencias son más amplias en el sentido de que integran conocimientos, habilidades y actitudes, pero son también más específicas. Este modelo de competencias puede servir como una herramienta para construir un “perfil de competencias” que bien definido sería una lista de competencias, subcompetencias, conocimientos, habilidades, actitudes, capacidades, rasgos de personalidad y otras características que son esenciales para desempeñar el trabajo de la psicoterapia y también otros.

Por tanto podríamos decir que, para adquirir subcompetencias y competencias, es necesario construir conocimientos, habilidades y actitudes que no favorezcan la adquisición de estas competencias.

- Manejo adecuado de confianza

La confianza es la percepción del paciente de que el terapeuta trabajara para ayudarlo y de que no le engañara o perjudicara de ningún modo. La confianza en el terapeuta está asociada a mejores resultados del tratamiento, viene determinada por la percepción por parte del paciente de varias características del terapeuta: 1)competencia; 2) sinceridad (a la cual contribuyen la congruencia entre la comunicación verbal y no verbal, y las consistencia entre las palabras y los hechos); 3) motivos e intenciones del terapeuta (cuanto más claro tenga el paciente que es por sus intereses y no por los del terapeuta que este está trabajando, mayor será la credibilidad); 4)aceptación sin juicios de valor de las revelaciones del paciente; 5)cordialidad; 6) mantenimiento de la confidencialidad; 7)dinamismo y seguridad del terapeuta manifestados a través de los gestos, la mirada, el volumen, la entonación, el lenguaje verbal y la muestra de interés; 8) respuestas no defensivas a las pruebas de confianza .

Cormier y Cormier (2000), muestran maniobras sutiles para obtener datos sobre el grado en que pueden confiar en el terapeuta (pruebas de confianza) distinguiendo seis formas típicas:

- a) Solicitar información (*o ¿Puedes entenderme o ayudarme?*). Al hacer algunas preguntas (p. ej.; *¿Tienes hijos?*; *¿Cuánto tiempo llevas casado?*; *¿Has visto muchos pacientes como yo?*), los pacientes en este sentido refiere que pueden estar buscando no una respuesta objetiva, si no según ellos confirmando si el terapeuta es capaz de comprenderles. Una posible respuesta a la primera pregunta sería: *“Si, tengo dos hijos. Me pregunto si crees que puedo entenderte mejor por el hecho de tener hijos”*.
- b) Relatar un secreto (*o ¿Puedo mostrarme vulnerable o correr riesgos contigo?*). Los pacientes pueden revelar secretos (p. ej.; una infidelidad conyugal, un aborto, etc.) para observar las reacciones del terapeuta y comprobar si es seguro autorrevelar aspectos personales. Un terapeuta debe responder con aceptación no valorativa, confidencialidad y sin explotar la vulnerabilidad del paciente.
- c) Pedir un favor (*o ¿Puedo confiar en ti?*). los pacientes pueden pedir al terapeuta favores adecuados o inadecuados, y esta petición puede ser una prueba de confianza (p. ej; un paciente puede pedir prestado un libro, puede ser visitado en casa o que el terapeuta comunique cierta información a alguien de la familia. Si el favor es razonable, se responde afirmativamente y, lo que es fundamental, se cumple lo prometido. Si el favor no es razonable, se indica al paciente directamente, pero con tacto, los motivos que impiden la respuesta afirmativa; no es aconsejable poner excusas, acceder a realizar el favor o decir que si para luego no cumplir lo prometido.
- d) Subvalorarse (*o ¿Puedes aceptarme?*). Un paciente puede subvalorarse para ver el grado de aceptación del terapeuta. En concreto, el paciente revela aspectos negativos propios (p. ej.; uso excesivo de mentiras, descuido en el cuidado de

los hijos) y observa las reacciones verbales y no verbales del terapeuta. Este debe responder neutralmente (p. ej.; mediante asentamiento no verbal, paráfrasis o reflejo) en vez de juzgar las acciones del paciente.

- e) Molestar al terapeuta (*o ¿Dispones de límites firmes?*) Esto puede conseguirse cancelando las citas en el último momento, cambiando las horas de la cita, llegando tarde, solicitando hacer una llamada telefónica durante la sesión, etc. si esto ocurre un par de veces sin causa justificada, el terapeuta debe ser responsable directamente y establecer límites. Así es el mismo caso son una paciente que por ejemplo lleva dos sesiones llegando tarde puede hacerse ver que si prolonga la sesión, se perjudica a los pacientes que vienen después y por tanto la sesión también es más breve para ella.
- f) Preguntar por las razones del terapeuta (*o ¿Es real tu interés?*) una forma que tiene los pacientes de evaluar la sinceridad del terapeuta es buscar la respuesta a una pregunta del tipo “*¿Te interesas realmente por mí o sólo porque es tu trabajo?*” La pregunta al terapeuta puede ser tan directa como esta o hacer referencia al número de pacientes que atiende, a cómo es capaz de discriminar y acordarse de los distintos pacientes o si piensa en el paciente durante la semana. El terapeuta debe responder con una frase que indique su interés (supuestamente genuino) por el paciente. así, si un paciente le dice al terapeuta que debe ser muy cansado atender a varios pacientes, el terapeuta puede reconocerle que supone un gasto de energía, pero que conserva suficiente energía para dedicársela a él.

- Conducta no verbal

El lenguaje no verbal es cualquier suceso humano comunicativo que trasciende de las palabras orales o escritas. En la comunicación verbal, siendo el lenguaje el factor más importante, reconocemos que producimos y recibimos una cantidad muy grande de mensajes que no vienen expresados en palabras. Estos mensajes son los que denominamos no verbales, y van desde el color de los ojos, largo del cabello, movimientos del cuerpo,

postura, y hasta el tono de la voz, pasando por objetos, vestidos, distribución del espacio y el tiempo. La conducta no verbal desempeña una importante función en la comunicación y en las relaciones con los demás. Al comunicarnos tendemos a dar más importancia al lenguaje oral, donde parte del significado del mensaje es del 65% o más se transmite a través del lenguaje no verbal. En psicoterapia la conducta no verbal es un importante apartado por la enorme cantidad de información que transmite. (Barranca, 2009).

Los psicoterapeutas pueden aprender mucho de los pacientes si se sensibilizan a las señales no verbales que emiten estos, además de que la conducta no verbal del psicoterapeuta también tiene un gran impacto sobre el paciente. Gran parte de la información que puede recogerse de las palabras de los pacientes se deriva de su conducta no verbal (Cormier y Cormier, 2000)

Y como bien lo expone Schutz, 1967 (citado. en Cormier y Cormier, 2000) en su libro Desarrollo de la Conciencia Humana “la estrecha conexión entre lo físico y lo emocional es evidente en las expresiones verbales que se van desarrollando mediante la interacción social. Los sentimientos y la conducta se expresan a través de todas las partes del cuerpo, del movimiento corporal y de las funciones corporales” partiendo de esta cita estos autores exponen las cinco dimensiones de la conducta no verbal que influyen grandemente sobre la comunicación: 1) las kinestésicas, 2) lo paralingüístico, 3) las proxemias 4) los factores ambientales y 5) el tiempo.

El movimiento corporal, o la conducta kinestésica, incluye los gestos, los movimientos del cuerpo, las expresiones faciales, los movimientos oculares y la postura, aunque también se incluyen características físicas como la fisionomía corporal, la altura, el peso, y el aspecto general que se mantienen relativamente constantes durante una conversación, además de la observación de los movimientos corporales implica también la identificación de las señales vocales no verbales denominadas paralenguaje (la forma del mensaje, aunque los silencios y errores del discurso también pueden considerarse parte del paralenguaje).

El área de área de las proxemias también es interesante para los terapeutas, estos es, uso que uno hace de su espacio social y personal. La proxemia en lo que respecta a la relación psicoterapéutica, incluye el tamaño del despacho, la disposición de las sillas, el contacto y a

distancia entre el psicoterapeuta y el paciente. La percepción del entorno propio es otra parte importante de la conducta no verbal, porque; la gente reacciona emocionalmente al ambiente, por tanto el entorno puede producir sobre los pacientes efectos diversos como excitación o aburrimiento, comodidad o estrés, dependiendo del grado en que el individuo selecciona determinadas partes relevantes del ambiente.

El quinto aspecto de la conducta no verbal que hace referencia a la percepción y uso del tiempo suele ser un factor significativo en la terapia , los factores temporales incluyen la puntualidad o el retraso al iniciar o finalizar las sesiones así como la cantidad de tiempo dedicado a la comunicación con el paciente sobre unos temas o sucesos particulares.

Cormier y Cormier (2000), menciona aspectos importantes acerca de la conducta no verbal del paciente, y refieren que como parte importante del repertorio del psicoterapeuta en cuanto a sus habilidades consiste en la capacidad para discriminar las conductas no verbales de los pacientes y sus posibles significados.

En la psicoterapia es indispensable reconocer y explorar las señales no verbales de los pacientes porque estas son claves de sus emociones y desde una perspectiva más global, son parte de las expresiones personales de los pacientes. Como afirma Perls ,1975 (citado en Cormier y Cormier, 2000), “todo lo que haga un paciente, oculto u obvio, pertenece a la expresión de sí mismo” de hecho la mayoría de los pacientes son más conscientes de sus palabras que de su conducta no verbal., estas conductas no verbales son más espontaneas que las conductas verbales, de hecho las palabras pueden ser seleccionadas y manipuladas antes de ser emitidas, pero las conductas no verbales, por el contrario son más difíciles de controlar.

Knapp, 1978 (citado en Cormier y Cormier, 2000) señala que es útil reconocer las formas en que las señales no verbales apoyan los mensajes verbales, a través de seis formas:

- 1) Repetición. El mensaje verbal es “*entra y siéntate*”, el gesto de la mano que señala la habitación y la silla reproduce el mensaje verbal.

- 2) Contradicción. El mensaje verbal es “*me gustas*”, y se manifiesta con el ceño fruncido y con enfado a la voz. Algunas pruebas sugieren que cuando recibimos mensajes verbales y no verbales contradictorios tendemos a creer los no verbales.
- 3) Sustitución. Con frecuencia se utiliza mensaje no verbal en lugar de verbal. Por ejemplo si pregunta alguien “¿*Cómo estás?*” y recibe una respuesta como sonrisa, la respuesta equivale a “*hoy muy bien*”.
- 4) Complementación. Un mensaje no verbal complementa al verbal elaborando o modificando el mensaje. Por ejemplo si alguien comenta un sentimiento incómodo y empieza a hablar más rápido cometiendo más errores, estos mensajes no verbales añaden información al verbal.
- 5) Acento. Los mensajes no verbales pueden subrayar los verbales y con frecuencia enfatizar el impacto que producen. Por ejemplo, si usted trata de transmitir preocupación verbalmente, su mensaje puede fortalecerse con gestos no verbales como fruncir el ceño, lagrimas etc. El tipo de emoción que alguien transmite se detecta mejor en sus expresiones faciales. El cuerpo transmite también una buena descripción de la emoción.
- 6) Regulación. La comunicación no verbal es sutil para regular el flujo de la conversación. ¿Ha advertido alguna vez que si usted asiente con la cabeza mientras que la otra persona habla, ¿ésta tendera a seguir hablando? Pero, si usted mira hacia otro lugar o se levanta del asiento, la persona puede dejar de hablar, al menos momentáneamente. Tanto si lo advertimos como si no, confiamos en las señales no verbales para iniciar o finalizar una conversación y para percatarnos de la atención de la otra persona.

Identificar la relación entre la comunicación verbal y no verbal del paciente puede proporcionar una imagen más exacta del paciente, de sus sentimientos, y de los problemas que le ha conducido a solicitar ayuda, además por ejemplo el psicoterapeuta puede detectar en qué medida el paciente coincide y es congruente con sus conductas verbales y no verbales. La frecuencia de discrepancias entre las expresiones del paciente puede ser indicativas de la falta de integración o la presencia de conflictos. Es importante señalar que el significado de la conducta no verbal varía en razón de las personas y las situaciones (contextos). Por ejemplo, la humedad de los ojos puede ser signo de felicidad o alergia para una persona, y para otra puede ser señal de enfado, frustración o problemas con los lentes de contacto. Por tanto es importante tener en cuenta que las conductas no verbales de una cultura pueden tener significados diferentes e incluso opuestos en otra. Se han encontrado por ejemplo diferencias significativas en el contacto y en las conductas no verbales (distancia, contacto físico, contacto ocular, etc.) entre las culturas ejemplo de esto es que en algunas culturas evitar el contacto ocular es signo de respeto; por tanto se aconseja que no se asuma el significado de la conducta no verbal como algo común o con el mismo efecto para todas las personas.

Cormier y Cormier (2000), muestran un inventario de conductas no verbales en donde presentan algunas de las posibles categorías de conducta verbal y no verbal clasificadas como kinestésicas, paralingüísticas, proxemias, entorno y tiempo y sus significados probables o posibles asociadas a la conducta no verbal, este inventario sirve no solo para ejemplificar algunos casos con el paciente y el terapeuta; si no también para ver aquella asociación entre las conductas verbales del paciente y las conductas que el terapeuta puede observar. Ver anexo 04.

Como terapeuta, es importante que se preste atención a las conductas no verbales porque algunos tipos de conducta no verbal pueden contribuir a facilitar la relación y otras pueden deteriorar la relación psicoterapéutica, además, el grado en que los pacientes perciben al terapeuta como persona atractiva y experta está asociado en cierta medida con el uso efectivo de destrezas no verbales.

4.5 Habilidades del entrevistador

Existen otras habilidades que también es importante ponerlas en práctica a la hora de la entrevista, en el caso del psicoterapeuta quien maneja el papel del entrevistador, es importante que conozca cuales son las habilidades a la hora de entrevistar a sus pacientes, para así obtener mejor información, y llevar un adecuado proceso de entrevista.

Fernández y Rodríguez (2004); hablan de la actitud interna del entrevistador, que consta de dos apartados; el primero es el silencio intrapsíquico en donde el entrevistador se compromete a dedicar sus reflexiones al paciente durante la entrevista y no dedicarse a pensar en otras cosas. El segundo apartado lo llaman suspensión del juicio en donde el entrevistador se prepara para intentar comprender el mundo de valores y significados del paciente, en donde debe comprender como estos se manifiestan en su comportamiento; juzgar el comportamiento del paciente según los propios valores del psicoterapeuta, no solo no ayuda, si no que impide hacer esta operación. Cuando el psicoterapeuta se encuentra haciendo juicios de valor sobre el paciente (en lugar de intentar acceder al significado personal de sus actos) debe preguntarse qué es lo que ha hecho apartarse de su cometido (esta pregunta puede ser una fuente valiosa de información).

Bados y García (2011); mencionan que además del saludo en la presentación inicial, el primer contacto entre terapeuta y paciente suele tener lugar en el marco de la entrevista. Entre las habilidades que esta requiere se incluyen otras pautas, a continuación se mencionan estas:

1. Preparar un orden del día con los puntos a tratar.
2. En la fase inicial de la entrevista, permitir que el paciente pueda exponer por su cuenta y de un modo amplio sus problemas antes de pasar a preguntas más estructuradas.
3. Planificar y estructurar el diálogo en función de los datos considerados relevantes. Hay que saber cuándo hablar y cuándo escuchar. Errores a evitar son las interrupciones frecuentes o con poco tacto, permitir largos silencios y dejar divagar al paciente sin un propósito claro.

4. Tomar nota de los temas importantes cuando surjan para explorarlos en ese momento o más tarde en la sesión. En caso de renuencia del paciente, abordar estos temas más adelante.
5. Clarificar los términos ambiguos empleados por el paciente.
6. Observar e interpretar las señales verbales y no verbales emitidas por el paciente.
7. Emplear correctamente las habilidades verbales y no verbales: a) Hacer preguntas abiertas para iniciar un tema y propiciar la emisión de nueva información, y preguntas cerradas para centrar un tema y evitar información irrelevante. b) Elegir bien las palabras; por ejemplo, es mejor decir "*pensamientos negativos*" que "*pensamientos irracionales*". c) Evitar las imprecisiones, desvíos respecto al tema y preguntas excesivamente largas o complejas. d) Hablar suave, moduladamente y con fluidez. e) Sentarse relativamente cerca del paciente, pero sin invadir su distancia personal y teniendo en cuenta que esta es mayor en pacientes muy cohibidos. f) Emitir señales de escucha activa: contacto visual, asentimiento de cabeza, postura inclinada hacia el paciente, orientación corporal hacia este, parafrasear, emisiones verbales tales como "sí", "ya", "uhm", "entiendo" (para mantener el discurso del otro). g) Mantener la congruencia entre los canales de comunicación verbal y no verbal. Si existe incongruencia, el paciente confía más en el canal no verbal, al tiempo que percibe un mayor distanciamiento y una menor autenticidad en el terapeuta. Sin embargo, en momentos de enfrentamiento o tensión, puede suavizarse la situación utilizando la incongruencia entre la comunicación verbal y no verbal (p.ej., contenido verbal fuerte dicho con tono suave).
8. Reforzar al paciente por sus conductas adecuadas tales como hablar fluidamente, no saltar de temas ni mezclarlos, dar descripciones específicas, adoptar una actitud activa para resolver su problema, etc. Reforzadores habituales son contacto visual, postura inclinada y orientación corporal hacia el paciente, elogios, mostrar interés por el problema, manifestar que se entiende lo que el paciente dice y afirmaciones de apoyo.

9. No tomar muchas notas durante la entrevista, ya que esto interfiere con la relación interpersonal, impide observar otras cosas que ocurren y disminuye la fluidez del paciente.
10. Parafrasear y resumir la información proporcionada por el paciente tras periodos de mucha información o de información importante.
11. Controlar las respuestas emocionales inadecuadas que pueden ser inducidas por la falta de experiencia (en general o con un problema concreto) o por determinadas respuestas del paciente (intentos de control, falta de colaboración, llanto, agresión).
12. Mencionar la utilidad de la información obtenida y la necesidad de obtener más información. Hacer una devolución de la información.

4.6 Otras pautas para potenciar las habilidades en psicoterapia

En este apartado se mencionan otras habilidades que juegan un factor importante dentro de las habilidades básicas ya mencionadas; pero estas son variables que finalmente deberán ser vistas como “otras habilidades para la psicoterapia” ya que son de igual manera importantes porque reforzaran el proceso psicoterapéutico y servirán de apoyo en el proceso o en cada situación que se presente, durante este proceso psicoterapéutico.

Por ejemplo en el caso de la escucha activa para facilitar parte del proceso es indispensable contar con otras herramientas que puedan facilitar el proceso de esta habilidad, y estas son nombradas competencias de acción, Bados y García (2011), llegan a la conclusión que diferencia de las respuestas de escucha, las llamadas respuestas de acción reflejan un estilo más directivo por parte del psicoterapeuta y van dirigidas a facilitar el cambio por parte de los pacientes, para que estas tengan efectividad deben estar fundamentadas en la escucha previa hacia el paciente. Pero fueron Cormier y Cormier (2000), los que distinguieron estas cuatro principales respuestas de acción (preguntas, confrontación, interpretación e información).

- 1) Preguntas: Las preguntas pueden hacerse con distintos propósitos; además del de clarificación; ya que por una parte estas pueden emplearse con fines de evaluación para solicitar una nueva información sobre los problemas y

características del paciente o sobre factores relacionados con dichos problemas o también pueden hacerse preguntas con la finalidad de cambio terapéutico para hacer reflexionar al paciente sobre algún aspecto o facilitarle la consideración de nuevas perspectivas sobre sus problemas o para que cambie sus comportamientos

Estas preguntas pueden ser abiertas o cerradas. Las preguntas abiertas solicitan información amplia sobre un tema sin reducir las respuestas a un simple “*si*” o “*no*” y son útiles para iniciar la entrevista; además pueden hacerse también de forma no directamente interrogativa como “cuénteme algo más sobre esto” o “me gustaría que me hable más extensamente sobre este tema” etc. ahora bien las preguntas cerradas aceptan respuestas como lo es un simple “*si*” o un “*no*” o respuestas muy breves que siguen a las anteriores para precisar la información obtenida, identificar parámetros de un problema y contrastara hipótesis formuladas.

En el caso de los pacientes que hablan mucho o divagan demasiado o que les cuesta inicialmente hablar de sus problemas, las preguntas cerradas pueden ser en una escala de 0- a 10 por ejemplo “*en una escala del 1 al 10 ¿Dónde se situaría su nivel de depresión?*” etc., en el caso de facilitar alternativas de respuestas en las preguntas cerradas, hay que procurar que no sea solo una, sino varias, en este sentido conviene tener en cuenta también la forma en que se formula una pregunta,; no es lo mismo, por ejemplo, preguntar “*¿le fue bien en ese tratamiento?*” que “*¿Cómo le fue en ese tratamiento: bien, mal, regular?*”. Es por eso que las pautas aconsejables para hacer preguntas son:

- a) Tener claro el propósito que se persigue (¿la pregunta es terapéuticamente útil o simplemente satisface la curiosidad o alguna necesidad personal del psicoterapeuta?).

- b) Emplear el método hipotético- deductivo para generar nuevas preguntas que obedezcan a un motivo bien definido. En función de la información recogida, el terapeuta genera hipótesis que relaciona distintos acontecimientos y /o conductas entre sí. De las hipótesis se deducen preguntas encaminadas tanto a confirmarlas como a refutarlas; ya que así se limita el peligro de distorsionar la información y de orientar la exploración en un sentido a costa de otros. Este peligro disminuye si también se procura no generar y comprobar hipótesis demasiado rápido, esto es, antes de haber obtenido una información suficiente a nivel puramente descriptivo.
- c) Moderar el empleo de las preguntas en que haya un “por qué” ya que pueden tener una connotación acusatoria, poner al paciente a la defensiva y facilitar la racionalización o un “no sé” como respuesta en vez de “por qué”, pueden emplearse otras expresiones como “qué le lleva a...”, “qué le hace...”, “a qué cree usted que es debido...”, “qué motivo tuvo...”, “que cree usted que pasaría si...(hiciera o no hiciera tal cosa)” las cuales facilitan que las respuestas sean más descriptivas.
- d) Alternativas a la pregunta, como por ejemplo “¿Por qué te peleas frecuentemente con tus compañeros?” o “¿A qué crees que se deben estas peleas frecuentes con tus compañeros?” o “¿Qué es lo que desata esas peleas frecuentes con tus compañeros?”. Otras alternativas son “¿Qué motivos te impulsan a pelear frecuentemente con tus compañeros?” o “¿Qué te hace pelear frecuentemente con tus compañeros?” pero quizá sean menos adecuadas, ya que al utilizar el prenombre “te” puede sugerir que la responsabilidad de las peleas radica especialmente en el adolescente.
- e) Resistir la tentación de hacer preguntas intempestivas cuando alguna idea nos viene a la cabeza, pero no conviene interrumpir al paciente o cambiar de tema. En estos casos, es mejor apuntar la idea para utilizarla

más tarde en el momento oportuno. Hay que evitar las interrupciones frecuentes o con poco tacto.

- f) Emplear un lenguaje que sea comprensible para el paciente. Es aconsejable emplear este tipo de lenguaje y evitar las imprecisiones y vaguedades, los términos desconocidos para el paciente, las preguntas excesivamente largas o complejas y el lenguaje técnico y abstracto (p.ej., es mejor hablar de sensaciones que de reacciones psicofisiológicas). De todos modos, cuando se considere necesario emplear algún término técnico, debe explicarse previamente el significado del mismo al paciente. Por otra parte, aunque resulta útil conocer la jerga de aquellas personas que pertenecen a determinados grupos (adolescentes, drogodependientes, reclusos), el empleo excesivo de dicha jerga por parte del terapeuta puede dar sensación de artificialidad y tener efectos negativos.
- g) Formular una sola pregunta cada vez en lugar de una serie de preguntas. Un ejemplo de esto último es: “*¿Puede decirme cuánto mide y pesa usted, y cuánto le gustaría pesar?*”. Además, la manera más fiable de obtener la estatura y el peso de un paciente es medirle y pesarle; los datos autoinformados pueden desviarse bastante de los datos objetivos, especialmente en el caso del peso.
- h) Dejar al paciente tiempo para pensar la respuesta y tiempo para responder.
- i) Realizar conjuntos de preguntas en torno a aspectos temáticos, sin agotarlos necesariamente, pero evitando al mismo tiempo ir saltando de tema a tema.
- j) Evitar preguntas acusadoras, ya sea por su contenido (p.ej., bastantes de las que emplean “*por qué*”) o por el tono de voz utilizado. Otro ejemplo sería: “*¿No se siente usted mal al desear engañar a su pareja?*”. Más

que intentar comprender cómo se siente el paciente, el terapeuta cree que una persona debería sentirse mal en esas circunstancias y formula un juicio de valor. Además, la expresión “engañar a su pareja” tiene una connotación emocional que puede ser vivida negativamente por el paciente; por tanto, sería deseable utilizar una expresión descriptiva y no valorativa. Una forma alternativa de plantear la pregunta podría ser: “¿Cómo se siente usted cuando desear tener relaciones sexuales con X (p.ej., un amigo de su pareja)?”.

- 2) Confrontación: La confrontación consiste en que el terapeuta describa específicamente (y no en términos vagos) al paciente una posible discrepancia entre dos de sus mensajes verbales, su comunicación verbal y no verbal, lo que dice y lo que hace o lo que dice el paciente y lo que afirman otras personas. Posibles finalidades de la confrontación son aclarar posibles discrepancias que se consideren importantes y ayudar al paciente a ser más consciente de las mismas, explorarlas y resolverlas.

A continuación se presentan varios ejemplos de discrepancias y confrontaciones. Varios ejemplos de discrepancias y confrontaciones son los siguientes:

- a. Dos mensajes verbales. En la misma o distintas sesiones el paciente dice por un lado que adora a sus hijos y por otro que no los tendría si volviera a comenzar de nuevo. Terapeuta: “*Dices que adoras a tus hijos y al mismo tiempo afirmas que no volverías a tenerlos. ¿Puedes decirme algo más sobre esto?*”.
- b. Comunicación verbal y no verbal. El paciente dice que no le importa lo que haga uno de sus hijos con su vida, pero al mismo tiempo se pone tenso y se retuerce las manos. Terapeuta: “*Dices que no te importa lo que haga tu hijo, pero al decir esto te has*

puesto tenso y has retorcido tus manos. ¿Qué te hace pensar esto?”.

- c. Mensaje verbal y acción. El paciente dice que es crucial plantearle ya a su pareja su insatisfacción con la relación, pero al cabo de dos semanas todavía no lo ha hecho. Terapeuta: *“Planteaste que debías comunicar a tu pareja lo insatisfecho que estás con vuestra relación y todavía no lo has hecho. Podríamos explorar este punto”.*
- d. Mensaje verbal propio y de otro. Un paciente deprimido dice que se levanta cada mañana a las 9 tal como se había acordado, pero al hablar por teléfono con su pareja (con el permiso del paciente), esta dice que no se levanta antes de las 12. Terapeuta: *“Como usted ya sabe, hablé por teléfono con su mujer; ella me dijo que usted se queda en la cama hasta las 12 mientras que yo le entendí a usted que se levantaba a las 9. Me gustaría que me dijera algo sobre esto”.*

Normalmente, es mejor abordar las incongruencias una vez que se ha establecido una relación positiva con el paciente. Por otra parte, conviene asegurarse de que el nivel de atención, el grado de ansiedad y la motivación del paciente para cambiar son los adecuados para introducir la confrontación. Además, conviene espaciar el abordaje de distintas incongruencias, ya que si no, se puede dar una impresión de crítica.

Hay cuatro formas típicas en las que un paciente puede reaccionar a una confrontación: a) Aceptación auténtica. b) Aceptación aparente: el paciente reconoce verbalmente la discrepancia, pero no profundiza en ella; persigue que el terapeuta no insista. c) Confusión o desconcierto: el paciente no parece entender lo que plantea el terapeuta, ya sea porque este ha sido poco específico o porque el paciente busca una vía de escape. d) Negación: el paciente no reconoce la discrepancia o no está de acuerdo con ella. Esto puede deberse, por

ejemplo, a que no está preparado para aceptarla o a que el terapeuta la ha planteado de modo culpabilizador o se ha equivocado.

Las maneras en que se puede manifestar la negación son: Desacreditar al terapeuta (*“¿cómo lo sabes tú que nunca has pasado por esto?”*). Persuadir al terapeuta de que su punto de vista es erróneo (*“yo no quería decir eso”*). Quitar importancia al tema (*“no vale la pena detenerse en esto”*). Buscar apoyo en otras fuentes (*“he comentado con mis amigos lo que me dijiste y ninguno de ellos ha notado nada”*). Aceptar el reto, pero no actuar en esa dirección (*“tienes razón, debería hablar de esto, pero no puedo hacerlo”*). La respuesta del terapeuta a las reacciones de los pacientes a la confrontación depende de las respuestas específicas de estos y puede incluir la paráfrasis, el reflejo, la aportación de nuevos datos, la formulación de preguntas que hagan reflexionar o esperar a que el paciente esté más preparado para aceptar la confrontación.

- 3) Interpretación: Consiste en comunicar al paciente las posibles relaciones entre sus conductas, emociones, pensamientos y acontecimientos con el fin de proporcionar una explicación a sus problemas y comportamientos. De este modo, se persigue que el paciente tenga una nueva perspectiva sobre sus problemas que le sirva de ayuda para cambiar.

Posibles ejemplos son: a) explicar los síntomas cardíacos durante la ansiedad no como un síntoma de mal funcionamiento del corazón, sino como resultado de la hipervigilancia de las sensaciones cardíacas y de la anticipación ansiosa; b) indicar cómo las conductas defensivas (p.ej., no mirar al otro, responder brevemente) ayudan a mantener la ansiedad social; c) indicar que la falta de relaciones íntimas con otras personas pueden implicar un miedo a ser herido y humillado; d) señalar las creencias que parecen subyacer a los comentarios y acciones del paciente.

La naturaleza de las interpretaciones depende de la orientación teórica del terapeuta. El resultado de las interpretaciones se ve afectado al menos por tres

aspectos de las mismas. En primer lugar, las interpretaciones poco profundas en el sentido de que existe poca discrepancia entre la perspectiva del paciente y la del terapeuta generan menos resistencia; cuando la discrepancia es grande, la aceptación es menor.

Segundo, las interpretaciones centradas en causas que puede controlar el paciente son más eficaces que aquellas centradas en causas que no puede cambiar. Por último, las interpretaciones con connotación positiva funcionan mejor que aquellas con connotación negativa. Un ejemplo de la primera sería: *“Dices que te da miedo decidir por ti mismo; esto no es extraño dado que no estás acostumbrado a hacerlo. Pero el hecho de que ahora te des cuenta de esto, es un primer paso importante que te servirá de ayuda para cambiar”*. Un ejemplo de la segunda podría ser: *“Dices que te da miedo decidir por ti mismo; ¿acaso deseas seguir apoyándote siempre en los demás?”*.

Otras reglas básicas a la hora de formular interpretaciones son las siguientes: a) hacer la interpretación cuando se disponga de información suficiente y datos que la avalen, b) comprobar que el paciente parezca estar emocionalmente preparado para asimilarla o reflexionar sobre la misma, c) asegurarse de que habrá tiempo suficiente para discutir la interpretación, d) emplear un lenguaje asequible, e) buscar la colaboración del paciente a la hora de hacer la interpretación y/o sus opiniones y reacciones no verbales a la misma si se le ha formulado directamente, f) si la interpretación se formula directamente, hacerlo de forma tentativa (esto suaviza la resistencia) y de modo aceptable para el paciente, de modo que este no se sienta acusado o enjuiciado, y g) minimizar la influencia de los propios sesgos, problemas y valores a la hora de interpretar. Las interpretaciones extemporáneas o autoritarias dañan gravemente la relación terapéutica.

- 4) La información consiste en la comunicación de datos o hechos sobre aspectos que supuestamente desconoce el paciente (experiencias, sucesos, personas, alternativas de respuesta, etc.).

Ejemplos son informar sobre medios anticonceptivos, indicar los factores de riesgo para las cardiopatías, señalar a una persona casada y con hijos pequeños que pretende abandonar su casa qué repercusiones legales puede tener esto y de qué otras alternativas dispone o describir a una bulímica los riesgos de vomitar y abusar de diuréticos. Dar información es útil para ayudar al paciente a corregir errores o deshacer mitos, identificar alternativas de respuesta, ser consciente de las consecuencias de sus decisiones y examinar aspectos que ha estado evitando. Informar requiere identificar la información de que dispone el paciente, evaluar la validez y suficiencia de la misma, identificar la información que se quiere transmitir (una que el paciente no pueda o le sea difícil encontrar) y decidir cuándo darla (no antes de que el paciente parezca estar preparado) y cómo comunicarla.

Pautas para mejorar la comprensión de la información son: a) Presentar el mensaje de forma inteligible. Si es necesario emplear ciertos términos desconocidos para el paciente, hay que explicarlos. b) Ilustrar la información con ejemplos del propio problema del paciente, así como otros ejemplos, analogías y demostraciones. c) Limitar la cantidad de información para no sobrecargar al paciente. d) Dedicar el tiempo que sea necesario para presentar la información. e) Hacer preguntas sobre lo dicho y/o pedir al paciente que explique con sus propias palabras lo que se le ha explicado para comprobar su nivel de comprensión.

Las habilidades psicoterapéuticas empiezan desde que el paciente está en la otra parte de la puerta, decir que las habilidades psicoterapéuticas desempeñan un papel importante en el proceso psicoterapéutico; no es noticia hoy en día, que las habilidades psicoterapéuticas están encaminadas a conseguir una relación con el paciente que permita ayudar a éste a

conseguir las metas del tratamiento. Casi todos los psicoterapeutas, de todas las corrientes, admiten que la interacción psicoterapeuta- paciente es relevante para el tratamiento.

Macarena, Roman, Chenevard, Espinoza, Ibarra, y Müeller (2008), con el afán de aportar información que es relevante respecto a habilidades del psicoterapeuta ha estudiado el papel de las variables del psicoterapeuta y paciente, siempre con el fin de saber si influyen de manera relevante en la susodicha interacción; por supuesto, la carga de responsabilidad en este objetivo recae en el psicoterapeuta en la mayoría de los estudios, ya que se supone que éste es el que tiene que adaptarse al paciente además es él que debe de buscar la manera de interaccionar más satisfactoriamente y beneficiosa para el terapia.

Sin embargo algunos autores discrepan en este sentido ya que, el que se consiga buenos resultados no significa que el psicoterapeuta es el participante único que debe asumir los resultados finales.

Autores como Alcaraz, 2009 (citado en Aparicio, 2009) menciona que las psicoterapias deben tener tratamientos psicológicos eficaces; aunque el concepto de “eficacia psicoterapéutica” es complejo, señalan que de acuerdo con las investigaciones de los últimos años, en general las características de los tratamientos psicológicos más efectivos son el tener objetivos claros; centrarse en la solución inmediata de problemas; entre otros. Pero las investigaciones en psicoterapia indican que los factores que influyen en su efectividad pueden ser de dos tipos: factores específicos (asociados a aspectos técnicos del enfoque psicoterapéutico utilizado) y factores inespecíficos (comunes a los enfoques, relacionados con aspectos del consultante, del terapeuta y de la relación entre ambos).

Safran, 2008 (citado en Aparicio, 2009) realizó un análisis con respecto a la investigación en psicoterapia concluyendo que sólo el 15% del cambio psicológico en la psicoterapia es atribuible a factores específicos, mientras que el 45% se atribuiría a factores de la relación psicoterapéutica.

Dentro de estas variables inespecíficas, se ha encontrado que la relación psicoterapéutica, tiene una gran influencia sobre el resultado del proceso psicoterapéutico.

Según Alcaraz (2009) citado por Aparicio en el 2009; la mejoría que experimenta la gente con la psicoterapia se debe a cuatro factores principales, cada uno de los cuales sería responsable de un determinado porcentaje de dicha mejoría (como lo muestra la siguiente figura de datos)



Las investigaciones continúan dirigiéndose a la búsqueda de los factores inespecíficos, algunas enfatizan las variables del paciente, otras las de psicoterapeuta, mientras que otras se centran en la relación entre ambas variables o en la calidad de dicha relación.

Pero retomando a Gavino (2007), ella menciona en específico las variables del paciente y del psicoterapeuta:

- Las variables del paciente: Se atribuye a las variables del paciente la responsabilidad del éxito psicoterapéutico. Estas variables son la edad, el trastorno que padece, el grado de perturbación que sufre, sus expectativas de cambio, su nivel cultural, entre otras. Y una variable relevante en esta misión es la percepción que el paciente tiene sobre el psicoterapeuta. De hecho otros autores consideran que los buenos resultados en la psicoterapia están relacionados con la implicación del paciente en el tratamiento. Y ello significa, entre otras cosas, su deseo de comunicarse, la confianza que tiene con el psicoterapeuta y la aceptación que tiene

de responsabilidad en su proceso psicoterapéutico. De hecho, aceptar la responsabilidad en la búsqueda de soluciones por parte del paciente parece ser una condición necesaria para el éxito psicoterapéutico. No obstante hasta estos mismos autores admiten que el psicoterapeuta tiene algo que portar incluso para conseguir esa implicación del paciente el tratamiento y esto, es algo significativamente importante.

- La variable del psicoterapeuta: Las investigaciones respecto al papel del psicoterapeuta son numerosos y con polémicas. Las variables propuestas por Roges en 1951 como características del psicoterapeuta necesarias y suficientes para realizar un proceso de psicoterapia eficaz son (empatía, visión positiva, calidez no posesiva y autenticidad y coherencia). Actualmente hay consenso en la mayoría de las corrientes psicoterapéuticas en aceptar que estas variables son necesarias aunque totalmente no suficientes. Las investigaciones que se han realizado han comprendido también variables de actuación y comunicación y variables personales como la edad, el sexo del psicoterapeuta y la experiencia.

Se han estudiado también las variables de directividad y no directividad como claves para que el psicoterapeuta sepa cómo comunicarse de manera que beneficie el proceso psicoterapéutico. Y respecto al estudio de estas variables parece que los pacientes con poca autonomía personal tienen mejores resultados con psicoterapeutas directivos. Y de acuerdo con otras investigaciones, los pacientes con niveles culturales más bajos que suelen recibir un enfoque directivo y su eficacia es de igual manera mejor. Mientras que la eficacia del proceso psicoterapéutico en los pacientes más preparados culturalmente se deberá utilizar un enfoque negociador y más recíproco (Gavino, 2007).

Otras variables que son sustanciales en las habilidades de psicoterapia son las formas de comunicarse concretamente y coherentemente en una situación puntual que en un determinado momento se da en sesión. Gavino (2007), nos menciona que hay comportamientos habilidosos generales para el conjunto de las sesiones, pero también hay comportamientos habilidosos para momentos también concretos.

La necesidad de conocer estos comportamientos que enseñen parte de estas habilidades psicoterapéuticas ha generado un arsenal de investigaciones sobre que hay enseñar y sobre cómo enseñarlo. Parte de estos comportamientos habilidosos se convierten así en un requisito conveniente para poder llevar a cabo un proceso psicoterapéutico. Estas habilidades requieren prestar atención al proceso psicoterapéutico en que se encuentra el paciente y el psicoterapeuta, al comportamiento que presenta el paciente y al problema que plantea o, más precisamente, al problema que se diagnostica. Las habilidades psicoterapéuticas forman parte del profesional desde el momento mismo en que tiene contacto con el paciente. La primera vez que interacciona con él tiene poca o ninguna información, así pues su despliegue de destrezas es cualitativamente diferente del que utiliza cuando ya le conoce y sabe descifrar sus movimientos de manos, su forma de sentarse en el sillón y la manera de introducir el tema que le preocupa en el momento.

A continuación Gavino (2007), desarrolla estrategias posibles que surgen a lo largo del proceso psicoterapéutico y aunque no desarrolla estrategias que surgen a todas las posibles situaciones, ni se enfoca a las situaciones específicas que surgen con frecuencia en las personas que sufren trastornos concretos, parece ser que comprende las grandes líneas de habilidades comportamentales en psicoterapia que todo psicoterapeuta debería incluir en su labor. Tomando como referencia la importancia del comportamiento del terapeuta como influencia para que la terapia funcione, y haciendo hincapié que estas habilidades comportamentales permiten hacer frente a situaciones que surgen en la mayoría de las intervenciones.

Requisitos de las habilidades comportamentales psicoterapéuticas según la fase de la terapia:

- a) Habilidades comportamentales en la fase de recogida de información: El psicoterapeuta con experiencia a o sin ella, se encuentra en una situación que bien se podría denominar “contactar a un desconocido” ya que la información que tiene de esa persona puede ser desde simplemente ninguna hasta bastante; según sea el caso. Así pues, los primeros contactos han de ser generales, impersonales, en el

sentido de que se traduzcan en movimientos, gestos y comentarios lo bastante neutros para que no generen reacciones negativas por parte de los pacientes. Estar atento a la puerta del despacho por la que entra, recibir al paciente de manera afectuosa y distendida y generar un ambiente relajado es la primera acción aconsejable. Hay distintas formas de intervención, sin embargo, una bastante segura y fácil de asumir es levantarse y acercarse a la persona que entra, darle la mano y darle la bienvenida es la mejor opción y al momento de estrecharla hay que hacerlo con calor y cercanía como señal de aceptación. La invitación a sentarse y ponerse cómodo se hace al tiempo en que el propio psicoterapeuta se sienta e invita al paciente a hacer lo mismo. La conversación puede ser diversa. Desde comentar el tiempo hasta preguntar si le ha resultado difícil llegar, si está cómodo o cosas singulares que se manejan como el *rapoport*. Toda esta fase comprende dos apartados:

- 1) *Cuando el psicoterapeuta no tienen ninguna información sobre el paciente*: aquí la forma más sencilla de introducir el tema es mediante preguntas generales de tipo *¿Bueno, ya está aquí, que me puede contar que le preocupa? o ¿Se siente animado a comentarme lo que le trae aquí?* Diferentes autores interesados en el tema aconsejan, de acuerdo a su experiencia, que las preguntas sean abiertas y que tengan comienzos del tipo *qué, dónde, cuándo, cómo* evitando de lo posible preguntas como *¿Por qué?* Ya que la respuesta más frecuente suele ser *“no se”* respuesta que es muy diferente si en su lugar se pregunta *¿porque razón?* O similares. Lo importante aquí es que el paciente se sienta cómodo para exponer el problema.

Los gestos de atención, la expresión de comprender, las preguntas puntuales son la clave para esta fase de recogida de información cuando no se conoce nada acerca del paciente. Pero cuando el paciente trata con respuestas monosilábicas, es necesario intervenir de manera que estas respuestas se conviertan en frases; esto con ayuda de preguntas abiertas. Para conseguir que las respuestas del paciente no sean monosílabos el

psicoterapeuta puede utilizar la sesión para explicarle en que consiste el proceso de terapia en general, que fundamentos teóricos la sustentan, qué papel desempeñan el psicoterapeuta y el paciente y que se pretende con la intervención clínica. También puede ser traer por escrito las respuestas a las preguntas formuladas por el psicoterapeuta y comentarlas en sesión. El terapeuta de igual manera podría proponer una tarea a realizar durante las sesiones siguientes, que consiste en que el paciente alargue las respuestas, en caso de que esta estrategia funcione se pasa a solicitarle que hable de algún tema, propuesto por el mismo paciente o el psicoterapeuta durante unos minutos.

Para conseguir resultados con estas habilidades comportamentales el psicoterapeuta debe ser claro con sus explicaciones y comentarle al paciente la necesidad de recoger información precisa y por lo tanto de que sus respuestas deben ser concretas pero más extensas que un sí o un no. En el caso de que los monosílabos se acompañen de un comportamiento inhibido es decir, escaso contacto visual, volumen bajo, rigidez en la postura, movimiento nervios de manos, o cambios posturales continuos, las estrategias comportamentales utilizadas pueden ser de igual manera dedicar la primer sesión a explicarle en que consiste el proceso psicoterapéutico en general, el papel de cada uno, la importancia de la colaboración, y entendimiento por parte de ambos, preguntarle que le gustaría saber de la terapia etc. Pero es importante o preguntarle sobre su demanda en un principio, se puede pues el psicoterapeuta a seguir con la entrevista general con preguntas abiertas y referidas a las distintas áreas de su vida cotidiana. Ahora bien el caso de que el paciente llore sin cesar en las primeras sesiones de la intervención psicológica, el psicoterapeuta debe esperar unos minutos a que se calme y se retoma la conversación intentando suavizar aquellos puntos más dolorosos o problemáticos, hasta que el paciente se sienta con fuerzas para comentarlos, o también se puede desviar la

conversación hacia otros puntos de interés en la terapia que no son tan conflictivos, también se puede indagar sobre su implicación emocional en tal contenido, advirtiéndole de que puede llorar siempre que quiera sin problema.

- 2) *El psicoterapeuta tiene información sobre la demanda del paciente:* en ocasiones los pacientes son remitidos por otro profesional o por un familiar que conoce al psicoterapeuta o etc. de casos pero en estos casos es usual que el terapeuta reciba, información antes de conocer al paciente, información sobre la problemática que este padece, esta información es enriquecedora en muchos aspectos, ya que permite concretar más la entrevista y recoger datos específicos con mayor facilidad, que ayuda a elegir estrategias antes situaciones que ocurren. Sin embargo al saber de estas también se tiene muchas desventajas; ya que la información puede sesgar los datos que recoge el psicoterapeuta dejando de lado algunos aspectos que son importantes, también en base a la información ya conocida las estrategias que se utilizan pueden basarse en aspectos relacionados con el problema que “*supuestamente*” tiene y no se toma en cuenta el posible error en el diagnóstico.

Así las facilidades ofertadas al psicoterapeuta con la información se pueden convertir en inconvenientes por estar sesgadas, que afectan la realización de una adecuada evaluación, un buen diagnóstico y un tratamiento conveniente. A lo largo de todo el proceso las habilidades psicoterapéuticas pueden estar marcadas por la información inicial y en el caso de que ésta no sea correcta, la interpretación en el caso del paciente por parte del psicoterapeuta puede llevar a mal entendidos que entorpezcan el proceso psicoterapéutico. Además no se debe olvidar que el problema con el que acude el paciente, no es únicamente la referencia válida; por tanto, es importante que se coteje bien la información recibida antes de darlo todo por hecho y procurar reaccionar

con la misma cautela y prudencia que cuando no se tiene ninguna información del paciente

- b) Habilidades comportamentales después de las primeras sesiones clínicas: Pasadas las primeras sesiones de tanteo y de conocimiento de sus protagonistas, se requiere, por parte del psicoterapeuta, habilidades comportamentales que se centren en la etapa en la que se encuentra con el fin de facilitar los objetivos psicoterapéuticos.

No es raro ver un paciente inquieto porque el proceso psicoterapéutico no “entra lleno” en resolver sus problemas; puede que se queje de que todo son preguntas y conversaciones y no encuentra alivio a lo que le ocurre. Por más que el psicoterapeuta le explique que la fase de evaluación es muy importante y que cuanto mejor se haga, más corta será el proceso en psicoterapia y el paciente insiste en empezar, quizá lo más aconsejable es evitar que ocurra esta situación y para ello no hay nada mejor que ir dándole tareas que hacer a medida en que se obtiene los datos.

Estas tareas no solo deben de servir para recoger información, si no para que el paciente también participe en la labor psicoterapéutica. Pero en ocasiones esta estrategia falla porque, a pesar de su impaciencia por “empezar” y notar cambios radicales, aun así no realiza sus tareas; unas veces porque no sabe cómo realizarlas, otras porque se le olvidan, otras porque no se sentía “con humor”, otras porque estaba con gente y no se atrevía, etc para estos casos Gavino (2007), menciona las siguientes habilidades comportamentales para conseguir que el paciente realice sus tareas psicoterapéuticas.

Se le deben de dar por escrito y se le explica en sesión en qué consisten, considerando que haya retroalimentación para asegurarse el psicoterapeuta de que ha entendido la tarea. Si se considera necesario, se le dice que en caso de duda llame por teléfono durante la semana y no espere para la siguiente sesión para aclararla. Se dedica la sesión para saber cuál es el motivo de la conducta del paciente ya sea

dificultad en su realización, complejidad de la tarea, falta de tiempo, vergüenza, olvido, no detección en el caso de que se solicita u otros motivos no especificados hasta ese momento. Si no se detecta ningún problema se le plantea su interés real por solucionar el problema. Se le insiste en la necesidad de las tareas y el papel que desempeñan estas en el proceso de psicoterapia. Se le enseña a definir el problema y a elegir las alternativas más adecuadas para conseguir los datos que el psicoterapeuta requiera para el tratamiento. Se intentan detectar los estímulos del entorno del paciente que dificultan o entorpecen la realización de las tareas. El psicoterapeuta se asegura de que las tareas que le pone al paciente son adecuadas.

- c) Habilidades comportamentales en la fase de diagnóstico: Otra situación que ocurre con cierta frecuencia es que el paciente pide con insistencia un “nombre” que dé sentido a lo que ocurre. Se podría decir que., en estos casos, desea dos cosas como lo es tener un diagnóstico que justifique lo que le está ocurriendo “*tengo algo*” y que ese diagnóstico no sea “locura” esto es por se trata de un paciente que de algún modo trata de justificar su asistencia a terapia y darle sentido a lo que ocurre; ya que si tiene nombre significa que existe, que ni lo está exagerando, que tiene una explicación lógica, que lo han estudiado y que está en los libros.

En el caso de que el psicoterapeuta le dé un diagnóstico concreto, la pregunta que suele formularse a continuación es “*¿y eso es grave?, ¿tiene solución?, ¿significa que me puedo volver loco?, ¿significa que me he vuelto loco? etc*” el psicoterapeuta se encuentra con una serie de preguntas que ha de responder y la forma de hacerlo es crucial para que el paciente entienda con claridad lo que está transmitiendo, lo asimile y le sirva para responder en el proceso psicoterapéutico, es decir permita plantear el tratamiento de acuerdo con el diagnóstico y de esa manera el paciente entienda en que va a consistir, porqué, qué se le va a pedir y cómo lo ha de hacer.

1.- *Ofrecer información*: Posiblemente uno de los mayores temores de gran parte de los pacientes que acuden a tratamiento psicológico y psiquiátrico es “volverse locos” muchos tiene la creencia de que uno puede volverse loco de la noche a la mañana incluso sin saberlo; por

otra parte, no se trata, de decir únicamente el nombre de un diagnóstico, sino de explicar en qué consiste. Algunos autores han encontrado que estas explicaciones aumentan en los pacientes la comprensión de su problema y, además, la esperanza de que tiene solución.

De acuerdo con los datos encontrados en las investigaciones, una parte importante de labor del psicoterapeuta es aclarar al paciente los conceptos, explicarle en qué consiste el problema que presenta y tranquilizarle respecto a que realmente se considera locura, además de comentarle los avances en dicha locura; tanto farmacológicamente como psicológicamente. Así que las habilidades comportamentales que debe utilizar el psicoterapeuta es utilizar un lenguaje sencillo, la explicación y adaptado al medio del paciente; la explicación exenta de tecnicismos, darle ejemplos, dibujos explicativos sencillos, metáforas y ejercicios de comprobación de lo que se explica, además de una retroalimentación de lo que le ha contado el psicoterapeuta, o resumen de lo que ha entendido, ejemplos propios relacionados con las explicaciones y propuestas de ejercicios que corroboren la explicación.

2.- Planteamiento psicoterapéutico: cuando se le expone al paciente el tratamiento, caben distintas reacciones, entre las frecuentes es que lo acepte, que ponga pretextos porque piensa que es difícil de realizar o que se niegue porque no está dispuesto a pasar por ello. Aquí las habilidades comportamentales para el psicoterapeuta para plantear el tratamiento y los motivos por los cuales considera es el más adecuado, esto está más estrechamente relacionado con las explicaciones del problema. Sin embargo en algunas ocasiones el paciente cree que el tratamiento es demasiado duro y que es *“peor el remedio que la enfermedad”* y puede que acepte con resistencia o sencillamente que

se niegue el tratamiento, las razones que aducen a los pacientes es la dureza del proceso psicoterapéutico porque piensan que pueden encontrarse expuestos a situaciones que están seguros les van a crear un estado de ansiedad tan alto que no estén dispuestos a vivirla, entonces el psicoterapeuta debe desplegar sus habilidades comportamentales para que el paciente no se centre únicamente en los problemas negativos, como lo es someterse a un alto grado de ansiedad, si no en los positivos también, la eliminación del problema, la seguridad de que en todo momento va a estar a su lado para apoyarlo, desdramatizando la situación de exposición o presentársele elementos distractores entre otros. Así pues, las habilidades del psicoterapeuta son fundamentales para ayudar a aceptar el tratamiento y así seguir las técnicas elegidas.

- d) **Habilidades comportamentales en la fase del tratamiento:** Esta fase consiste en la aplicación de las técnicas que van a conseguir intervenir sobre las variables detectadas en la evaluación y que favorecen o desencadenan el problema diagnosticado. En esta fase existen 6 situaciones problemáticas:

1.- *Expectativas del paciente respecto a la psicoterapia:* en donde las expectativas de los pacientes respecto al tratamiento suelen estar en la postura de escepticismo y confianza en su rápida eficacia, esto es porque a veces las expectativas de los pacientes son muy altas

2.- *Muchas veces los pacientes denotan comentarios de escepticismo que entorpecen la labor psicoterapéutica,* los motivos de esta postura pueden ser varios; ya que la explicación del psicoterapeuta no le resulte convincente. O no la entiende, o tal vez él mismo paciente piense que no tiene la capacidad que requiere esa terapia, etc. en un caso o el otro esto dificulta los objetivos psicoterapéuticos y la psicoterapia tienen una gran posibilidad de fracasar; así, las habilidades comportamentales del psicoterapeuta deben estar

encaminadas a animar al paciente a reforzarlo cuando consigue algún objetivo (por más pequeño que sea), recordarle la eficiencia de la terapia en el problema que se trata, tener gestos de seguridad en lo que se está haciendo, estar atento a los esfuerzos del paciente, mostraste en todo momento cálido, las estrategias que acompañan a estas habilidades son más de información de modo que serán de manera clara y comprensible pues de lo contrario se corre el riesgo de que el paciente no logre estar convencido y esto anulara los resultados, así las habilidades comportamentales de confianza y de seguridad en la información se le añaden otras estrategias comportamentales para motivar al paciente a seguir el tratamiento es a partir de establecer con él objetivos a corto, mediano y largo plazo, fijar un número determinado de sesiones para conseguir los objetivos a largo plazo, elegir también un objetivo concreto, sellar un trato con el paciente que consiste en hacer todo lo que le pide el psicoterapeuta durante esas sesiones establecidas y revisar lo conseguido en la última de estas sesiones.

3. *Confianza en una rápida eficacia de la psicoterapia:* a veces las expectativas de los pacientes, son tan altas que esperan resultados pronto, pero si algo es claro para un psicoterapeuta es que el tratamiento no es como una cinta deslizante que va de manera suave y constante hacia arriba y solo hacia arriba, y que solo hay que esperar que llegue al final. A veces el paciente llega a sesión enojado porque tiene la sensación de que esta peor de cuando empezó el tratamiento, las tareas o ejercicios que le pide el psicoterapeuta le generan un malestar que antes del tratamiento no tenía porque evitaba esas situaciones, esos pensamientos, esas personas.

El enfrentamiento o muestra de enfado puede influir al psicoterapeuta que se siente cuestionado profesionalmente; entonces el terapeuta debe entender que es una reacción posible en los pacientes así que parte de las habilidades comportamentales son: a) explicar al paciente que es normal que tenga momentos difíciles, porque lo que se ha pedido es afrontar o hacer cosas que

durante mucho tiempo no ha hecho. b) se le informa al paciente con los datos recogidos en la evaluación de su estado emocional, cognitivo y conductual con el que llegó y cómo se encuentra en esos momentos. c) se le pide que durante la semana siguiente registre algunos datos de su problema que puedan dar información sobre esa apreciación que tiene de empeoramiento. En la sesión siguiente entonces se revisa la información del registro y también se le puede pedir que pregunte a personas cercanas que saben de su problema y asistencia a psicoterapia cómo lo encuentran últimamente.

Otra posible habilidad comportamental es cambiar la tarea; esto cuando las expectativas del paciente respecto al tratamiento se tambalean por la dificultad de tareas o por su estado emocional alterado. Por tanto se puede concluir que parte de las habilidades comportamentales más adecuadas para que el psicoterapeuta las ponga en práctica son comprensión, seguridad en sí mismo, flexibilidad y constancia ante los intentos del paciente. Todo esto acompañado de la claridad en sus explicaciones, adaptación del lenguaje al nivel cultural del paciente y el uso de ejemplos que clarifiquen la necesidad de seguir el tratamiento tal y como se ésta llevando.

4. *Existen ciertos momentos de venirse abajo:* a lo largo de la terapia se pueden producir acontecimientos ajenos a ella que pueden influir positiva o negativamente, estos acontecimientos más bien tienen que ver con el medio del paciente (familiar, social o laboral) además de que no son previsibles y, cuando se dan, influyen en la evolución del tratamiento, pero también surge acontecimientos en la propia terapia que la pueden entorpecer o ayudar (ejemplos de este caso pueden ser los momentos de cansancio, o cuando el paciente da un valor desproporcionado y tiene la idea de que esta casi como en el principio). Y aunque en el primer caso que suele ser más desconcertante porque uno nunca sabe en qué caso ocurrirá, en qué consistirá y cómo influirá, el impacto que llegan a tener los pacientes en

cualquiera de los dos casos; hace necesaria la intervención puntual para mantener los resultados obtenidos hasta el momento, entonces las habilidades comportamentales que en este momento se deben de tomar en cuenta no solo van a través de la comprensión, la aceptación del momento y la flexibilidad se basan más en:

a) Centrar la sesión en el acontecimiento que ha ocurrido; entonces el paciente y el terapeuta evalúan su relevancia y su implicación en la motivación del paciente para conseguir los objetivos terapéuticos; de este modo el terapeuta hace hincapié en los motivos que llevaron al paciente a pedir ayuda terapéutica y que no están relacionado con el acontecimiento que ha surgido.

b) Se puede dedicar la sesión a valorar la importancia del acontecimiento que ha surgido, como afecta al paciente, y que implicaciones tiene en su vida; aunque si la situación es tan relevante, que los objetivos del tratamiento iniciado pierden relevancia, se centran las situaciones en la búsqueda de soluciones a la situación actual y se posponen los objetivos del tratamiento para más tarde.

c) si los acontecimientos son graves (por ejemplo la pérdida de un ser querido), se le brinda toda la ayuda psicoterapéutica para ese momento y si el paciente no se siente animado con la ayuda proporcionada se interrumpe la terapia para más adelante.

d) En el caso de que los acontecimientos no sean tan relevantes como el paciente considera, se centra la sesión en hacerle ver su importancia real y se continúa con la terapia.

En el caso de cuando el paciente tiene retrocesos en los objetivos conseguidos y se desmotiva para seguir el tratamiento el terapeuta debe tener en cuenta las siguientes habilidades comportamentales:

- a) Le recuerda que, en las sesiones dedicadas al planteamiento de que la terapia se iba a seguir, le explicó las dificultades de ésta y los pequeños pasos hacia atrás que suelen darse y que no son relevantes. Se le comenta que también, que es normal que viva estos pequeños retrocesos.
- b) Terapeuta y paciente hacen una revisión de los objetivos conseguidos.
- c) El terapeuta le señala al paciente los datos que tiene recogidos de la evaluación y los que tiene en ese momento, entonces se pueden comparar de manera profesional unos con otros para ver las diferencias y el estado actual de mejoría comparado con las primeras sesiones.

5. Mala experiencia o abandono de una técnica cuando la ésta poniendo en práctica: en ocasiones es prácticamente normal el rechazo por parte de los pacientes a alguna técnica determinada, puede ser que el paciente se resiste porque la está pasando muy mal, porque le resulta muy desagradable, o porque se siente ridículo utilizándola, etc.

El caso es que el rechazo impide continuar con la terapia y supone un riesgo de abandono de ésta, entonces es conveniente tal vez insistir aquí en el señalamiento de determinadas interpretaciones del terapeuta sobre la actitud del paciente, pero en estos casos lo único válido y conveniente e incluso beneficioso para el paciente es la interrupción de la técnica y darse a la tarea de revisar qué pasos de ésta producen el rechazo del paciente y por qué, además es conveniente que el paciente reciba la atención sincera del terapeuta ante esta reacción, aceptándola y manifestando un interés por solucionar el problema, por tanto las habilidades comportamentales que en este caso se deben de tomar en cuenta son:

- a) El terapeuta y el paciente repasan cada uno de los pasos de la técnica para detectar donde se encuentra el problema y ver si se puede solucionar.
- b) Se plantean modificaciones en la aplicación que no afecten a la técnica en sí, pero que favorezca su uso.

c) Si se llega a la conclusión de que no es posible proseguir con la técnica en cuestión, se busca otra técnica que posea objetivos terapéuticos semejantes y que le resulte más fácil al paciente.

6. *Miedo al cambio*: en ocasiones el terapeuta se enfrenta a una situación difícil de entender desde la razón. El paciente, avanza la terapia y con bastantes objetivos conseguidos, pero empieza a tener problemas con respecto a su mejoría, se queja y da un retroceso sin justificación aparente, entonces cuando el terapeuta profundiza para saber que está ocurriendo, se encuentra con que el paciente tiene “miedo a los cambios” ante este tipo de situaciones es importante que el terapeuta manifieste las siguientes habilidades comportamentales que son:

a) Terapeuta y paciente revisar las situaciones a las que se tiene que enfrentar al paciente cuando se incorpora a la vida normal y se examinan cuáles son las dificultades, entonces se le señala al paciente la manera de resolverlas.

b) Se le pide al paciente que realice la siguiente tarea (un una columna poner las ventajas de conseguir los objetivos de la terapia, en otra, los inconvenientes) en la siguiente sesión se revisan ambas columnas, intentando que el paciente valore las ventajas, al mismo tiempo que se estudia el problema real de cada uno de los inconvenientes y la manera de abordarlos.

c) El paciente valora las posibles situaciones desagradables que se podría encontrar al terminar el tratamiento, entonces se intenta buscar alternativas modificar unas o sustituir otras, en aquellas que no sea posible se estudia la manera de realizarlas acompañándolas de elementos agradables .

Es preciso señalar que las habilidades psicoterapéuticas comportamentales son formas de reaccionar ante determinadas situaciones para conseguir también determinados objetivos, ser cálido, abierto, flexible, sincero, por poner algunos ejemplos; no son habilidades suficientes que nos ayuden dentro del proceso psicoterapéutico, aunque esto puede quedar demasiado ambiguo y en determinadas situaciones se desconoce qué hacer para lograrlo.

Las habilidades comportamentales pueden convertirse en objetivos a conseguir mediante actuaciones concretas, así pues estas habilidades psicoterapéuticas permiten o ayudan a ser todo eso que los autores dicen que es necesario para ser un buen psicoterapeuta y son herramientas fundamentales a conocer. Para reforzar estas habilidades comportamentales.

4.6.1 La ética y los valores en la intervención psicoterapéutica.

Parte fundamental de las habilidades del psicoterapeuta es la adecuada clarificación y manejo de la ética y los valores con los que se debe ejercer. Y aunque ya se había realizado una pequeña mención de estos en el capítulo de los valores interpersonales, este apartado surge por la necesidad de remarcar los principios que en la sociedad se regulan a partir del comportamiento; además de que forman parte inherente del código deontológico de la profesión.

Es a través del ejecutamiento de la ética donde cada individuo debe decidirse y responsabilizarse a partir de sus propias elecciones. No debemos olvidar que el ser humano afirma su centro de valores haciéndose responsable de las consecuencias de dichas decisiones y acciones. La decisión partiendo de la dimensión de la voluntad y el deseo, crea un esquema de actuación y de vida que recibe su fuerza y riqueza de los deseos afirmados por la voluntad y es en este sentido donde la decisión y la responsabilidad, vendrían siendo parte fundamental de lo que es la concientización de la ética que finalmente es la expresión de la conciencia del individuo que lucha por su integración y madurez.

Un individuo podrá llegar a ser realmente humano en el momento de la buena decisión y elección que reflejara su ética ya que está sustentada y basa las capacidades del hombre para trascender en una situación inmediata, atendiendo el bienestar no solo de sí mismo, sino también de las demás personas que dependen o se relacionan con estas decisiones y elecciones del sujeto (Castro y García; 2011).

Por ser la psicología una disciplina cuya práctica nos coloca directamente en relación con las personas, es condición ineludible que todo acto profesional deba realizarse de forma tal que no lesione la dignidad, la libertad ni la vida de las demás personas, incluso la propia, a través de nuestros derechos exclusivos e inviolables que poseemos. Por tanto esto supone

que la práctica en psicoterapia habrá de sustentarse en conocimientos válidos para el nivel actual de la psicología y en principios éticos que resguarden tales derechos.

El Código de Ética Profesional es un instrumento diseñado para facilitar el cumplimiento y la puesta en práctica del mandato de los Estatutos del Colegio de Psicólogo/as, en el que se enfatiza la ética como valor central de la profesión y su ejercicio. Su objetivo general es regular el quehacer profesional con acento en la propuesta de criterios de acción y conducta (Geoff, 2009).

Dentro de las habilidades en psicoterapia ya mencionadas encontramos en el código ético los siguientes artículos que también se mencionan a manera de norma. En donde se exponen ciertos aspectos importantes dentro de las habilidades del terapeuta; además de esto es importante que el terapeuta reconozca que parte de estas habilidades se ven enmarcadas legalmente por un código que además de respaldarlo, lo responsabiliza:

- Artículo 1ero. Respeto por los derechos y la dignidad de las personas: El psicólogo se compromete a respetar y adherir a los principios establecidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos. En particular, respetar la dignidad y el valor de todas las personas y el derecho a la privacidad, confidencialidad, autodeterminación, diversidad y autonomía. Así mismo, respetar las diferencias individuales, culturales, de género, etnia, religión, ideología, orientación sexual, condición socioeconómica, u otras.
- Artículo 2do. Competencia. Es responsabilidad del psicólogo tener un nivel de competencia idóneo, proveyendo aquellos servicios y técnicas para las cuales está capacitado por su formación profesional, al igual que reconocer las fronteras de su disciplina.
- Artículo 3ero. Compromiso profesional y científico: El psicólogo debe adherir a los principios y normas de conducta contenidos en este Código asumiendo la responsabilidad por su cumplimiento. Así como también el compromiso de promover la psicología en cuanto a saber científico. En aquellas situación para las cuales aún no existen normas y/o criterios profesionales reconocidos, corresponderá

al psicólogo ejercer un juicio cuidadoso, establecer redes de interconsulta, si es necesario interdisciplinarias e informar y prevenir a las personas con las que trabaja del carácter experimental de los instrumentos o intervenciones.

- Artículo 4to. Integridad: el psicólogo se guíara por principios de probidad, honestidad, justicia y respeto por los otros e su ejercicio profesional. En este contexto, el psicólogo tendrá en cuenta sus propios sistemas de creencia, valores, necesidades y límites y el efecto que estos tienen en su trabajo. Del mismo modo el psicólogo evitará comportamientos en su vida privada que puedan generar dudas públicas sobre su honestidad o conformación ética que afecten la imagen de su profesión.
- Artículo 8. Respeto por la Autonomía del Paciente: El psicólogo/a debe permitir que el paciente o usuario tome sus propias decisiones. Orientará al paciente para que éste pueda ejercer su propio juicio e iniciativa cuando sea factible. Le entregará las pautas que permitan tomar una decisión informada y realista, aclarándole las diversas opciones de que dispone, como asimismo las consecuencias que pudieran ser anticipadas. Cuando esté en duda la capacidad de discernir del paciente, el psicólogo/así lo estima necesario deberá hacer las consultas, interconsultas y/o solicitar la supervisión para enfrentar la situación adecuadamente. Asimismo dará los pasos necesarios para que la familia o responsables legales del paciente se hagan cargo de lo que les compete. En cualquier caso se tratará de proteger la relación con el paciente o paciente y en lo posible mantener la confidencialidad de los contenidos.
- Artículo 9. Respeto por los otros: el psicólogo debe respetar el derecho de los otros de tener valores, actitudes, conductas y opiniones que difieran de las propias, y procurar el respeto mutuo en sus relaciones interpersonales. Por tanto, no debe participar en prácticas que atenten contra la libertad, la integridad física y psíquica de las personas con quienes interactúa profesionalmente. Del mismo modo, el psicólogo/a no debe involucrarse en situaciones que impliquen relaciones

superpuestas o múltiples incompatibles, teniendo presente los perjuicios que conlleva el establecer contactos sociales que puedan producir daño en su trabajo o en las personas con quienes trata. Así, no deberá establecer relaciones personales, científicas, profesionales, financieras o de otro tipo, que pudieran debilitar su objetividad, interferir en el desempeño efectivo de sus funciones como psicólogo/a, o dañar o abusar a la otra parte. El psicólogo/a, además, deberá abstenerse de asumir obligaciones profesionales, si las relaciones preexistentes pudieran interferir en la objetividad de su juicio profesional. Cuando se ha producido una relación múltiple incompatible y/o superpuesta deberá resolverla.

- Artículo 11. Aspectos Relativos al Paciente:
 1. Bienestar del Paciente: El psicólogo/a debe relacionarse con su paciente en un estricto marco profesional, proporcionándole una atención oportuna y eficiente. El psicólogo/a debe generar las condiciones de infraestructura, ambiente físico y psicológico, que contribuyan a que su paciente o paciente esté en la situación más propicia para recibir el servicio y expresar sus potencialidades.
 2. Atención del Paciente: El psicólogo/a debe atender a su paciente mientras sea necesario, o de acuerdo al convenio previamente establecido. Si ello no es posible, tomará las precauciones pertinentes para que éste cuente con la atención que requiera. Debe evitar cualquier situación y/o acción que, sin una razón plenamente justificada, pueda inmiscuirse en el tiempo y atención a que su paciente tiene derecho o que pueda distraerle de un buen desempeño. El psicólogo/a sólo tomará aquellos casos que pueda atender personalmente, no delegando en terceras personas la responsabilidad que tiene por su paciente. Cuando el psicólogo/a asigna ciertas tareas a sus colaboradores, debe preocuparse que estén debidamente calificados para

ello, y supervisarlos cuidadosamente, manteniendo la responsabilidad del proceso.

3. **Objetividad hacia los Pacientes:** El psicólogo/a debe atender con igual dedicación a todas aquellas personas que requieran de sus servicios, no permitiendo que intereses o prejuicios externos afecten sus decisiones profesionales. Por este motivo no atenderá profesionalmente amistades, familiares y/o personas con las cuales está involucrado en otros roles (por ejemplo, jefe subal-terno, profesor -alumno). Constituyen inconductas éticas las relaciones duales como involucramiento sexual o sentimental, el acoso sexual y toda superposición de roles, especialmente cuando el psicólogo/a está claramente en una posición de poder y autoridad respecto a sus pacientes o pacientes.

4. **Honestidad y Sinceridad:** El psicólogo/a deberá respetar el derecho del usuario a ser informado plenamente en todo lo relativo a la prestación: características de la misma, apreciación inicial, alcances y limitaciones, resultados o consecuencias posibles. El psicólogo/a deberá tener presente para sí mismo y ante el usuario el alcance de sus capacidades, recursos y limitaciones profesionales en relación con la prestación solicitada. También informará a su paciente cuando sea el caso las implicaciones de una atención institucional en términos del manejo o exposición de la información, como asimismo el uso de la misma para fines de investigación o estudio. Requerirá la aprobación del cliente cuando corresponda.

5. Secreto profesional

5.1. El secreto profesional constituye un deber del psicólogo/a que perdura en forma indefinida y que alcanza incluso el nombre del paciente o paciente. El secreto profesional es un derecho del paciente o paciente establecido en su beneficio.

5.2. El psicólogo/a no podrá, en caso alguno, revelar directa, ni indirectamente los hechos, datos o informaciones que haya conocido o le hayan sido revelados en el ejercicio de su profesión, salvo orden judicial expresa, o autorización por escrito del paciente o paciente mayor de edad, que obre con discernimiento e informadamente.

5.3. El psicólogo/a estará eximido del secreto sólo y exclusivamente cuando sea requerido por Orden Judicial expresa. Aun así, el psicólogo/a debe procurar mantener en la más estricta reserva aquellos antecedentes no relacionados directamente en el asunto judicial. Asimismo, el psicólogo/a estará liberado del secreto profesional cuando su paciente paciente por escrito lo releve expresamente del mismo; siempre cuando tenga pleno discernimiento y haya sido debidamente informado por el profesional.

5.4. En el caso de disputa judicial del psicólogo/a con su paciente o paciente, el profesional podrá revelar lo indispensable en su legítima defensa, procurando no abusar jamás de su información privilegiada sobre el paciente o paciente.

5.5. La violación al secreto profesional por parte del psicólogo se estimará como una grave infracción ética.

6. Confidencialidad

6.1. La confidencialidad de los antecedentes del paciente constituye un deber para el psicólogo/a en cuanto deberá preocuparse de manejarlos mediante procedimientos y métodos que los resguarden del conocimiento de personas no autorizadas.

6.2. Los antecedentes del paciente institucional o que por hacer uso de beneficios previsionales o subsidiados a derechos de salud deban ser manejados o conocidos por personas autorizadas, tendrán siempre

de parte del psicólogo/a que atiende profesionalmente una especial preocupación de confidencialidad.

6.3. El psicólogo/a procurará que los antecedentes del paciente sean confeccionados de una forma tal que se restrinja al máximo el conocimiento por terceros, de datos o información, que por su naturaleza, le pueda procurar un desmedro profesional.

Además de hacer hincapié en la ética existe otro componente importante que son los valores, para Cormier y Cormier (2000); la palabra valor denota algo que apreciamos, consideramos elevado o preferimos. Los valores son nuestros sentimientos o actitudes sobre algo. En las interacciones con los pacientes, es imposible “estar libre de valores” porque estos finalmente se intercalan en cualquier interacción. Los terapeutas no pueden ser escrupulosamente neutrales en sus interacciones.

Corey, Corey y Callanan, 1988 (citado en Cormier y Cormier, 2000) se han percatado de que los valores se transmiten directa o indirectamente entre los participantes de las relaciones interpersonales, independientemente si estas son terapéuticas o si no lo son.

No todos nuestros valores tienen el mismo impacto sobre el proceso psicoterapéutico. Por ejemplo, el terapeuta que valora la navegación puede trabajar con un paciente que valora la profesión de marinero de tierra sin ningún problema, sin embargo, los valores que reflejan nuestras ideas sobre “la buena vida”, la moralidad, la ética, el estilo de vida, los roles, las relaciones interpersonales, etc. tienen más responsabilidad de introducirse en el proceso. De hecho escoger la profesión de terapeuta ya implica algunos valores, por tanto habrá momentos en que necesitemos un moderador porque por ejemplo pudiese existir un conflicto de valores no resuelto que interfiere la relación con el paciente. Otra forma de ejemplificar los valores es que un terapeuta considera la violación como el acto más terrible y sexista que puede ejecutar una persona, entonces puede tener problemas para

orientar a alguien que está acusado de violación; este terapeuta puede llegar a identificarse más con la víctima que con el paciente

Si retomamos la parte en donde la ética se ve inmiscuida, si un terapeuta no es capaz de favorecer y respetar el bienestar de un paciente, en ese momento se requiere de un moderador.

En otros momentos del proceso psicoterapéutico, los valores restrictivos o delimitadores se reflejan en áreas como lo son las expectativas con cada paciente, las opiniones sobre el cambio y valores sobre un ismo como el sexismo, racismo, etc. uno de los valores es la necesidad del terapeuta de ser consciente de los valores que impiden al paciente desarrollar sus potencialidades (Cormier y Cormier, 2000). En el anexo 5 llamado los valores; se han incluido algunas formas para ayudarnos a examinar los valores con respecto a algunos ismos y con respecto a las expectativas del paciente.

A continuación Cormier y Cormier (2000), subraya algunos aspectos críticos que de ninguna manera deben sustituir el escrutinio código ético de comportamiento, pero que son punto clave para este apartado de valores y ética:

- Bienestar del paciente: los terapeutas están obligados a proteger el bienestar de sus pacientes. En la mayoría de los casos esto significa anteponer a todo las necesidades de los pacientes, también indica que el terapeuta este intelectual y emocionalmente dispuesto a dar lo mejor que puede a cada paciente, o ver que el paciente tiene una posibilidad alternativa si su atención no es la más conveniente.
- Confidencialidad: la confidencialidad está estrechamente relacionada con el bienestar del paciente. los terapeutas que no respetan la confidencialidad de los pacientes pueden causar daños graves e incluso irreparables para la relación terapéutica. Los terapeutas normalmente no pueden relevar información sobre los pacientes salvo que hayan recibido de antemano la autorización estricta del

paciente. Un caso excepcional es aquel en el que el paciente está expuesto a una amenaza grave o pueda incurrir en un delito grave.

- Relaciones duales. Una relación dual es aquella en la que el terapeuta mantiene una relación terapéutica con el paciente y simultáneamente con la misma persona mantiene otro tipo de relación, administrativa, instructiva, de supervisión, social, sexual, etc. Las relaciones duales son problemáticas porque reducen la objetividad del terapeuta, confunden la cuestión y a menudo colocan al paciente en una posición de obligado consentimiento. Los terapeutas deberán evitar implicarse en relaciones duales. Si tal implicación es inevitable, se debe hacer uso de la posibilidad de negarse aduciendo a la inconveniencia de mantener dos relaciones simultáneamente.
- Derechos de los pacientes: Establecer una relación terapéutica implica ser flexible con los derechos y las opciones de los pacientes durante el proceso psicoterapéutico. Nada puede ser más perjudicial para la confianza y el rapport que el paciente descubra que el terapeuta no está preparado para el aspecto en cuestión o que los costes de la terapia son elevados o que la terapia presenta algunas limitaciones o no garantiza los resultados. Desde el inicio el terapeuta debe proporcionar al paciente información suficiente sobre la terapia para que el paciente pueda hacer una elección consiente (consentimiento informado). Normalmente esto implica tratar con los pacientes cuatro aspectos importantes y generales: 1. La confidencialidad y sus limitaciones 2. Procedimientos y procesos de la terapia y los posibles efectos secundarios del cambio (tales como la ansiedad, el dolor, etc.). 3. Los conocimientos y la experiencia del terapeuta y 4. Otros recursos y fuentes de ayuda alternativa a la terapia clásica (por ejemplo, los grupos de autoayuda)
- Derivaciones: Es importante que el terapeuta sepa manejar con responsabilidad y efectividad las derivaciones. Derivar un paciente a otro terapeuta puede ser necesario cuando, por una razón u otra, el terapeuta ya no puede proporcionar al paciente el servicio requerido, sin embargo la derivación conlleva más que dar al

paciente el nombre de otro terapeuta. El paciente deberá escoger entre varios terapeutas que son competentes y están capacitados para manejar su caso. El terapeuta entonces debe obtener el permiso por escrito del paciente antes de tratar el caso con otro terapeuta y para prevenir el abandono, el terapeuta debería hacer un seguimiento de la derivación y comprobar que se ha producido un contacto apropiado.

De este modo, cabe resaltar que un buen psicoterapeuta debe semblarse bajo los términos de este código ético que finalmente es un instrumento que garantiza la protección de los usuarios de los servicios psicológicos, y ofrece al psicólogo un apoyo, tanto en la toma de decisiones, como en los casos en los que se enfrente a dilemas éticos. Es por ello que este subcapítulo se hace hincapié en el uso de la ética y los valores y en la permanente autoevaluación y retroinformación de su aplicación, además el conocimiento de estos pueden ayudar a casos concretos de conflictos de naturaleza ética, porque en un punto estos pueden llegar a servir para mejorar; siempre con la finalidad de aumentar la eficacia en el desempeño de la profesión psicoterapéutica recordemos que el sistema de valores de terapeuta es un factor importante porque determina el comportamiento ético.

La práctica de habilidades van ligadas al uso correcto y adecuado de la ética y los valores que se ejercen durante el proceso psicoterapéutico, esta misma práctica de valores y ética, también nos sirven para establecer una buena relación con el paciente que de igual manera permite el diagnóstico y tratamiento adecuado; de hecho; parte primordial del proceso psicoterapéutico es cuando logramos la llamada alianza terapéutica.

4.6.2 La alianza terapéutica.

En este subcapítulo se abordara el concepto de alianza terapéutica, como parte del capítulo: “Otras pautas para potenciar las habilidades en psicoterapia” porque considero que el uso adecuado de las habilidades en psicoterapia da como resultado la llamada alianza terapéutica.

La alianza terapéutica es una relación entre paciente y terapeuta, la cual se gesta a través del proceso psicoterapéutico. Desde el inicio las habilidades deben estar presentes, y deben abarcar todo el proceso psicoterapéutico; como lo es el saludo, la presentación, el rapport, la entrevista, la evaluación, al obtener información relevante, al dirigir la terapia sin bloquear la espontaneidad del paciente, la transmisión de la confianza y respeto a su privacidad, etc. Todos estos elementos son claves para que el terapeuta ponga en práctica las habilidades ya mencionadas y deseables y a través de estas logre el establecimiento de la alianza terapéutica.

Bordin, 1976 (citado en Bellido y Berrueta, 2011) define el concepto de alianza terapéutica como el momento donde existe “un encaje y colaboración entre el paciente y el terapeuta” ya que es la consecuencia del manejo habilidoso de la relación con el paciente.

La mayor parte de la investigación sugiere que el grado de fuerza de la alianza terapéutica se correlaciona de forma estrecha con los distintos resultados obtenidos. Las diferentes aproximaciones teóricas han proporcionado distintos significados y han dado mayor énfasis en la alianza terapéutica.

Por ejemplo la escuela psicoanalítica se centra en el vínculo positivo que se establece entre el paciente y el analista, que inviste a este último de autoridad, refuerza la creencia del paciente en sus interpretaciones, y proporciona al paciente una situación de seguridad y confianza que le permite enfrentarse con la experiencia dolorosa. Greenson, 1965 (citado en Safran y Murzan, 2005) define la alianza terapéutica como una relación relativamente no neurótica y racional entre el paciente, una relación realista y razonable, más o menos artificial, que en buena medida está basada en la aceptación por parte del paciente de la aproximación y forma de trabajar del terapeuta.

La conceptualización del término alianza terapéutica fue desarrollándose a lo largo del siglo XX. El propio Freud, en su trabajo de 1912 “The dynamics of transference”, planteó la importancia de que el analista mantuviera un interés y una actitud comprensiva hacia el paciente para permitir que la parte más saludable de este estableciera una relación positiva con el analista. En sus primeros escritos Freud describió el efecto del paciente hacia el

terapeuta como una forma beneficiosa y positiva de transferencia que revestía de autoridad al analista. Este aspecto transferencial favorecía la aceptación y la credibilidad de las explicaciones e interpretaciones del terapeuta y más adelante considero que una transferencia positiva podría distorsionar la relación real existente entre ambos.

De este modo Freud, destacó la importancia del trabajo con las interpretaciones de la transferencia del paciente y de las capacidades y aptitudes de la porción de conciencia intacta de este para desarrollar un compromiso con el terapeuta “real” en cuanto a la realización del tratamiento. Originalmente se formuló la relevancia de la relación terapéutica a partir del factor transferencial que el paciente aportaba al contexto psicoterapéutico y entonces Zetzel en 1956 distinguió la diferencia entre transferencia y alianza sugiriendo que la alianza era la parte no neurótica de la relación entre terapeuta y paciente que posibilita el insight y el uso de las interpretaciones del terapeuta para distinguir entre las experiencias relacionales del pasado y la relación real con el terapeuta. Desde el psicoanálisis, la transferencia del paciente facilita o dificulta el trabajo de la alianza.

Aunque cabe mencionar que otros autores son partidarios de no diferenciar entre alianza y transferencia dado que la relación entre el terapeuta y el paciente es la manifestación de la transferencia neurótica del paciente, por lo que separar un concepto del otro reduciría la importancia de uno de los principios básicos de la teoría psicoanalítica como lo es la interpretación de la transferencia. Pero la aportación de Bordin con su definición de alianza terapéutica basada en el trabajo de Greenson en 1965 que ayudo a establecer a una conceptualización que aclaro hasta cierto punto las dudas sobre el papel de la transferencia y posibilito la definición de alianza de modo que las principales escuelas terapéuticas se sintiesen cómodas con un concepto común a todas aunque la diversidad de matices en la conceptualización de la alianza según cada perspectiva teórica continua siendo debatida.

Así algunos terapeutas conductuales consideran que la función de la alianza terapéutica es crear un entorno de seguridad y confianza, necesario para poder aprender, implementar y practicar las técnicas, que son las ultimas responsables del cambio terapéutico. Rogers,

1957 (citado por Safran y Murzan en el 2005) establece que la relación terapéutica depende de una actitud del terapeuta definida por tres componentes mencionados en lo que son las habilidades básicas de todo psicoterapeuta: empatía, aceptación incondicional y congruencia y aunque estas variables parecen desempeñar un papel importante para quienes realizan terapia centrada en el paciente, no se generalizan del todo en algunas otras tipos de terapia.

En cambio Strong, 1968 (cit. en Safran y Murzan, 2005) sugiere que la fuerza de la relación terapéutica está en función del grado en que el paciente considere al terapeuta un experto y una persona de confianza.

Pero aquí cabe resaltar que el concepto de alianza terapéutica o alianza de trabajo que está adquiriendo cada vez mayor relevancia y que está siendo aceptado por investigadores y clínicos es el de Bordin.

Bordin, (cit. en Safran y Murzan, 2005) subraya la colaboración entre el paciente y el terapeuta, y define tres componentes: tareas, objetivos y vínculos.

Las tareas se refieren a las conductas y cogniciones que tiene lugar dentro de la terapia y que constituyen la sustancia de proceso terapéutico. En una relación que funcione bien, ambas personas perciben estas tareas como relevantes y potencialmente eficaces y aceptan su parte de responsabilidad en las mismas. Una fuerte alianza terapéutica se caracteriza también por el acuerdo existente entre el paciente y el terapeuta, sobre los objetivos (resultados) que van a ser el foco de trabajo durante la terapia. El concepto de vínculo se refiere al grado en que se desarrolla una relación entre el terapeuta y al paciente presidida por la aceptación y la confianza mutuas.

Es claro que los conceptos de tareas, objetivos y vínculo definidos por Bordin resaltan la importancia de la colaboración entre terapeuta y paciente. Y esto difiere de otras orientaciones como la de Rogers en 1957 que hace más hincapié en la actitud que ofrece el terapeuta, o la de Strong en 1968, que se centra más en un relación determinada por el paciente y que depende de la percepción que tenga el paciente de la actitud y cualidades del terapeuta.

Bordin ante esto señaló explícitamente que la cualidad de mutualidad y colaboración en la alianza terapéutica es el principal ingrediente para su eficacia. Otra diferencia entre Bordin y otros autores es que Bordin no considera la alianza como una intervención terapéutica, sino como un vehículo que posibilita y facilita la aplicación de las técnicas psicoterapéuticas, es decir, proporciona el contexto para las estrategias y técnicas del terapeuta, y tanto el contenido como las intervenciones pueden contribuir al resultado de forma conjunta o separada.

Piedrabuena (2011), resume los puntos de importancia a considerar de la alianza terapéutica:

- a) La alianza terapéutica correlaciona con las condiciones facilitadoras Rogerianas (consideración, empatía, aceptación incondicional y congruencia) pero predice el éxito de la terapia mejor que dichas condiciones.
- b) La capacidad de la alianza para predecir el resultado de la terapia no depende de la duración de ésta, y se ha demostrado en terapias que van desde 4 a 50 sesiones. Tampoco depende de la orientación teórica de la terapia y se ha demostrado en terapias conductuales, cognitivas, sistémicas, gestálticas y psicodinámicas.
- c) En las primeras fases de la terapia la respuesta del paciente se basa en su evaluación de si el terapeuta es atento, sensible, compasivo y capaz de ayudar.
- d) La vivencia de una relación colaborativa y participativa por parte del paciente es clave para el establecimiento y mantenimiento de la alianza.
- e) Las intervenciones focalizadas en advertir y cuestionar los patrones relacionales disfuncionales que se están reactivando en la terapia, si son aceptados por el paciente de forma colaborativa e implicada, contribuyen a reforzar la alianza.

- f) Las fases críticas para la alianza son dos: el desarrollo inicial en las 5 primeras sesiones y el cuestionamiento de los patrones de vida neuróticos del paciente. Esta crisis se ha de superar para que la terapia continúe; el foco del terapeuta en las relaciones, en lugar de en problemas concretos, y la capacidad del paciente para responder, manteniendo la implicación, contribuyen a la superación de dicha crisis.

- g) Las variables del paciente que dificultan el establecimiento de una buena alianza son: dificultades para establecer relaciones sociales, malas relaciones familiares, pocas esperanzas de éxito terapéutico, elevada defensividad y poca mentalidad psicológica.

La alianza terapéutica implica una sensación de asociación entre el paciente y el terapeuta en la terapia, en la cual cada participante se siente activamente comprometido con sus responsabilidades específicas y adecuadas con respecto a la terapia, y cree que el otro también tiene un compromiso entusiasta con el proceso; por tanto podemos concluir que la alianza es un proceso consiente y significativo de la relación terapeuta y paciente.

La importancia de la alianza terapéutica como predictor del éxito de la psicoterapia sugiere la necesidad de ampliar el cuerpo teórico sobre las variables: terapeuta y del paciente que finalmente influyen en el establecimiento de la alianza. Y en donde se ven desarrolladas las habilidades mencionadas anteriormente.

Es importante referir que Corbella y Botella (2003); mencionan que la llamada “revolución cognitiva” le dio un amplio sentido a lo que es la alianza terapéutica, ya que gracias a esta se consideró la alianza terapéutica un aspecto central del proceso psicoterapéutico.

Para evaluar la calidad de alianza terapéutica existen ciertos indicadores que se toman como referencia. Por ejemplo Altimir (2010), menciona que los indicadores de una buena alianza terapéutica serían la adhesión a terapia, un buen clima emocional no solo en las primeras sesiones, la reciprocidad en el vínculo, el trabajo terapéutico del paciente entre sesiones, la sensación de tener afinidad con el paciente, y finalmente que el paciente se

sienta libre de expresar como se siente en la terapia, y por ejemplo los indicadores de una alianza débil en terapia serían la disminución de la motivación del paciente por asistir a terapia y la deserción temprana de la terapia. Si se analizan estos indicadores se podrá ver la relación que estos tienen con las diferentes habilidades mencionadas antes. Por tanto se puede concluir que el uso de las correctas habilidades psicoterapéuticas nos ayudara a tener un buen nivel de alianza terapéutica.

La variable paciente es importante en el proceso terapéutico incluso cuando se trata también lo que es la alianza terapéutica, Bergin y Lambert 1978, (citado en Gavino, 2007) se inclinan por atribuir a las variables del paciente la responsabilidad del éxito terapéutico, estas variables son la edad, el trastorno que padece, el grado de perturbación que sufre, sus expectativas de cambio, su nivel cultural entre otras. Y una variable relevante en esta misión es la percepción que el paciente tiene sobre el terapeuta.

Del mismo modo García y Fantin (2010); menciona que los estudios meta -analíticos realizados por Lambert y Anderson en 1996; se encuentra comprobado que las variables relacionadas con el paciente explican hasta un 40% de la mejoría experimentada en psicoterapia.

CONCLUSIONES GENERALES

La psicoterapia es uno de los procesos más valiosos actualmente realizados por terapeutas en el ámbito clínico, y se ha convertido en un objeto de consumo masivo, no solo por lo que implica este proceso, sino también porque actualmente la salud mental de todos puede encontrarse vulnerable a cuestión de la época que actualmente atravesamos en este siglo xx. Podemos notar que día a día vivimos crisis, experimentamos poco nivel de tolerancia en todas las circunstancias y hacia todos, los valores se han perdido, y en variadas ocasiones no encontramos amenazados por el abuso del poder, que pareciera que la mayoría de las personas desean ejercer hacia todo, para todos y a costa de todo.

Actualmente basta observar las cifras que reflejan el abuso de sustancias en la mayoría de las poblaciones sin hacer distinción de raza, género o edad, la violencia ejercida, los abusos hacia las mujeres y niños, las conductas sociales que se ejercen a partir ciertos estilos de vida no saludables. Y otros problemas de salud como la depresión y los problemas de ansiedad, y de la responsable sexualidad que terminan convirtiéndose en problemas más graves de salud. Otras de las condiciones por las que actualmente atravesamos y que generan consecuencias sobre la salud mental son los altos niveles de desempleo, el bajo ingreso monetario, la educación limitada, las condiciones estresantes de trabajo, discriminación de géneros, las violaciones hacia los derechos humanos e igualmente la desobligación y el poco interés por ejercer valores en toda y ante toda circunstancia, y que decir de la ética y la moral que terminan olvidadas.

Es por eso; que es de gran importancia entre todos aquellos que puedan ayudar a generar una mejor salud mental que se responsabilicen y cuenten con una amplia gama de conocimientos, actitudes, técnicas, y habilidades que favorezcan el desarrollo social, psicológico, cultural y biológico de los seres humanos. Tal es el caso de los profesionales de la salud mental que son nombrados psicólogos clínicos, psicoterapeutas o terapeutas profesionales.

Dentro de las diferentes publicaciones y escritos acerca de la psicoterapia, podemos encontrar información valiosa que describe lo que es la psicoterapia, los antecedentes, las

formas en que puede aplicarse bajo los diferentes modelos, se descripciones de cómo se construye un buen psicoterapeuta, como se estila la psicoterapia, etc. pero haciendo una revisión general respecto a las psicoterapias encontramos que es muy aislada la información que concierne a las habilidades terapéuticas que deberían trabajarse en el marco de la psicoterapia.

Al encontrar información respecto a las habilidades en psicoterapia, se encontró que una característica esencial para ser un buen psicoterapeuta es el poseer habilidades que faciliten el proceso psicoterapéutico, no solo como parte de una formación eficiente sino más bien como variables que si se adquieren ayudaran a manejar las dificultades que pudiesen surgir en el transcurso terapia.

Así estas habilidades ayudaran superar las posibles resistencias de cambio en los pacientes, facilitaran la adaptación de intervenciones de acuerdo a las características de los pacientes, proporcionarán estrategias para mejorar el cumplimiento del tratamiento, darán fluidez en momentos de dificultad en la terapia, ayudaran al manejo de situaciones problemáticas por parte del terapeuta como del paciente, nos enseñaran y darán pauta en los algunos momentos críticos de la terapia. De igual manera permitan orientar el trabajo terapéutico para el fortalecimiento de la relación psicoterapéutica que favorecerá a desarrollar una alianza de trabajo y de este modo tener una alta probabilidad de éxito. Es por eso que recalcamos la importancia del presente trabajo, que incurre en la necesidad profesional y académica de dar a conocer aquellas habilidades terapéuticas necesarias que debe poseer un psicólogo en el contexto de la psicoterapia; haciendo hincapié también en que no importa el modelo en específico bajo el cual se trabaje, sino más bien que el psicoterapeuta desarrolle rigurosamente habilidades terapéuticas específicas en el contexto de la psicoterapia.

Recordemos que en las sociedades tribales primitivas las explicaciones sobre las causas de la anormalidad están conectadas a las metáforas sobrenaturales y místicas. Las explicaciones son de tipo animista. Por tanto las raíces de la psicoterapia se remontan hasta diferentes tipos de saberes desarrollados en la cultura occidental y procedente de la magia, la medicina, la filosofía y la religión. Todas estas actividades se refirieren al hecho de que la vida humana es inherentemente problemática. El hombre se ve enfrentado a vivir consigo

mismo y con los demás. Esta convivencia subjetiva y relacional genera problemas que suele ser clasificados como conducta anormal o desviada socialmente. Este elemento convivencia junto con el de la anormalidad ha sido abordado de diferente manera a lo largo de la historia.

La psicología clínica se constituye en los Estados Unidos a principios del siglo XX. En Europa la concepción dominante del tratamiento era médica o bien derivada de la orientación psicoanalítica freudiana o de sus "desviaciones" (Adler, Jung, etc.), que tuvo una buena acogida en Estados Unidos en los medios psiquiátricos (no tanto en los psicológicos). En el campo de la psicología a partir de las dos guerras mundiales la intervención de los psicólogos en los asuntos sociales y públicos fue creciendo. En un primer momento en la selección de personal para el reclutamiento y selección de puestos, y progresivamente se fue reivindicando una labor más allá de la puramente psicodiagnóstica.

La psicoterapia después de algún tiempo pasó a ser un campo de trabajo para los psicólogos, que adoptaron en su mayoría la orientación psicoanalítica. A partir de la segunda guerra mundial comienza a reconocerse socialmente el trabajo psicoterapéutico de los psicólogos, y en la conferencia de Boulder (1949, Colorado, EEUU) se define el rol del psicólogo clínico que debe de recibir formación en tres áreas: diagnóstico, investigación y terapia. y a partir de esto los psicólogos comienzan a generar modelos terapéuticos ajenos al psicoanálisis (dominante entre los psiquiatras americanos) y los presentan como otras alternativas.

Pero en poco más de un siglo la psicoterapia se ha convertido en una práctica socialmente aceptada y necesaria. En palabras de Jiménez citado por Moncada y Kühne en el 2003: "La psicoterapia se ha convertido en un objeto de consumo masivo"

Los planteamientos de este autor fueron una importante motivación para que otros investigadores se plantearan el problema de la efectividad de la psicoterapia.

Para probar que el proceso psicoterapéutico es efectivo, los investigadores se abocaron al estudio de cómo se produce el cambio (que es lo que hace exactamente que la psicoterapia funcione, a pesar de la diversidad de estilos y modelos). el foco de estudio en las

investigaciones fue “el cambio”, este cambio revelo un importante hallazgo respecto a la similitud de los resultados; entre las distintas corrientes teóricas. Así los investigadores buscaron identificar los componentes activos que dan eficacia a la psicoterapia.

Uno de los resultados más claros en esta línea de investigación correspondió a las habilidades que en particular deben poseer los psicoterapeutas.

Los modelos que en psicoterapia se manejan, suelen ser abarcativos y complejos, hasta simples; y se gestan impregnados por momentos históricos con determinadas características sociales, crisis políticas o económicas. Pero el conocimiento de cada uno de estos modelos en psicoterapia es necesario; para poder ejercer psicoterapia, un buen psicoterapeuta no está peleado con ningún modelo en particular. Los modelos independientemente de su marco de referencia bajo el cual se conduzcan pueden incluir habilidades para facilitarle al psicoterapeuta incluso el uso de tratamientos, estrategias, etc. Son muchas y diversas las teorías psicológicas y sus formas de aplicación psicoterapéutica surgidas hasta hoy. A grandes rasgos podemos considerar cinco grandes teorías, sistemas psicológicos o corrientes teóricas que han dado lugar a múltiples terapias.

Los conocimientos sobre lo que son las habilidades deben convertirse finalmente en competencias aplicables dentro del área psicoterapéutica, independientemente del modelo bajo el cual cada psicoterapeuta decida trabajar es indispensable que comprenda que no debe estar en contra de los demás modelos en psicoterapia.

La práctica de la psicoterapia requiere del terapeuta una amplia gama de habilidades para conducir de manera efectiva el proceso de intervención terapéutica. Muchas de estas habilidades básicas son similares en las distintas corrientes, y desempeñan un papel importante porque están encaminadas a conseguir una relación efectiva con el paciente que permita ayudar a ésta a conseguir metas incluso en el tratamiento.

Como lo refiere Parloff, Waskow y Wolfe ,1971 (citado por Salgado, 1988) la mayoría de los buenos terapeutas comparten ciertas características por las siguientes cualidades: “objetividad, honestidad, capacidad de relación, libertad emocional, seguridad, humanidad, integridad, compromiso con el paciente, intuición, paciencia, agudeza, empatía, creatividad e imaginación.”

El autoconocimiento, la empatía, la actitud positiva incondicional, la escucha activa, la autenticidad, la cordialidad, las competencias, la confianza, la objetividad emocional, la conducta no verbal, la competencia intelectual, la autorregulación, el cumplimiento de principios éticos y profesionales, el manejo de la pericia el atractivo y fiabilidad, así como las habilidades que se manejan en la entrevista son habilidades indispensables para que un psicólogo pueda ejercerse ampliamente dentro del ámbito de la psicoterapia; estas habilidades constituyen parte de los desafíos más importantes que la psicoterapia porque imponen que independientemente el modelo sobre el cual se trabaje, sabemos que estas habilidades tienen el propósito de ayudar en el proceso psicoterapéutico y por tanto deben ser aplicables.

Algunas de habilidades Carls Rogers las menciona como características que debe poseer un psicólogo, pero en este trabajo se han retomado e incorporado otras como habilidades básicas, interpersonales, y del entrevistador

Las habilidades son capacidades que las personas pueden adquirir, por lo tanto la adquisición habilidades por parte del terapeuta es posible aprenderlas, desde su propio estilo y el marco de interacción y de trabajo. En este trabajo se mencionan las habilidades necesarias que pueden emplearse en psicoterapia y se parte desde el esclarecimiento de los antecedentes en psicología clínica, en la función de un psicólogo clínico, en las propias definiciones como psicoterapia, consejería, habilidad, estilo del psicoterapeuta, entrevista en psicoterapia, etc. Para llegar a la parte más relevante del trabajo que involucra las habilidades del psicoterapeuta, no solo abarcando las interpersonales, si no tomando otras variables que va desde las ya conocidas y trabajadas en la literatura hasta otras que parten en función de lo situacional, u otras como lo es la variable del terapeuta o paciente, o incluso variables que se deben tomar en cuenta de acuerdo al momento o situación en donde más se ajuste, se plantean incluso ejemplificaciones de cómo usar ciertas habilidades, se incluyen anexos como parte evaluativa para el psicoterapeuta que debe estar en constante reflexión y evaluación para ejercer su profesión y mejorar sus habilidades.

Desarrollar las habilidades del terapeuta en psicoterapia implica que finalmente se tenga la capacidad para identificar y comprender las diferentes perspectivas y escuelas de la psicología clínica sin casarse con alguna y sin menospreciar una más que la otra, implica saber que lo importante es brindarle al paciente a través del trabajo todos aquellos recursos con los cuales en pueda salir adelante siendo responsable y cociente.

Como bien lo menciona Gómez (sin año); la psicoterapia no se podría concebir sin el establecimiento de una relación entre paciente y terapeuta y es esta relación terapéutica el canal a través del cual transcurre la psicoterapia. Podemos concluir que la psicoterapia es un proceso en el cual no solo se llega a la posibilidad de un tratamiento; sino más bien es un espacio en donde los pacientes y psicoterapeutas entablan una relación cooperativa.

El aprendizaje de las habilidades terapéuticas implica un verdadero proceso en el cual el terapeuta debe aprender a observarse, evaluarse, desarrollarse, corregirse, reflexionarse, escucharse, mejorarse a sí mismo, con el fin de que sus intervenciones incrementen mejores resultados en terapia, esto significa que el fin es desarrollar ciertas habilidades que permitan abrir camino hasta lograr una efectiva intervención a través de la alianza terapéutica.

Para entablar una adecuada psicoterapia que logre entablar una adecuada alianza terapéutica, los psicoterapeutas deben ser auténticamente cálidos, empáticos, sinceros, atentos y no representar el papel de “experto absoluto”. Deben preocuparse por no parecer críticos o reprobadores y por mostrar una actitud segura y profesional, que contribuya a inspirar confianza y a contrarrestar la desesperanza que inicialmente puede tener el paciente. Parte del proceso de entablar una buena alianza terapéutica implica trabajar junto con el paciente para fijar objetivos terapéuticos, determinar prioridades y acordar un orden del día para cada sesión. Obtener sistemáticamente retroalimentación del paciente, establecer una buena relación cooperativa. El esfuerzo colaborativo entre terapeuta y paciente implica que se trata de un abordaje en equipo para la solución del problema. El terapeuta deberá promover la actitud de que “dos cabezas son que mejor que una”. Todos estos aspectos de desarrollo se ven englobados en lo que respecta a las habilidades no solo interpersonales o en el estilo personal del terapeuta, sí que también se ven englobadas en

las habilidades e incluso algunas otras también se mencionan en lo que es el código ético del psicólogo.

Ahora bien se mencionó que la alianza terapéutica puede medirse a través de ciertos indicadores que nos dirán si esta es fuerte o débil, estos indicadores se miden respecto a las habilidades mencionadas en cada capítulo.

El logro de los objetivos en una terapia está en función de múltiples variables entre las que se encuentran, por un lado, la elección de un enfoque terapéutico adecuado al caso, el correcto análisis de las variables causales y la elección de unas técnicas eficaces dada la situación y las características del sujeto, pero, por otro lado, también de las habilidades que el psicoterapeuta posea y despliegue independientemente del modelo bajo el cual decida trabajar. La terapia más eficaz, el análisis más certero y la técnica más poderosa pueden resultar inútiles si el psicoterapeuta no ha desarrollado un repertorio de actuación que en el contexto particular de la psicoterapia que le permita ser comprendido, motivar al paciente y solventar las dificultades que surjan a lo largo del proceso psicoterapéutico. La importancia de las habilidades terapéuticas que debe poseer un psicólogo radica en no solo identificarlas si no también adquirirlas dentro de la psicoterapia, para poder acceder a un apropiado conocimiento del paciente y así conducirnos hasta lograr la alianza terapéutica y poseer una eficaz psicoterapia.

BIBLIOGRAFÍA

- Altamir, C. (2009). La influencia de las diferencias culturales entre terapeuta y paciente en la alianza terapéutica. De familias y terapias. *Revista del Instituto Chileno de terapia familiar*, 01-10.
- Amoros, V. (1980). Acerca del psicólogo clínico. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. *Revista latinoamericana de psicología*, 12 (02), 363-369.
- Aparicio, S. (2009). Factores que influyen en la eficacia de las psicoterapias. *Revista reflexiones*, 6 (2), 1-6.
- Arribas, M. J. (2003). *Valoración de las actitudes del terapeuta por pacientes toxicómanos en régimen de internado. Programa de doctorado: pedagogía política, curricular y social*. Departamento de Ciencias de la Educación. Universidad de Burgos, España.
- Bados, L. A. (2008). *La intervención psicológica: características y modelos*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos psicológicos. Facultad de Psicología: Universidad de Barcelona.
- Bados, L. A. y García G. E. (2011). *Habilidades terapéuticas*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos psicológicos. Facultad de Psicología: Universidad de Barcelona.
- Ballesteros, V. B; González, J. D. y Peña, C. T. (2010). *Competencias disciplinares del Psicólogo en Colombia. Documento para la discusión Nacional*. Colombia: Asociación Colombiana de Facultades de Psicología ASCOFAPSI.
- Barranca, M. (2009). Habilidades clínicas en la terapia conductual tercera generación. *Revista Clínica y Salud Colegio Oficial de Psicólogos España*, 20 (2), 109-117.
- Bellido, M. y Berrueta, M. (2010). La relación Terapéutica en terapia ocupacional. *Revista electrónica de internet*, 8 (13), 1-11.
- Bernardi, R; Defey, D; Garbarino, A; Tutté, J. y Villalba, L. (2004). Guía clínica para la psicoterapia. Pautas de tratamiento. *Revista de psiquiatría del Uruguay*. 68 (02). 99-146.

Bleger, J. A. (1994). *La entrevista psicológica. Su empleo en el diagnóstico e investigación*. Tesis de licenciatura publicada. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Cañuelas, C. (2006). Consejería vs psicoterapia. Introducción para una dialéctica interesante. Publicación en línea.

<http://www.rcm.upr.edu/estudiantes/preguntame/files/docs/Consejer%C3%ADa%20vs%20Psicoterapia%20APCP%202012.pdf>

Castro, S. A. (2001). *¿Son eficaces las psicoterapias psicológicas?* Buenos Aires Argentina: Pirámide.

De Castro, R. A. y García Ch. B. (2011). *Psicología clínica. Fundamentos existenciales*. México: Editorial Universidad del Norte.

Colegio oficial de psicólogos. (2013). *Perfiles profesionales del psicólogo*. Psicología clínica y de la salud. 22-56.

Compas, B. E. (2003). *Introducción a la psicología clínica*. México: McGraw-Hill..

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, España. (2003). ¿Qué hace competente a un psicólogo? Revista Papeles del psicólogo, 24 (086). pp. 1-12.

Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Revista Anales de psicología*. Murcia, España: 19 (02), 205-221.

Cormier, W. H y Cormier, S. L. (2000). *Estrategia de entrevista para terapeutas. Habilidades terapéuticas*. Biblioteca de psicología. España: Desclée de Brouwer.

Cruz, F. (2009). Enfoque estratégico y formación de terapeutas. *Terapia psicológica. Versión on line*. 27 (1), 129-142.

Cullari, S. (2001). *Fundamentos de la psicología clínica*. México: Pearson Publications Company.

Díaz, M. I. y Núñez, P. R. (2010). *Psicología Clínica: ¿Qué es?, ¿Qué hace?, ¿Cómo lo hace? Y ¿para qué sirve?* Universidad Autónoma Metropolitana: Unidad Xochimilco tronco divisional. Modulo Historia y Sociedad.

Escuela de Psicología: Colegio de psicólogos de Chile. (2012). *Código de ética profesional*. Valparaíso Brasil, Chile.

Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos. (2003). Psicología clínica y psiquiatría. Papeles del psicólogo. *Revista del consejo general de Colegios oficiales de psicólogos*. España, Madrid, España. 24 (085), 1-10.

Fernández, L. A. y Rodríguez, V. B. (2004). *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Con ejercicios del profesor*. España: Desclée de Brouwer.

Fernández, L. A. y Rodríguez, V. B. (2004). *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*. España: Desclée de Brouwer.

Fernández, P. I; López, P. B. y Márquez, M. (2008). Empatía: medidas teorías y aplicaciones en revisión. *Revista Anales de Psicología*, 24 (02), 282-298.

Gabalda, I. C. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas. Modelos y técnicas principales*. España: Desclée de Brouwer.

García, H. y Fantin, M. (2010). Percepción de eficacia en la psicoterapia en Argentina. *Revista Puertorriqueña de psicología*, 21,155- 169.

Gavino, L. A. (2007). *Guía de ayuda al terapeuta cognitivo conductual*. México: Pirámide ediciones.

Geoff, L. (2009). Ética profesional y psicológica. Papeles del psicólogo. *Revista del consejo general de colegios oficiales de psicólogos de España*. 30 (03), 184-194.

Guijosa, S. (2003). *Habilidades de los estudiantes de octavo semestre de la carrera de psicología en la clínica*. Tesis para obtener el título de licenciado en psicología. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Haudiquet, L. (2005). *La formación de los futuros psicoterapeutas para más coherencia*. Centro de desarrollo humano Cuernavaca. 01-03.

Ibáñez, R. Vargas, F; Landa, D. y Olvera, M. (2011). Evaluación de un manual de entrenamiento en habilidades interpersonales para terapeutas. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 14 (4). 384-406.

- Jiménez, A. (2004). Terapeuta de terapeutas en formación. Universidad de Colombia Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana de psicología*, 13, 33-36.
- Kedall, P. y Norton, F. (1988). *Psicología clínica*. México: Il Mulino.
- López, P. y García, K. (2011). Mediación: Perspectivas desde la psicología jurídica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45 (1), 161-163.
- Macarena, S; Roman, M; Chenevard, L; Espinoza, G; Ibarra, C. y Müeller V. (2008). Variables específicas en psicoterapia. Terapia psicológica. *Revista de la Universidad Adolfo Ibáñez. Santiago Chile*. 26 (81), 89-98.
- Mahoney, M. J. & Freeman, A. (2003). *Cognición y Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Marinho, M; Caballo, V. y Silveira, C. (2003). El papel del análisis funcional del comportamiento. En el proceso de elección del tratamiento: Un estudio de caso. *Revista de psicología conductual*, 11 (2), 335-350.
- Moncada, H. y Kuhne, W. (2003). Importancia de la investigación en psicoterapia para los psicólogos clínicos. *Escuela de psicología en la Universidad de Santiago, Chile*, 1-106.
- Morga, R. (2012). *Teoría y técnica de la entrevista*. México: Red tercer milenio.
- Nahoum, C. (1958). *La entrevista psicológica*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Palacios, R. J. (2003). Sobre la profesión del psicólogo clínico: Consideraciones actuales y retos futuros. *Revista Asociación Española de documentación al Servicio de la salud mental*, 5 (2), 139-147.
- Phares, J. (1996). *Psicología clínica, conceptos métodos y práctica*. Santafé de Bogotá. México: El manual moderno.
- Pereira del Prette, Z. A. y del Prette, A. (2002). *Psicología de las habilidades sociales: terapia y educación*. Santafé de Bogotá. México: El Manual Moderno.
- Pérez, G. A. (1981). *Psicología clínica: Problemas fundamentales*. México: Trillas.
- Pérez, G. A. (2011). *Ser terapeuta: 30 años navegando en mundos ajenos*. México: El Manual Moderno.

Perpiña, C. (2012). *Manual de la entrevista psicológica. Saber escuchar, saber preguntar*. México: Psicología pirámide.

Piedrabuena, S. (2011). *Cualidades personales del terapeuta en opinión de los pacientes y en relación a la percepción de mejoría*. Facultad de Humanidades. Tesis de Belgrano para Doctorado en Psicología Clínica .Universidad de Belgrano. Buenos Aires, Argentina.

Pipes, R. y Danvenport, D. (2004). *Introducción a la psicoterapia. El saber clínico compartido*. España: Desclée de Brouwer.

Rivas, T. (2006). *Habilidades sociales y relaciones interpersonales*. Madrid: Fundación Gil Gayarre.

Rivera, J. y Revuelta, L. (1994). Objetivos en la formación de psicoterapeutas. *Revista Psiquis*, 15 (1), 1-3.

Roe, R. (2003). ¿Qué hace competente a un psicólogo? *Revista Latinoamericana de Psicología*, 86, (2), 22-33.

Rodríguez, C. y Salinas R. (2011). Entrenamiento en Habilidades Terapéuticas: Algunas consideraciones. *Revista de Enseñanza e Investigación en psicología*, 16 (2), 211-225.

Ruiz, A. y Jaramillo, C. (2010). Habilidades sociales en estudiantes de psicología de la Universidad Cooperativa de Colombia. *Revista pensando psicología*, 6 (11), 53-56.

Safran, D. J. y Murzan, C. (2005). *La alianza terapéutica: Una Guía para el tratamiento relacional*. España: Desclée de Brouwer.

Sahakian, W. S. (1982). *Historia de la Psicología*. México: Trillas.

Salgado, B. (1988). *Comunicación y psicoterapia*. Fundación universitaria Konrad Lorenz Bogotá, Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20 (003) ,1-13.

Salinas, R y Rodríguez C. (2011). Validez y Confiabilidad de un instrumento para evaluar estilos terapéuticos. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14 (03), 85-116.

Sánchez, E. P. (2008) *Psicología clínica*. México: Manual Moderno.

Santacreu, J. (2011). Protocolos de intervención clínica en psicología. *Master de salud de la UAM*. 1-31.

Sergi, C; Balunaña, N; Fernández, A; Saúl, L; Botella, L. y García, F. (2007). Estilo personal del terapeuta y teoría de la mente. *Revista Argentina de clínica psicológica*, XVIII, 125-133.

Severo, M; Moreno, J. y Des Champs, A. (2013). La formación y el estilo del terapeuta. *Revista: Perspectivas sistemáticas. La nueva comunicación*. 1-18.

Vargas, B. (2006). Psicología clínica: Consideraciones generales. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. 9 (2), 49-66.

Yáñez, G. (2005). Competencias profesionales del psicólogo clínico: Un análisis preliminar. *Terapia psicológica. Revista de la sociedad chilena de Psicología Clínica Santiago, Chile*, 23 (002), 85-93.

Zepeda, H. F. (2003). *Introducción a la psicología. Una revisión científico humanista*. México: Pearson Educación.

ANEXOS

Anexo 1. (Efectos de la autoimagen del psicoterapeuta sobre la interacción psicoterapéutica).

Posible área conflictiva, sentimientos y necesidades no resueltos.	Actitud sobre sí mismo.	Posibles conductas en la interacción psicoterapéutica.
Competencia. Incompetencia. Inadecuación.	1. Excesivamente positiva – temor al fracaso.	Estructura la respuesta para mantener la actitud y evitar los conflictos: 1. Eliminando el feedback negativo. 2. Dando feedback falso. 3. Evitando las dificultades.
Temor al fracaso. Temor al éxito.	2. Negativa; excesivamente autocrítico – temor al éxito.	Estructura la respuesta para mantener la auto-imagen negativa: 1. Evitando las interacciones positivas 2. Eliminando el feedback positivo. 3. Proporcionándose un feedback negativo. 4. Estableciendo objetivos y meta irreales. 5. Haciendo comentarios que le desprestigian o le disculpan
	3. No suficientemente masculina o no suficientemente femenina.	Estructura la respuesta para sentirse seguro/a como hombre o mujer: 1. Sobre-identificándose o rechazando a los pacientes muy masculinos o muy femeninos

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Seduciendo a los pacientes del sexo de su preferencia. 3. Exagerando o malinterpretando las reacciones positivas y negativas de los pacientes.
<p>Poder.</p> <p>Impotencia.</p> <p>Control.</p> <p>Pasividad</p> <p>Dependencia.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Omnipotente, temor a la pérdida del control 	<p>Estructura la respuesta para conseguir y mantener el control:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Persuadiendo a los pacientes para que hagan todo lo que quiera el psicoterapeuta 2. Transmitiendo sutilmente al paciente la idea de que el psicoterapeuta es bueno. 3. Dominado el contenido y dirección de la entrevista. 4. Enfadándose cuando el paciente se resiste o es reacio
<p>Independencia.</p> <p>Contra-dependencia.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Débil y sin recursos. Control temor al control 	<p>Estructura la respuesta para evitar controlar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mostrándose excesivamente silencioso o no participativo. 2. Permitiendo que el paciente determine excesivamente la dirección. 3. Solicitando permiso al paciente para hacer o decir algo. 4. No expresando su opinión; remitiéndose siempre a lo dicho por el paciente. 5. Evitando cualquier otro riesgo.

	3. Conversor del estilo de vida	<p>Estructura e consejo para cambiar las opiniones o estilo de vida del paciente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Favoreciendo la ideología. 2. Entrando en conflictos de poder. 3. Rechazando a los pacientes que son demasiado diferentes o que no responden. 4. Predicando
Intimidad Afecto	1. Necesidad de protección, afecto y aceptación, temor al rechazo.	<p>Estructura el consejo para ser aceptado:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Provocando en el paciente sentimientos positivos. 2. Evitando el uso de confrontaciones 3. Ignorando las señales negativas del paciente 4. Haciendo cosas para el paciente (favores).
Rechazo	2. Necesidad de distancia, temor a la cercanía, al afecto	<p>Estructura el consejo para mantener la distancia y evitar la intimidad emocional:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ignorando los sentimientos positivos del paciente. 2. Procediendo con excesiva frialdad o distancia. 3. Manteniendo un rol profesional de “experto”.

Anexo 2. (Cuestionario de Auto-valoración).

Compruebe los ítems que sean más descriptivos para usted

I. Evaluación de la competencia

- ___1. Un feedback constructivo negativo sobre mí mismo no me hace sentir incompetente o inseguro
- ___2. Tiendo a subvalorarme frecuentemente.
- ___3. Me siento seguro como terapeuta.
- ___4. A menudo me preocupa que no vaya a ser un terapeuta competente.
- ___5 Cuando estoy implicado en un conflicto no lo eludo para ignorarlo o evitarlo.
- ___6 Cuando recibo feedback positivo sobre mí mismo, con frecuencia sí creo que es falso.
- ___7 Formulo metas realistas que si están a mi alcance.
- ___8 Creo que un paciente hostil o enfrentado puede hacer que me sienta incomodo o incompetente.
- ___9. A menudo me descubro pidiendo disculpas por mi comportamiento.
- ___10. Estoy bastante seguro que puedo triunfar como terapeuta.
- ___11. Con frecuencia me preocupo porque “no lo consigo como psicoterapeuta”.
- ___12. Tengo tendencia a asustarme con los pacientes que me idealizan.
- ___13. Muchas veces formulo objetivos y metas que son difíciles de obtener,
- ___14. Tiendo a evitar, si es posible, el feedback negativo.
- ___15. No me cuesta tener éxito.

II. Evaluación del poder.

- ___1. Si soy honesto, creo que mis métodos terapéuticos son un poco superiores.
- ___2. A menudo intento que la gente haga lo que yo quiero. Puedo mostrarme defensivo o enfadado si mi paciente se opone a lo que yo quiero que haga o no ha seguido mi dirección durante la entrevista.
- ___3. Creo que existe o existirá u equilibrio en las entrevistas entre mi

participación y la del paciente.

- ___ 4. Me podría enfadar con un paciente que pone resistencia o es testarudo.
- ___ 5. Creo que podría estar tentado a transmitir algo de mi ideología al paciente.
- ___ 6. Como terapeuta, no creo que predicar pueda ser un problema para mí.
- ___ 7. Algunas veces me siento intranquilo cuando el paciente tiene una perspectiva del mundo diferente a la mía.
- ___ 8. Sé que a veces es importante derivar al paciente con otro terapeuta, aunque el estilo del terapeuta difiera del mío.
- ___ 9. A veces soy necio o intolerante con pacientes cuyos valores y estilo de vida son diferentes de los míos.
- ___ 10. Me resulta difícil no entrar en conflictos de poder con algunos pacientes.

III. Evaluación de la intimidad.

- ___ 1. Hay ocasiones en las que procedo con más frialdad de la que siento.
- ___ 2. Es duro para mí expresar sentimientos positivos a un paciente.
- ___ 3. Hay algunos paciente que preferiría tenerlos como amigos que como pacientes.
- ___ 4. Me sentiría deprimido si no le agradaría a un paciente.
- ___ 5. Si siento que algún paciente tiene sentimientos negativos contra mí, intento hablar de ellos en vez de evitarlos.
- ___ 6. Muchas veces salgo de la ruta en sesión con el propósito de no ofender a un paciente.
- ___ 7. Me siento más cómodo cuando mantengo una distancia profesional entre mi persona y el paciente.
- ___ 8. Ser cercano a la gente no es algo que me haga sentir incómodo.
- ___ 9. Me siento más cómodo cuando estoy un poco apartado.
- ___ 10. Soy más sensible a lo que los pacientes sienten por mí, especialmente cuando es negativo.
- ___ 11. Puedo aceptar con facilidad el feedback positivo de los pacientes.
- ___ 12. Me resulta difícil enfrentarme a un paciente.

Anexo 3. (Inventario Discriminativo de Carkhuff y Pierce) ejemplos de las respuestas verbales empáticas correspondiente a cada nivel del Inventario.

Paciente: He intentado llevarme bien con mi padre, pero no funciona. Él es demasiado duro conmigo.

Terapeuta: Estoy seguro de que con el tiempo lo lograrás (aseveración y negación).

ó

Deberías intentarlo con más ánimo para entender su punto de vista (consejo).

ó

¿Por qué no os entendéis? (pregunta).

El nivel 01 está constituido por preguntas, aseveraciones, negaciones o consejos.

Terapeuta en el nivel 02: Estas sufriendo un momento difícil tratando de llevarte bien con tu padre.

El nivel 02 es una respuesta sólo para el contenido o porción cognitiva del mensaje; se ignoran los sentimientos.

Terapeuta en el nivel 03: Te sientes demasiado porque tus esfuerzos para llevarte bien con tu padre no han tenido éxito.

El nivel 03 implica comprensión pero no dirección; es un reflejo del sentimiento y el significado basado en el mensaje explícito del paciente. En otras palabras, una respuesta del nivel 03 refleja el sentimiento y la situación. La respuesta, “Te sientes desanimado” es el reflejo del sentimiento y “porque no te entiendes” es el reflejo de la situación.

Terapeuta en el nivel 04: Te sientes desanimado porque te parece que no llegas a tu padre.

El nivel 04 implica comprensión y algo de dirección. Una respuesta del nivel 04 identifica los sentimientos y el déficit implícito por el paciente. En una respuesta del nivel 04 se personaliza el déficit del paciente con el propósito de que éste acepte su responsabilidad en el déficit, como en el “Tú no puedes llegar” de esta respuesta.

Terapeuta en el nivel 05: Te sientes demasiado porque te parece que no llegas a tu padre. Tú quieres que te dé una tregua. Una forma de empezar podría consistir en expresar tus sentimientos sobre este particular de tu padre.

Una respuesta del nivel 05 incluye todo lo del nivel 04 y además como un mínimo un paso activo que la persona puede adoptar para superar el déficit y obtener el objetivo. En este ejemplo el paso activo es “una forma de empezar podría consistir en expresar tus sentimientos sobre este particular a tu padre”.

Anexo 4. Inventario de conducta no verbal.

DIMENSION NO VERBAL / CONDUCTA OBSERVADA.	EJEMPLO DE INTERACCION PACIENTE /TERAPEUTA (CONTEXTO).	POSIBLE EFECTO O SIGNIFICADO.
<p>1.- KINESTÉSICAS</p> <p>OJOS</p> <p>-Contacto ocular directo.</p> <p>-Falta de contacto ocular sostenido.</p>	<p>El paciente acaba de manifestar un problema; el terapeuta responde; el paciente mantiene el contacto ocular.</p> <p>Cada vez que el terapeuta plantea el tema familiar, él mira hacia otro sitio.</p> <p>El paciente muestra contactos intermitentes mientras conversa con el terapeuta.</p> <p>El paciente menciona problemas sexuales, entonces mira bruscamente hacia otro lugar.</p> <p>Cuando el terapeuta inicia este tema, el paciente vuelve</p>	<p>Disponibilidad o deseo de comunicación o intercambio personal; atención.</p> <p>Retraimiento o evitación del intercambio personal; respeto deferencia.</p> <p>Respeto o deferencia.</p> <p>Retraimiento del tema de conversación; incomodidad o vergüenza; preocupación.</p>

<p>-Bajar la vista, mirar hacia el suelo o evitar la mirada.</p>	<p>a mirar hacia otro sitio.</p> <p>El paciente habla bastante sobre las posibles alternativas a su actual situación laboral; hace una pausa breve y mira al suelo; vuelve a hablar y a restablecer el contacto ocular.</p>	<p>Preocupación.</p>
<p>-Mirar fijamente a una persona u objeto.</p>	<p>El terapeuta acaba de pedir al paciente que piense en las posibles consecuencias de cierta decisión. El paciente se calla y mira fijamente a un cuadro de la pared.</p>	<p>Preocupación; posible rigidez o incomodidad.</p>
<p>-Movimiento o parpadeo rápido de ojos; cejas contraídas.</p>	<p>El paciente muestra interés por discutir un tema pero duda.</p> <p>Mientras el terapeuta lo intenta los ojos del paciente se mueven rápidamente alrededor del despacho.</p>	<p>Excitación o ansiedad; o usa lentes de contacto.</p>
<p>-Cerrar o surcar los párpados</p>	<p>El paciente acaba de pedir consejo al terapeuta. El terapeuta explica el rol y el</p>	<p>Pensamiento o perplejidad; evita a la persona o tema.</p>

	<p>paciente cierra y arruga los párpados.</p> <p>El terapeuta sugiere al paciente algunas posibilidades para explorar sus dificultades con algunos miembros familiares.</p> <p>El paciente no responde verbalmente; aparecen surcos en sus párpados.</p>	<p>Evita la persona o tema.</p>
-Humedad en los ojos.	<p>El paciente acaba de relatar el reciente fallecimiento de su padre. Aparecen lágrimas en los ojos del paciente.</p> <p>El paciente manifiesta haber mejorado la comunicación marital durante la semana anterior; sus ojos se humedecen.</p>	<p>Tristeza, frustración, áreas sensibles.</p> <p>Felicidad.</p>
-Movimiento de ojos.	<p>El terapeuta pide al paciente que recuerde los sucesos significativos de la semana; el paciente hace una pausa y mira hacia otro lugar, después responde otra vez mirando al terapeuta.</p>	<p>Procesamiento o recobro de material; interés, satisfacción.</p>

<p>-Dilatación de las pupilas.</p>	<p>El paciente manifiesta el repentino desinterés de su conyugue y las pupilas se dilatan.</p>	<p>Alarma, interés favorable.</p>
<p>BOCA</p> <p>-Sonrisa.</p>	<p>El terapeuta pide al paciente que le cuente los sucesos positivos de la semana. El paciente sonríe y después relata algunos de éstos.</p> <p>El paciente responde con una sonrisa al saludo verbal del terapeuta al iniciarse la entrevista.</p>	<p>Pensamiento, sentimiento o acción positiva en el contenido de la conversación.</p> <p>Saludo.</p>
<p>-Labios tensos. Sellados.</p>	<p>El paciente acaba de describir sus esfuerzos para acomodarse a unas condiciones vitales difíciles. Hace una pausa y tensa los labios.</p>	<p>Estrés o determinación; enfado u hostilidad.</p>
<p>-Muerde o le tiembla el labio inferior</p>	<p>El paciente empieza a contar su reciente violación. Mientras sigue hablando su labio inferior empieza a temblar, a veces se muerde el labio inferior.</p>	<p>Ansiedad o tristeza.</p>

<p>-Boca abierta sin hablar.</p>	<p>El paciente manifiesta la pérdida del apoyo parental tras el reciente divorcio. El paciente muerde su labio inferior después de decir esto.</p> <p>El terapeuta expresa sus sentimientos sobre el bloqueo en la relación. La boca del paciente se abra; el paciente manifiesta que no era consciente de ello.</p> <p>Ha sido una sesión larga. Mientras el terapeuta habla, la boca del paciente se abre lentamente.</p>	<p>Tristeza.</p> <p>Sorpresa, evita bostezar, fatiga.</p> <p>Evita bostezar, fatiga.</p>
<p>EXPRESIÓN FACIAL.</p>		
<p>-Contacto ocular con sonrisa.</p>	<p>El paciente habla con facilidad y suavidad, sonriendo de vez en cuando; mantiene el contacto ocular durante la mayor parte de la sesión.</p>	<p>Felicidad y comodidad.</p>
<p>-Ojos tensos y surcos en las cejas; la boca cerrada.</p>	<p>El paciente acaba de contar una situación tensa con un</p>	<p>Enfado; preocupación; tristeza.</p>

<p>-Ojos rígidos, boca rígida (inanimada).</p> <p>-El paciente se pone rojo, aparecen manchas rojas en su cuello.</p>	<p>niño, después el paciente cierra los labios y frunce el ceño.</p> <p>El paciente afirma que no tiene nada que decir, no aparece ninguna expresión evidente o muestras de alerta en la faz del paciente.</p> <p>El paciente ha empezado a tratar sus problemas sexuales</p>	<p>Preocupación; ansiedad; miedo.</p> <p>Ansiedad, incomodidad y vergüenza.</p>
<p>CABEZA.</p>		
<p>-Mueve la cabeza de arriba hacia abajo.</p>	<p>El paciente ha manifestado preocupación por su estado de salud; el terapeuta refleja los sentimientos del paciente. El paciente mueve la cabeza y dice “esto es”.</p> <p>El paciente mueve la cabeza durante la explicación del terapeuta.</p>	<p>Confirmación, acuerdo o escucha atenta.</p> <p>Escucha, atención.</p>
<p>-La cabeza y la mandíbula cuelgan hacia el pecho.</p>	<p>El terapeuta inicia el tema de la finalización. El paciente agacha su cabeza</p>	<p>Tristeza, preocupación.</p>

<p>HOMBROS</p>	<p>en dirección al pecho, entonces no dice que está preparado para dejar las sesiones de terapia.</p>	
<p>-Encoge los hombros.</p>	<p>El paciente dice que su conyugue se ha ido sin dar ninguna explicación. El paciente agacha su cabeza en dirección al pecho, entonces dice que no está preparado para dejar las sesiones de terapia.</p>	<p>Desconcierto o ambivalencia.</p>
<p>-Dirigidos hacia enfrente.</p>	<p>El paciente ha estado reclinado en el asiento. El terapeuta revela algo sobre sí mismo; el paciente se acerca y pregunta algo sobre la experiencia.</p>	<p>Interés, atención, apertura a la comunicación.</p>
<p>-Hombros encogidos, recogidos o en otra dirección que el terapeuta.</p>	<p>El paciente manifiesta sentimientos de incapacidad y fracaso a consecuencia de sus malas notas; se encoge en la silla después de decir esto. El paciente manifiesta dificultades para hablar.</p>	<p>Tristeza o ambivalencia; falta de receptividad al intercambio personal.</p>

	<p>Cuando el terapeuta inicia este tema, el paciente se encoge en su silla y dirige los hombros en otro sentido.</p>	Falta de receptividad al intercambio personal.
-Brazos cruzados frente al pecho.	El terapeuta ha iniciado la conversación. El paciente no responde verbalmente; se reclina en su asiento con los brazos cruzados frente al pecho.	Evita el intercambio personal; desagrado.
-Manos temblorosas.	El paciente expresa temor al suicidio; las manos tiemblan mientras habla de esto.	Ansiedad o enfado.
	El paciente manifiesta resentimiento con tono de voz elevado; las manos del paciente se agitan mientras habla.	Enfado.
-Puños agarrados a algún objeto o manos cerradas.	El paciente acaba de llegar a una entrevista inicial. Dice que se siente incómodo mientras sus manos se aferran una a la otra.	Ansiedad o enfado.
	El paciente expresa hostilidad por su jefe; aprieta los puños mientras	Enfado.

<p>-Brazos sueltos, gesticula con brazos y manos.</p>	<p>habla.</p> <p>El terapeuta formula una pregunta; el paciente responde gesticula durante la respuesta.</p> <p>El paciente inicia un nuevo tema. El paciente responde con buena disposición; los brazos se mantienen abiertos mientras tanto.</p>	<p>Acentúa o enfatiza un aspecto de la conversación, o apertura hacia el intercambio personal.</p> <p>Apertura hacia el intercambio personal.</p>
<p>-Pocos gestos, manos y brazos tensos.</p>	<p>El paciente llega para sesión inicial. Responde a las preguntas del terapeuta con respuestas breves. Los brazos se mantienen extendidos a ambos lados del cuerpo.</p> <p>El paciente ha sido derivado; se sienta con los brazos extendidos mientras explica las razones de su derivación y su enfado por estar aquí.</p>	<p>Tensión o enfado.</p> <p>Enfado.</p>

<p>PIERNAS Y PIES.</p>		
<p>-Las piernas y los pies parecen cómodos y relajados.</p>	<p>Las piernas del paciente están relajadas sin excesivos movimientos mientras el paciente se refiere a sus problemas personales,</p>	<p>Apertura al intercambio personal; relajación.</p>
<p>-Cruza y descruza las piernas repetidamente.</p>	<p>El paciente está hablando atropelladamente; cruza y descruza sus piernas continuamente mientras habla.</p>	<p>Ansiedad, depresión.</p>
<p>-Mueve un pie insistentemente.</p>	<p>El paciente mueve un pie durante el resumen prolongado del terapeuta; el paciente interrumpe al terapeuta para señalar algo.</p>	<p>Ansiedad, impaciencia (dese hacer una aclaración).</p>
<p>-Las piernas y los pies parecen tensos y controlados.</p>	<p>El paciente está abierto y relajado mientras habla del trabajo. Cuando el terapeuta menciona el tema del trabajo, las piernas del paciente se tensan.</p>	<p>Rigidez o ansiedad, cerrado al intercambio personal extensivo.</p>
<p>-De cara al terapeuta o en disposición frontal.</p>	<p>El paciente menciona uno de los problemas y mira</p>	<p>Abierto al intercambio y comunicación interpersonal.</p>

	directamente al terapeuta mientras habla; continua de cara al terapeuta mientras éste responde.	
-Gira el cuerpo en otra dirección a la del terapeuta, se acurruca en el asiento.	El paciente muestra dificultad para “entrar” en la entrevista. El terapeuta pide razones y el paciente cambia la orientación de su cuerpo.	Menor apertura para el intercambio personal.
-Balanceo en la silla, se revuelve en el asiento.	El paciente se muestra nervioso al enfocar una situación conflictiva. El paciente se balancea mientras trata el tema.	Problemas preocupaciones, ansiedad.
-Tenso, postura erecta y rígida en la punta de la silla.	El paciente muestra desconcierto sobre la dirección de la entrevista; postura erecta y tensa mientras tanto.	Tensión ansiedad y preocupación.
-Retuerce el pelo repetidamente, golpeo la mesa con los dedos.	El paciente responde con respuestas muy breves que no incluyen ninguna autorrevelación.	Se siente distraído, o aburrido o incomodo e indica alguna emoción no expresada.
La respiración es más lenta	El paciente empieza a	El paciente se siente más

y profunda.	acomodarse en el asiento y reata un suceso positivo ocurrido durante la semana.	cómodo y relajado; los cambios de respiración reflejan que la activación ha disminuido.
<p>2. PARALINGUISTICA.</p> <p>NIVEL Y TONO DE VOZ.</p> <p>-Susurra o casi no se le oye.</p> <p>-Cambio de tono.</p> <p>FLUIDEZ DE EXPRESIÓN.</p> <p>-Tartamudeos, dudas, errores.</p>	<p>El paciente ha estado en silencio durante mucho tiempo. El terapeuta prueba, el paciente responde pero con un tono de voz tan bajo que casi no se le oye.</p> <p>El paciente habla con un nivel de voz moderado mientras tarta el tema laboral, Empieza a hablar del jefe y su tono de voz se eleva consideradamente.</p> <p>El paciente habla con rapidez sobre la tensión que siente en determinadas situaciones sociales, el paciente tartamudea y</p>	<p>Dificultad para autorrevelarse.</p> <p>Los temas de conversación tienen diferentes significados emocionales.</p> <p>Sensibilidad sobre el tema de conversación; ansiedad e incomodidad.</p>

<p>-Gimotea o balbucea.</p> <p>-Ritmo lento, rápido o desigual en el discurso.</p> <p>-Silencio.</p>	<p>comete errores mientras lo hace.</p> <p>El paciente se queja de sus dificultades para adelgazar; la voz se eleva como para gemir.</p> <p>El paciente inicia la entrevista hablando lentamente sobre un mal fin de semana. Según avanza el tema sobre los sentimientos del paciente por sí mismo, este empieza a hablar más rápidamente.</p> <p>El paciente entra y el terapeuta le invita a hablar, el paciente se mantiene en silencio.</p> <p>El terapeuta pregunta algo al paciente. Este se calla y piensa en la respuesta.</p>	<p>Dependencia o énfasis emocional.</p> <p>Sensibilidad a los temas de conversación; los temas de conversación tienen diferentes significados emocionales.</p> <p>Reacio a hablar, preocupado.</p> <p>Preocupación, o deseo de continuar hablando después de la aclaración.</p>
<p>3.PROXEMIA.</p> <p>DISTANCIA.</p> <p>-Se aleja.</p>	<p>El terapeuta se enfrenta al</p>	<p>Señal de que el espacio ha</p>

<p>-Se acerca.</p> <p>POSICION EN EL DESPACHO.</p>	<p>paciente; este se hecha hacia atrás antes de responder verbalmente.</p> <p>A mitad de la sesión el paciente acerca la silla hacia el terapeuta.</p>	<p>sido invadido; aumenta la activación y la incomodidad.</p> <p>Busca una interacción más cercana o más íntima.</p>
<p>-Se sienta detrás o al lado de un objeto como la mesa o el escritorio.</p> <p>-Se sienta cerca del terapeuta sin que haya entre ellos ningún objeto.</p> <p>CONTACTO FISICO.</p>	<p>Un paciente nuevo entra y se sienta en una silla alejada al terapeuta.</p> <p>El paciente que ya conoce al terapeuta escoge la silla más cercana al terapeuta.</p>	<p>Pide protección o más espacio.</p> <p>Expresa un grado idóneo de comodidad.</p>
<p>-De la mano junto con una sonrisa y un saludo verbal.</p> <p>-Toca el brazo de paciente.</p>	<p>El paciente saluda al terapeuta y responde al apretón de manos.</p> <p>El terapeuta toca al paciente en el brazo mientras éste expresa preocupación sobre su hijo enfermo.</p>	<p>Deseo de iniciar la interacción de forma no verbal.</p> <p>Deseo de transmitir apoyo o confianza.</p>

<p>4.MEDIO</p> <p>-El despacho del terapeuta es pequeño, pintado de colores pasteles y hay luces suaves.</p>	<p>El paciente manifiesta que se siente aletargado. La falta de autorrevelación es evidente.</p>	<p>Se produce tan poca activación en el entorno de la terapia que el paciente se siente demasiado cómodo para empezar a trabajar</p>
<p>5.TIEMPO.</p> <p>-El paciente trata muchos temas inconexos durante la sesión.</p> <p>-Repetidamente el paciente demora las respuestas.</p>	<p>El terapeuta inicia la finalización de la terapia. El paciente afirma que tiene un gran problema sin comentar.</p> <p>Después de que el terapeuta ha comentado algo o formula una pregunta, al paciente espera un poco antes de responder verbalmente.</p>	<p>Ansiedad para iniciar un problema por temor a ocupar más tiempo del terapeuta.</p> <p>Duda en responder al terapeuta o desconfianza en la relación.</p>

Anexo 5. Los valores.

En esta actividad se presentaran descripciones de varios pacientes. Si usted realiza la actividad solo, le aconsejamos que se imagine atendiendo a cada uno de los pacientes. Trate de obtener una imagen real de usted y del paciente que tenga en mente. Si realiza esta actividad con alguna persona, usted puede asumir el rol de terapeuta y él de paciente según se describe en los ejemplos. Cuando se imagine o proceda como terapeuta, intente advertir sus sentimientos, actitudes, valores y conducta durante la visualización de este proceso. Después de cada ejemplo, pare y medite sobre las siguientes preguntas:

- 1.- ¿Qué actitudes y opiniones he tenido sobre el paciente?
- 2.- ¿Sus actitudes y opiniones eran reales sobre el paciente presente o estaban previamente infundidas?
- 3.- ¿Cómo se ha comportado el paciente?
- 4.- ¿Qué valores pueden extraerse de su conducta?
- 5.- ¿Podría usted trabajar eficientemente con ese paciente?

No hay respuestas correctas o incorrectas.

Paciente 01. Esta paciente es una mujer joven con problemas económicos. Ella es la única que se hace cargo de sus tres hijos pequeños. Trabaja como prostituta y traficante de droga. Reconoce que su situación económica le preocupa pero que no puede recibir más dinero para mantener a sus hijos de la beneficencia o de un trabajo sin requisitos académicos.

Paciente 02. El paciente es un señor de 60 años que se acerca a la jubilación. Ha trabajado la mayor parte como vendedor de muebles. Cuenta con el diploma de la escuela superior pero no ha estudiado desde que tenía 18 años. Ahora le gustaría obtener un título.

Paciente 03. Le han asignado un paciente acusado de violación y acoso sexual. El paciente, un hombre. Le dice que no se arrepiente del hecho porque la víctima, una mujer “se lo buscaba”.