



77,
2 ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**EL TERAPEUTA COMO PERSONA Y COMO
PROFESIONAL: CONSIDERACIONES ETICAS EN LA
PRACTICA DE LA PSICOTERAPIA**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A:
MARIA MAGDALENA GOMEZ**

MEXICO, D. F.

1985.



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.

INDICE GENERAL

	Pags.
Indice	1
Introducción	4
Capítulo I: Teorías Éticas	13
a) Posición hedonista	16
b) Posición Humanista	22
c) Posición Desarrollista (Teorías del desarrollo moral)	28
Capítulo II: El Terapeuta como persona y como profesional.	36
a) Características personales de un buen terapeuta.	44
Capítulo III: La relación terapéutica	56
a) Expectativas del paciente y del terapeuta.	61
b) Aspectos que se presentan en la relación terapéutica que pueden influir en la conducta antiética del psicoterapeuta.	65
Capítulo IV: Competencia, confidencialidad y Responsabilidad del terapeuta.	94
a) Conducta antiética e incompetente del terapeuta.	94
b) Responsabilidades éticas de los terapeutas.	111
c) Privacidad y confidencialidad en psicoterapia.	130
Capítulo V: Los códigos éticos y la ley.	145
Capítulo VI: Aspecto empírico de la investigación.	158
a) Planteamiento del problema	159
b) Método	161
c) Resultados	164
d) Interpretación de resultados	168

#2

	Pags.
e) Conclusiones	175
f) Sugerencias	179
Bibliografía	180
Anexos (cuestionario)	185

" Asegurar la felicidad propia es un deber - al menos indirecto - ; pues el que no está contento con su estado, el que se ve apremiado por muchos cuidados, sin tener satisfechas sus necesidades, pudiera fácilmente ser víctima de la "tentación de infringir sus deberes". Pero, aún sin referirnos aquí al deber, ya tienen los hombres todos por sí mismos una poderosísima e íntima inclinación hacia la felicidad, porque justamente en esta idea se reúnen en suma total todas las inclinaciones ".

Kant M.

I N T R O D U C C I O N

Son extensos los trabajos que sobre ética se han realizado, de ahí, que sea posible introducirse en el estudio de la misma y descubrir que desde el tiempo de Aristóteles hasta nuestros días existe un gran y merecido interés por el Hombre y su naturaleza.

La ética, según Aristóteles (citado por Fromm, 1982), está edificada sobre la ciencia del Hombre. La psicología investiga la naturaleza del Hombre; la ética por consiguiente, es psicología aplicada, siendo ésta aplicable a todos los campos de la actividad humana.

Es importante señalar que, si bien la ética se edifica sobre la ciencia del Hombre, y si ésta tiene como su objeto de estudio al mismo Hombre, a su naturaleza humana, la ética tiene como fin el estudio de una parte del mismo Hombre que son: sus valores y sus costumbres, (Fromm, 1982).

Al respecto, Sánchez (1973) nos da un concepto de ética, señalando que "la ética es la teoría o ciencia del comportamiento moral de los Hombres en sociedad. O sea, es ciencia de una forma específica de la conducta humana. De acuerdo con el tratamiento científico, la ética se ocupa de un objeto propio; el sector de la realidad humana que llamamos moral, constituido por un tipo peculiar de hechos o actos humanos, pudiendo concluir que la ética es la cien

cia de la moral, es decir, de una de las esferas de la conducta", (p. 15).

Ciertamente, moral procede del latín "mos" o "mores", "costumbres", en el sentido de conjunto de normas o reglas adquiridas por hábito. La moral tiene así, que ver con el comportamiento adquirido, o modo de ser conquistado por el Hombre. Etica proviene del griego "ethos", que significa análogamente "modo de ser" o "carácter" en cuanto forma de vida también adquirida por el Hombre. Así, "ethos" y "mos", hacen incapié en un modo de conducta que no corresponde a una disposición natural, sino que es adquirido o conquistado por hábito. Y justamente, esa no naturalidad, del modo de ser del Hombre es lo que, en la antigüedad, le da su dimensión moral. El comportamiento moral sólo lo es del Hombre en cuanto que sobre su propia naturaleza crea esta segunda naturaleza, de la que forma parte su actividad moral, Sánchez (1973).

Por otro lado, Ingenieros (1982), señala que la moralidad se renueva como la experiencia, pues en cada tiempo y lugar se coordinan diversamente las relaciones entre los Hombres. Cambiando así, mismo los criterios de obligación y sanción, regulando de esta manera la adaptación del Hombre a la sociedad; agrega que "una ética nueva no es una serie de normas originales, sino una nueva actitud frente a los problemas de la vida humana", (p. 90).

La vida en común exige de cada individuo, la aceptación de sus deberes y el respeto de sus derechos por toda la sociedad.

De tiempo en tiempo el contenido de la realidad social rompe los moldes formales de las instituciones. Al transformarse las relaciones entre los individuos y su sociedad, va acentuándose la ineficiencia de la moral precedente y se produce una decadencia. Ingenieros, sostiene al respecto, que "los hombres nunca descubrieron en el pasado antídotos eficaces contra los males presentes; las normas viejas no pueden regular las funciones de la vida nueva", (p. 93).

La psicoterapia en su forma actual es relativamente joven. El modelo sobre el que el psicoterapeuta funda sus actividades se deriva de varias otras profesiones y no puede ser comprendida sino en relación con artes más antiguas, -- Guggenbühl (1974), agrega además, que la psicoterapia está relacionada con la medicina y que "los modelos profesionales y éticos que guían al médico son en parte, también -- los del psicoterapeuta, y los flancos oscuros del analista están hasta cierto punto vinculados al carácter médico de su trabajo", (p. 25).

Los principios de la ética en el campo de la medicina, son principios especialmente aplicables a la psiquiatría -- provistos de una muy modesta adición a los estándares sugeridos para la profesión. Desafortunadamente, algunos tera-

peutas, desapruedian su aparición y desprecian sus nobles aspiraciones, esto tiene serias limitaciones en la aceptación de estos principios para tomar decisiones éticas en su práctica diaria, esto es entendible y decepcionante para aquellos que confunden códigos con conveniencias o para quienes esperan que se produzcan mágicamente psiquiatras moralmente escrupulosos, (Karazu, 1980).

A un lado de los méritos o fallas de un código ético - en sí mismo, Zitrin y Klein (1976) insisten en que el problema más apremiante no es el establecimiento de principios, sino su cumplimiento forzoso. El problema aquí, es que un documento puede siempre ser revisado para conocer mejor las necesidades de los psicoterapeutas, pero hay problemas más grandes en sí mismo, que la simple revisión de los procesos y procedimientos. Este problema incluye la naturaleza voluntaria de la investigación de las quejas o querrelas de los roles en conflicto, para lo cual se requiere de los comités profesionales.

En la actualidad, sin embargo, es excesivamente difícil saber en realidad qué ocurre en la relación terapéutica. - los psicoterapeutas como otros profesionales, son naturalmente renuentes a juzgar a sus colegas, y tampoco pueden sentirse moral o técnicamente preparados para hacer eso. - Por ejemplo; Sullivan (1977), reportó que más de 200 casos conocidos de conducta antiética reportados de psiquiatras -

en un período de 26 años, sólo ocho de ellos fueron más que requeridos.

Existe un número limitado de normas universales que gobiernan la conducta. En consecuencia, los problemas éticos que son considerados de gran importancia en un grupo, pueden no serlo en otros grupos; frecuentemente las soluciones éticas son también diferentes. Es generalmente aceptado -- que los estándares éticos de la conducta profesional requieren un alto nivel de adherencia a los estándares de cumplimiento que están fundados originalmente en la ley de la tierra. En general, los estándares éticos son consistentes y continuos con aquellos factores que determinan la ley y con la ley en sí misma. La aproximación científica no posee un peso o factor moral. La filosofía, en cambio, ejerce una mayor influencia en la ética, trata con lo deseable, con frecuencia con lo ideal. Consecuentemente, existe un componente moral tanto en la filosofía como en la religión (Bosse, 1984).

Las aproximaciones morales y no morales con frecuencia deben ser puestas en una balanza. En el logro de este balance existe un defecto, esto es, que la ciencia no es perfecta y que lo que se asume como científicamente correcto hoy, puede ser encontrado deficiente mañana, esto mismo sucede con las normas éticas.

Aunque los terapeutas pueden y podrían adherirse a las

mismas metas y estandares de la práctica como otros profesionales de la Salud Mental, el grado de intimidad y dependencia que se desarrolla entre el paciente y el psicoterapeuta es más grande que aquel que con frecuencia es encontrado en otras ramas de la medicina. Surgen problemas éticos especiales, muchos de tales problemas pueden ser evitados o minimizados si el terapeuta reconoce que una relación terapéutica muy intensa no puede de ningún modo satisfacer las necesidades de afecto e intimidad sexual del terapeuta ni de obtener poder y control. La práctica de la psicoterapia es una fuente importante de auto/estima, pero existen limitaciones, y el terapeuta debe buscar y mantener otras fuentes que le permitan conseguir satisfacción en la vida, reduciendo el dolor e incomodidad y manteniendo un balance de auto/estima y dependencia.

Nuestro propósito al realizar este estudio fué el de conocer el valor que para los estudiantes que están por salir de su preparación académica, tiene en el proceso psicoterapéutico la personalidad del terapeuta y el papel de éste en dicho proceso.

Existiendo dos posibles fuentes para obtener la información necesaria para nuestro estudio; una, a través del conocimiento de la información pertinente al área de psicoterapia, y la otra por medio del conocimiento de los valores y actitudes en relación a los aspectos éticos; preferimos

utilizar la primera fuente debido a las dificultades que implica el trabajar con aspectos tan controvertidos como los valores éticos y morales.

Este trabajo está formado por seis capítulos, cinco de los cuales forman el cuerpo teórico y uno de ellos que versa sobre el aspecto metodológico. En el primer capítulo, se habla de las teorías éticas predominantes; la primera de ellas es la sustentada por la filosofía utilitarista que está bien representada por la posición hedonista; la segunda orientación teórica, está representada por la teoría de la autorrealización o posición humanista; la tercera de ellas, está representada por la posición desarrollista de la moral.

El segundo capítulo, versa sobre la persona del terapeuta, visto éste no sólo como profesional, sino también como persona, contemplando las características tanto personales como profesionales que requiere el terapeuta para desempeñarse de una manera eficiente y ética en su trabajo.

En el tercer capítulo se vuelve a hablar del terapeuta como persona y profesional, pero en relación con el paciente, analizando las expectativas de ambos, así como algunos aspectos que se dan en la relación, tales como la transferencia, la contratransferencia, las relaciones sociales y sexuales entre terapeuta y paciente, y, cómo influyen sus necesidades personales no cubiertas y sus conflictos no re-

suelos en la relación terapéutica.

El cuarto capítulo trata de tres aspectos que son de suma importancia en la relación terapéutica, estos son: la competencia, la responsabilidad y la confidencialidad del terapeuta. Estos aspectos son analizados en función de la conducta ética y antiética del terapeuta.

En el quinto capítulo, se manejan algunos problemas legales que pueden surgir de la conducta antiética del terapeuta, así, como algunas razones del por qué de la existencia de los códigos éticos, además de las ventajas y limitaciones de éstos.

El sexto capítulo, se refiere al aspecto empírico de la investigación, en donde se contemplan la metodología, se presentan los resultados, el análisis de estos, las conclusiones y alternativas de aplicación del cuestionario sobre aspectos éticos en psicoterapia que fué aplicado a un grupo de estudiantes del último semestre del área clínica de la carrera de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México y de la Universidad Iberoamericana.

Los resultados indican la aceptación por parte de los estudiantes de los criterios postulados por los teóricos en los que se apoyó este trabajo.

TEORIAS ETICAS

CAPITULO I

" Existe una ley a saber, sobre la tendencia universal hacia la felicidad; la de procurar cada cual su propia felicidad, no por inclinación, sino por deber, y sólo entonces tiene su conducta un verdadero valor moral ".

Kant, M.

Una teoría es una manera sistemática de organizar un cuerpo de conocimientos dentro de una perspectiva significativa. Patrones de conducta y pensamiento son simplificados y estructurados para así, proveer guías de acción y dar sentido al complejo fenómeno.

Ya sea que operemos en un nivel implícito o explícito, todos los terapeutas tenemos una teoría ética. Muy raramente es una teoría concreta, específica, o claramente definida, no obstante, esto influye en la manera en la que el terapeuta característicamente actúa, en su sistema de creencias, metas, estrategias, y en los resultados de su trabajo con un paciente (Ajzen, 1983, citado por Van Hoose y Kottler, 1982).

La teoría ética y la filosófica han luchado con los problemas de la condición humana a través de la historia de la civilización. Cuestiones tales como las obligaciones éticas, la conciencia, libertad humana, y los procesos por los cuales uno debería actuar, han sido debatidos en las arenas del Senado Romano y el Congreso de los Estados Unidos.

En la actualidad, en varios puntos del mundo, los hombres se están matando unos a otros porque ellos creen estar moralmente justificados. Los problemas éticos no son simplemente ejercicios del intelecto académico, sino con mucha frecuencia una lucha de vida o muerte. Entender el trabajo

de nuestros predecesores nos dará un antecedente por medio del cual podamos construir un curso individual de acción moral que soporte la prueba del tiempo y nos guíe en nuestras vidas profesional y personal.

Tres aproximaciones hacia la ética han sido seleccionadas para ilustrar el amplio rango de opiniones que existen en el campo sobre las cuestiones más básicas, ¿qué es la ética?. Los tipos de teorías éticas fueron elegidas sobre la base de su relevancia presente para la práctica contemporánea de la psicoterapia.

La posición hedonista, sustentada por la filosofía utilitarista de John Stuart Mill, Jeremy Bentham, Henry Sidgwick y G. E. Moore, y el psicoanálisis instintual influencia de S. Freud, es quizá la aproximación mejor conocida sobre la ética. Uno no tiene que estar bien versado en definiciones filosóficas de absolutismo, intencionalidad, o utilidad para entender que los seres humanos son motivados por lo que sienten que es bueno.

La aplicación conductista de los principios del reforzamiento están de hecho basados en el uso juicioso de recompensas para dar al sujeto una gratificación inmediata. No obstante, el sentido común nos dice que la aproximación hedonista está muy lejos de llegar a tener implicaciones para el entendimiento de la conducta humana y tomar decisiones -

éticas.

La segunda orientación teórica presentada, la teoría de la autorrealización, está gozando de un incremento en su popularidad desde el renacimiento del movimiento humanista. Considerando al Hombre como innatamente bueno y creativo -- con la habilidad para tomar decisiones éticamente correctas, la autorrealización fomenta la maximización de la libertad humana, toma de decisiones, confianza y optimismo. Aristóteles, A. Maslow, E. Fromm y Rollo May serán mencionados en este contexto.

La tercera teoría presentada, la posición desarrollista de la moral, no es extraña para el campo de educación y la psicología. Piaget y Kohlberg, educadores y psicólogos de profesión, han tratado de crear un modelo de desarrollo para ver la conducta ética. Ellos han tenido éxito en la integración de la filosofía moral, el método de estudio de casos, e investigación psicológica dentro de etapas de desarrollo ético.

La naturaleza de cada teoría descrita, y, para cada una, las proposiciones y postulados, ejemplos específicos y aplicaciones para las profesiones del área de la Salud Mental serán identificadas. Esperamos que el lector sea capaz de internalizar los aspectos significativos dentro de su modelo conceptual y tener "insight" dentro de este campo.

LA POSICION HEDONISTA

La aproximación hedonista de la ética abarca las filosofías de un diverso rango de individuos. Este es el único sistema de moralidad que intenta deducir las creencias morales universales de unos pocos principios. Esencialmente, los utilitaristas, Sidgwick, Mill, Bentham y Moore, tanto como Freud en su teoría instintual, miran el valor de un acto en términos de su potencial para producir placer. La simpatía es vista como el sentimiento básico y universal que influye en la conducta ética del Hombre (Van Hoose y Kottler, 1982).

Jeremy Bentham (1748-1832), el primero de los utilitaristas, dirigió sus esfuerzos hacia el desarrollo de un método para la solución de problemas, para llegar a, o alcanzar decisiones éticamente correctas basadas en el dolor y el placer como los "dos maestros soberanos" que gobiernan la conducta del Hombre. Este es guiado por su búsqueda de placer y la evitación del dolor. Así, una acción es éticamente correcta si ésta trae placer e incorrecta si ésta trae dolor. Esta declaración básica ha sido trasladada dentro del "principio de utilidad", las bases de la ética hedonista. Cada acción humana puede ser aprobada o desaprobada de acuerdo con su utilidad en la promoción u oposición de felicidad. Este proceso para decidir, es un concepto usual en

el análisis de la conducta y toma de decisiones de uno acerca de cómo debería actuar (citado por Van Hoose y Kottler, 1982).

La filosofía ética de Bentham está también interesada primordialmente con la toma de decisiones del individuo. El sugiere que el valor ético relativo a la justicia e injusticia, bondad o maldad, puede ser evaluado en la persona de quien parece ser más afectado en sus intereses.

Otros criterios detallados son seleccionados en el modelo de Bentham de igual manera. Señala, que el valor medible de un placer o dolor es modificado por: su intensidad, su duración, su certidumbre o incertidumbre, su proximidad o lejanía, su fecundidad u oportunidad de ser reportado y su extensión o número de personas involucradas o afectadas. Por medio del uso de estas variables y su relación con el dolor y el placer, la suma de todos los valores pueden ser obtenidos. El balance, entonces, indica lo bueno o malo del acto.

La penetración de Bentham dentro de la naturaleza humana y la toma de decisiones éticas, está por demás ilustrada por su extensivo estudio de las variables específicas que influyen en el Hombre. Una delineación de los simples placeres y dolores a los cuales son susceptibles los humanos es particularmente instructivo en la presente discusión de la naturaleza humana. Cualquier buen conductis-

ta reconoce que los humanos son motivados a trabajar por - estimulación para sentir placer y evitar el dolor (citado por Van Hoose y Kottler, 1982).

John Stuart Mill (1806-1873), postuló una superioridad mental sobre los placeres corporales en términos de mayor permanencia y seguridad, y menor costo. La importancia de la conciencia, el rasgo que separa a los seres humanos de las demás especies, fué también incorporada dentro de la estructura del utilitarismo. En propias palabras de Mill; "es mejor ser un ser humano insatisfecho que un puerco satisfecho; mejor ser un Sócrates insatisfecho que un tonto satisfecho. Y si el tonto y el puerco, son de una opinión diferente, esto es porque ellos sólo conocen un lado de la cuestión. La otra parte de la comparación conoce ambos lados" (citado por Jones, 1969; p. 389).

Una crítica del utilitarismo al cual dirigióse Mill - fué, que entre la realización de un acto y el cálculo de su relativa utilidad, existe tiempo insuficiente para poder predecir sus consecuencias o analizar su potencial para producir placer o dolor. Así, el terapeuta que es curioso, que intente una intervención dada con un paciente, se podrá dar cuenta de que pocos segundos, en un período de silencio son insuficientes para tomar decisiones éticamente acertadas, (citado por Jones, 1969).

La contribución de Henry Sidgwick al utilitarismo fué

su intento para desarrollar un método racional para determinar lo que el ser humano individual debería hacer. Sidgwick concluyó que existen tres métodos: (1) el hedonismo egoísta; que postula que "si te sienta bien y te beneficia, hazlo"; (2) el hedonismo universal; que postula la benevolencia altruista, "has lo que es bueno para todos los que puedan ser afectados"; y (3) el intuicionismo; que apela a los axiomas morales auto evidentes sin preocuparse por las consecuencias. El utilitarismo es la forma final de este método.

Para Sidgwick, existen ciertas verdades morales absolutas, pero éstas son muy abstractas y es necesario hacerlas más explícitas. Por ejemplo, es absolutamente evidente en sí mismo que el terapeuta debiera tener en mente el mejor interés por el paciente para cualquier intervención que pudiera hacer. Ahora, cualquier terapeuta estará de acuerdo con esto - esta es una verdad absoluta para nuestro campo - pero cómo puede ser ésta interpretada?, ¿qué significa el término mejor interés? y ¿quién decide qué? (citado por Jones, 1969).

G. E. Moore (1873-1958), atacó muchos de los conceptos de los utilitaristas anteriores a él, tales como; Bentham, Mill y Sidgwick. La precisión de Moore al definir términos éticos básicos fué valiosa al aclarar su opinión acerca de muchas nociones abstractas. Por ejemplo; su ex

plicación sobre "justicia", específicamente describe las características y diferencias entre los actos buenos y los actos malos. Para Moore, los actos voluntarios son éticos y los involuntarios son antiéticos (citado por Van Hoose y Kottler, 1982).

Aunque Freud no es recordado precisamente por sus contribuciones a la filosofía ética, intentó sin embargo, integrar la filosofía con la medicina.

Aunque Freud vivió en una época de represión moral y de estándares rígidos, fué en este clima, en que a la par con la medicina y el netrenamiento científico, desarrolló su teoría psicoanalítica y sus dos subconceptos morales; - el "principio del placer" y el "superyo".

Así, como las teorías de otros hedonistas, la teoría instintual de Freud sostiene que cada acción puede ser probada de acuerdo al nivel relativo de placer que proporciona. Este principio de placer, decide el propósito de la vida y motivos de felicidad. La principal dificultad con la cual el Hombre debe luchar son sus impulsos instintivos. El Hombre puede evitar el sufrimiento y alcanzar el placer manteniendo sus impulsos instintivos reprimidos y logrando un mejor manejo de su líbido (citado por Van Hoose, 1982).

Freud (citado por Van Hoose, 1982) sostuvo que el superyo, el guardian de las prohibiciones morales, es la influencia moral sobre la conducta del Hombre. Jugando un -

papel social y parental, el superyo trae a la superficie, sentimientos de culpa y vergüenza como resultado de la lucha entre conflictos sobre problemas morales. Agrega además, que "somos amenazados con sufrimientos que surgen de tres direcciones: (1) de nuestro cuerpo, el cual es destinado a la decadencia y disolución acompañados estos del dolor y ansiedad como señales de aviso; (2) del mundo externo, que dirige contra nosotros su arrolladora y despiadada fuerza de destrucción; y (3) finalmente de nuestras relaciones con los demás Hombres". Así mismo, menciona algunos métodos por medio de los cuales el Hombre persigue el placer y evita el dolor, estos son: (a) cambiando instintos por mecanismos de defensa tales como la sublimación -- que evita la confrontación con la frustración; (b) escapar de la realidad, es un medio para evitar el sufrimiento. - Esto deprecia el valor de la vida, restringe las elecciones, coarta la libertad y distorciona la realidad; y (c) - el "arte de vivir" es el mecanismo más deseado para perseguir el placer. Esto es lo único que permite la independencia del individuo del universo y destino y no aleja y evita el mundo externo.

POSICION HUMANISTA

Los que proponen esta teoría, sostienen, que desde el punto de vista ético, el Hombre es una criatura buena por naturaleza y que posee la habilidad para desarrollarse de una manera natural como un ser moral.

Quizá sea Aristóteles el más representativo de la posición humanista clásica. Como los hedonista, Aristóteles (384-323 a.c.) tuvo la noción de que el bien absoluto del Hombre, es la felicidad. Sin embargo, los medios por los cuales el Hombre puede alcanzar el bien más alto, es por las virtudes naturales. Estas virtudes naturales han sido detalladas, de acuerdo con él, en el Hombre superior. Rasgos tales como coraje, amistad, y justicia son los que motivan al Hombre a actuar de manera ética (Aristóteles, 1982).

Maslow (1982), quizá más que cualquier otro teórico del siglo veinte, es responsable por el desarrollo de la ciencia humanista. El creyó, que la esencia del Hombre es instintiva e intrínsecamente ética. Sostiene, que existen principios morales comunes a todos los seres humanos que los conducen de una manera natural a tomar buenas y correctas decisiones. Agregando, que cualquier maldad o conducta antiética son debidas a los triunfos acumulados de la sociedad sobre los instintos del Hombre.

Maslow (citado por Goble, 1977) sostiene con firmeza que existe un sistema de valores, tan práctico en sí mismo,

que no se funda sólo en fé ciega. "Resulta positivamente - cierto que, a través de la historia, la humanidad ha buscado valores que la guíen, principios que establezcan qué es lo bueno y qué lo malo" (p. 108).

Para Maslow, "en lugar de relativismo ético cultural, estoy implicando que existen estandares humanos fundamentales y básicos que son transculturales, los cuales trascienden las culturas, y son ampliamente humanos" (citado por Goble, 1977; p. 109).

Sosteniendo que, "el hecho de carecer de un sistema de valores resulta psicopatológico; el ser humano precisa de éste y de una filosofía de la vida, o de una religión, del mismo modo que necesita de la luz solar, del calcio, y del amor, quien no tenga tal sistema, será impulsivo, nihilista, totalmente escéptico; en fin, llevará una vida sin sentido" (citado por Goble, 1977; p. 110).

Señala que los individuos que funcionan totalmente son seres éticos, quienes han desarrollado su potencial y alcanzado un estado de autorrealización, actúan como modelos de moralidad y éxito para toda la humanidad. Características muy específicas pueden ser atribuidas a estas personas. - Ningún ser humano ha alcanzado un estado de perfecta armonía, congruencia y funcionamiento. Ningún ser humano posee una perfecta cantidad de cada característica enlistada, pero, cada persona posee fuerzas y debilidades en su reperto-

rio de niveles de funcionamiento y esas características pueden ser auto evaluadas, monitoreadas, y usadas como metas - por cada persona para luchar por ellas (1982).

La naturaleza humana está impregnada de valor. Según la teoría de Maslow sobre la psicología del ser, los valores de las personas que se autorrealizan constituyen expresiones de necesidades superiores, más generales y comunes a la especie humana. Maslow, además creyó que los valores -- son intrínsecamente desarrollados y elegidos por la persona, y que la psicoterapia es una búsqueda de valores, un intento para desenraizar las profundidades, los más intrínsecos valores del paciente (citado por Frick, 1973). Además, objetiva con vehemencia la idea de que el estudio de la conducta humana debe ignorar cualquier concepto acerca del bien - y del mal; punto de vista éste que arranca directamente de la suposición conductista de que los valores no tienen base científica; así, opina que si los científicos de la conducta se abocan a la solución de los problemas humanos, el punto que se refiera a la conducta correcta o incorrecta resulta esencial, si no la esencia misma de la ciencia conductual (citado por Van Hoose, 1982).

Para Maslow (1982), Rogers (1972) y Van Hoose (1982); el ser humano ético autorrealizado es la suma de las siguientes características: empático, honesto, cálido, tolerante, con un alto nivel de inteligencia funcional, entu---

siasta, posee una gran habilidad para comunicarse, altos - estandares personales, busca agresivamente la verdad, psicológicamente independiente, posee sentido del humor, integración del "YO", percibe el mundo realistamente, vive sus experiencias de la vida intensamente, posee un alto nivel de energía, es espontaneo, autodirigido, responsable, internamente controlado, flexible y con mentalidad abierta, percibe un alto significado existencial de la vida, optimista, creativo, práctico, entiende el amor, libre de culpa, de preocupación, ansiedad y otras emociones negativas, comprometido con el desarrollo tanto personal como profesional, no manipulador y enfatiza el conocimiento experimental.

Erich Fromm, teórico neopsicoanalista, también ha contribuido a la ética humanista en su libro "Ética y Psicoanálisis" (1982). Fromm, basa la moralidad sobre la habilidad intrínseca del Hombre para razonar y postula que las fuentes de las normas para la conducta ética están fundadas en la naturaleza humana. El tiene fé en el poder del Hombre para discernir sobre lo bueno y lo malo, lo correcto y lo incorrecto.

Corriendo paralelamente con la escuela humanista está la aproximación existencialista de la moralidad. El existencialismo como una filosofía fué primero expuesta en Eu-

ropa por escritores tales como Nietzsche, Kierkegaard, Tillich y Sartre, aunque su prominencia ha alcanzado su cumbre en el pensamiento americano contemporáneo en Rollo May, --- Carl Rogers y Dugald Arbuckle, que son defensores ejemplo de la causa existencialista en lo que se relaciona con el consejo y la psicoterapia. Proponiendo que la experiencia es el centro o esencia del significado de la existencia, el Hombre es visto como un ser responsable, quien nace ansioso en un mundo desconocido. El luchar por la autenticidad de sus sentimientos, pensamientos y actuar sobre las elecciones disponibles para él, es una meta en la vida del Hombre.

Rollo May (1973), aplica la filosofía del existencialismo a la moralidad del terapeuta. El cree que la razón de todos los problemas de personalidad y disturbios emocionales están relacionados al problema moral fundamental.

Señala que cuando el terapeuta intenta coartar el proceso terapéutico por medio de imposición de sus propios estándares éticos sobre el paciente, la experiencia hará corto circuito, porque el paciente es robado de su inalienable derecho a desarrollar su propio sistema moral. Así, el paciente tiene la capacidad, si se le permite, para madurar su potencialidad, para tomar sus propias decisiones y elegir lo que es bueno o malo para él. Esta postura, como la de Maslow, implica que el principal papel del terapeuta es el de facilitar la libre expresión en sus pacientes, tan e-

videnciado por la espontaneidad, originalidad, genuinidad, autenticidad y libertad moral. Fundamentalmente, un sistema ético creativo, sería envuelto para regular la conducta de la persona.

La posición existencialista puede sonar muy familiar a la mayoría de los practicantes que conocen la teoría de Rogers. Es obvio que la posición humanista ha sido llevada a la acción para el consejo y la psicoterapia. Esta teoría de la ética puede ser entonces, realmente aplicada al estilo del terapeuta al intentar interactuar con el paciente -- tanto como para su propia toma de decisiones éticas.

Los teóricos de la autorrealización presentados en este análisis, están de acuerdo en que el Hombre tiene la capacidad para tomar decisiones éticas que son buenas y correctas.

TEORIAS DEL DESARROLLO MORAL

Representada por McCandless y Evans (1973), quienes -- sostienen que el desarrollo de la moral tiene dos facetas: la primera es la fenomenológica, que señala que "la moralidad es el desarrollo, formación, y expresión de las intenciones de la vida de una persona" (p. 266). La segunda faceta de la moralidad describe el cumplimiento de las normas sociales; "cada uno de nosotros debe asumir una obligación objetiva y responsable hacia su comunidad y el orden de las cosas en su sociedad" (p. 266). Este compromiso realista -- sugiere conformidad con las normas éticas basado en la validez y significancia de las normas. Esto incluye la responsabilidad del Hombre para cuestionar los valores éticos en lugar de seguirlos ciegamente.

Jean Piaget y L. Kohlberg, son los exponentes más representativos del punto de vista del desarrollo moral. Ellos creen que la moralidad no es una colección de virtudes tales como la honestidad, sinceridad, lealdad y generosidad, pero si una idea de justicia que madura como una función -- del desarrollo y experiencia. El niño se relaciona con el mundo a través de una moralidad primitiva.

Piaget (1932) citado por Van Moose (1982), psicólogo -- de influencia genética, empezó el estudio del desarrollo moral mediante la observación intensificada de niños. Por me

dio del estudio del juego, de los juegos, de la interacción de los niños y, por medio de la conducción sensitiva de entrevistas, Piaget fué capaz de diferenciar el pensamiento moral de los niños más chicos de los más grandes. El notificó que el sentido de justicia se va refinando cualitativamente como una función de la edad. Para Piaget (1979), los niños más chicos, que piensan "heteronomamente", tienden a obedecer las reglas impuestas por la voluntad exterior que es la de los seres respetados o los padres, mientras que -- los niños más grandes desarrollan personalmente códigos morales significativos.

Piaget especifica seis características del desarrollo moral que distingue a los niños más chicos de los más grandes: son la intencionalidad, el relativismo, la independencia, la aprobación, el uso del castigo, la reciprocidad y un punto de vista naturalista del infortunio. Señala, -- que las dimensiones aumentan con la edad y son constantes -- en todas las culturas. Piaget, ingeniosamente descubrió -- por medio de la observación del juego de los niños que jugaban el juego de las canicas, que éste es una de las pocas y más sencillas formas de interacción social en la cual la moralidad es creada y elaborada enteramente por los niños.

Aunque existen desacuerdos entre los exponentes de la teoría desarrollista de la moral, considerando por un lado el relativismo de Hartshorne y May (citados por Van Hoose,

1982) que sostienen que el Hombre puede ser o no ético de acuerdo con las circunstancias que se presenten, y por otro lado, la posición de Piaget (citado por Van Hoose, 1982) -- que estuvo más interesado en el razonamiento fundamental de los juicios morales que conducen al niño a elegir una particular forma de actuar. Ambos están de acuerdo en que cada uno de los aspectos de la moral es importante y no debería ser ignorada.

Por otro lado Lawrence Kohlberg (citado por Van Hoose, 1982), fuertemente influido por la teoría del desarrollo de Piaget, continua el refinamiento de la teoría moral agregando de sí mismo muchas innovaciones creativas. En contraste con la posición relativista de Hartshorne y May, la teoría ética de Kohlberg acentúa la naturaleza universal y absoluta de los juicios morales. La misma ética se aplica a toda la gente, en todas las situaciones. Señalando que todos -- los humanos incluyendo a los niños son filósofos morales. Agrega, que los padres y los adultos raramente escuchan la teoría ética del niño debido a que ellos están muy ocupados moldeando al niño para introducirle sus propios estándares éticos.

Para Kohlberg, el estar en conformidad con una costumbre, ley o código ético no significa necesariamente que una persona esté actuando de manera ética (citado por Van Hoose, 1982). " La conformidad en general no define la morali---

dad, ni cualquier contenido de acción particular o cualquier costumbre específica" (p. 337).

Así, Kohlberg, sostiene que el terapeuta que se siente seguro de que cualquiera que sea su proceder, éste no está prohibido por la ley o código profesional y cree estar jugando limpio, está olvidando que un sistema moral no puede ser desarrollado por un individuo, por su gobierno, amigos, organizaciones profesionales, madre o libros; éste es un problema personal que debe ser construido por sí mismo.

Tanto Kohlberg como Piaget, están de acuerdo en que el desarrollo moral, como el cognitivo, son una función de maduración en relación con la edad y la experiencia. Al igual que Maslow y los teóricos de la autorrealización, creen en la bondad innata del Hombre, señalando además, que si al niño se le permite desarrollarse de una manera natural, se convertirá en un ser humano ético (Van Hoose, 1982).

Dependiendo de la personalidad de una persona, su sistema de creencias y sus metas, ésta puede elegir una teoría dada para trabajar con un conflicto dado y abrazar un sistema simple como la panacea para todos los problemas. Así, como existen cientos de teorías terapéuticas, con revisiones limitadas para cada practicante, existen también muchos sistemas de valores, cada uno de los cuales implica una serie de estándares de la ética profesional.

Otro autor que puede ser introducido dentro de las --

teorías desarrollistas es Allport (1977) que sostiene que, "efectivamente podemos afirmar que, con la excepción de unas pocas personalidades psicopáticas, la conciencia moral es un desarrollo normal en todo ser humano. Es un indicador de que alguna actividad nuestra ha quebrantado o está quebrantando un importante aspecto de nuestra imagen del sí mismo " (p. 169).

Así mismo, al igual que Piaget está de acuerdo en el modelo desarrollista de la moral, sosteniendo que existen en la psicología de la conciencia moral dos problemas centrales. El primero se centra en el desarrollo, el segundo, en la estructura adulta. Considera que la conciencia en formación en el niño es una conciencia de obediencia, de obligación, mientras que la conciencia moral madura, la del adulto, es una conciencia de deber. Fromm (citado por Allport, 1977) llama a la primera "conciencia autoritaria" y a la segunda "conciencia humanista" (p. 169).

"Así, cuando nuestra conciencia está "tranquila", continuamos funcionando de nuestro modo natural, disfrutando de un sosegado equilibrio psíquico y moral", (Allport, 1977; p. 168).

Al respecto Erikson (1979), habla del aprendizaje moral como un aspecto de la infancia, de la experimentación ideológica como una parte de la adolescencia y de la consolidación ética como una tarea adulta. Señala que "si el niño

aprende a ser moral, con lo que primordialmente quiero decir, a internalizar las prohibiciones de aquellos que le son significativos, sus conflictos morales continúan en la adolescencia, pero quedan bajo la primacía del pensamiento ideológico, ... Esta orientación ideológica, al igual que la moral, es a su vez absorbida, pero nunca completamente reemplazada, por esa orientación ética que establece la diferencia entre adultez y adolescencia, queriendo decir con "ética" la aceptación de un sentido universal de valores con visión y previsión, con anticipación de responsabilidades inmediatas, una de las cuales es transmitir estos valores a la generación siguiente" (p. 134-135).

Esta historia de las teorías éticas ha sido consolidada y simplificada para proveer al terapeuta con datos e ideas con las cuales puede él trazar y moldear su propio sistema ético, todavía no descubierto.

En cuanto a la búsqueda de un estilo personal de ética, cualquier terapeuta opera desde un estilo ético personal, - ya sea que él o ella estén o no conscientes de ello. Quizá muchas decisiones son tomadas inconscientemente, dependiendo de la naturaleza de la situación y del conflicto, sin embargo, con frecuencia es referido a un modelo primitivo. - Uno puede aún decir que la regulación de todo comportamiento del terapeuta está basado enteramente en el sistema de creencias por lo que es correcto para el paciente. Mien---

tras que la esencia del sistema del terapeuta acerca de lo que es correcto, incorrecto, bueno o malo, eficiente o ineficiente, apropiado e inapropiado, está basado en su sistema ético filosófico, es crucial que este sistema de valores sea desarrollado hacia niveles óptimos.

La moral universal y absoluta creada por filósofos, jueces y políticos, no es necesariamente compatible con la moral personal (Van Noose, 1982). Seguir ciegamente los códigos éticos sin cuestionar su relevancia personal, es vivir continuamente sobre las expectativas de otros, de cómo debería uno conducirse. Esta obediencia ciega es responsable de algunas acciones de las más inmorales del mundo, tales como la guerra y atrocidades humanas en masa.

EL TERAPEUTA COMO PERSONA Y COMO PROFESIONAL

C A P I T U L O I I

" No podrá realizarse ninguna psicoterapia exitosa, a menos que el psiquiatra tenga pleno conocimiento de sus propios procesos interpersonales, de tal manera que los pueda emplear para beneficio del paciente - en el trato terapéutico interpersonal recíproco ".

Fromm-Riechmann F.

El terapeuta como todo ser humano tiene necesidades - tanto de tipo físicas como psíquicas que deberá satisfacer para poder desempeñarse de una manera eficiente en su trabajo, de lo contrario éstas interferirán en el mismo, no logrando así, los resultados esperados en su trabajo.

Son varios los autores que en las últimas décadas se han preocupado por la persona del terapeuta y han centrado su interés en el estudio de las necesidades que éste debe satisfacer si desea llevar a cabo su trabajo con profesionalismo, además, de no perjudicar a sus pacientes.

En este capítulo se tratarán de analizar estas necesidades, dada la importancia de las mismas en el fenómeno de la contratransferencia que puede aparecer como resultado de la insatisfacción física y emocional que pueda sufrir el terapeuta y que lo induzca a buscar su satisfacción en el proceso terapéutico, obstruyendo el buen curso y el logro de los objetivos trazados en el mismo.

Al respecto, Maslow (citado por Goble, 1977), señala que "el ser humano está motivado por cierto número de necesidades básicas que abarcan a todas las especies; es decir, urgencias aparentemente inmutables y, por su origen, genéticas o institivas" (p. 49). Señala, además, que en el hombre existen necesidades de índole psíquica más que puramente fisiológicas; constituyendo éstas la verdadera naturaleza interior de la especie humana, muchas veces distor-

cionadas e inclusive vencidas por el aprendizaje erróneo, - los hábitos y la tradición.

Maslow hace una jerarquización de dichas necesidades, estableciendo que las necesidades de índole fisiológicas -- son las fundamentales, ya que si éstas no son cubiertas en un mínimo, de tal manera que le permita a la persona buscar cubrir las emocionales, éstas últimas no aparecerán siquiera. Señalando que las necesidades humanas se interrelacionan, ya que cuando una necesidad es satisfecha, inmediatamente emergen otras de más alto rango y así sucesivamente -- van surgiendo las demás.

En la jerarquización, establece como base a las necesidades fisiológicas y entre ellas menciona al sexo, al hambre, la sed, el sueño, la necesidad de resguardo, etc. De ahí, que al ser satisfechas éstas, surgen las necesidades de amor, seguridad y pertenencia. Señalando que si éstas no están lo suficientemente satisfechas, aparecen en la persona insegura, una irrefrenable necesidad de orden y estabilidad. Claro que el individuo sano también busca lo ordenado y estable, pero tal cosa no alcanza aquí el nivel de vida o muerte que cobra en el neurótico, de lo que se deduce que una necesidad apremiante es causa de trastornos neuróticos, entre otros (citado por Goble, 1977).

Cuando estas necesidades quedan cubiertas surgen las de más alto rango que son las necesidades de saber y com---

prender y de lo estético, que quedan comprendidas en lo que él denominó, la necesidad de autorrealización, que emerge, por lo general, después de haber cubierto de modo razonable las necesidades de amor y seguridad.

Maslow, no es el único autor que se ha ocupado de este tópico, ya que al igual que él, tanto Rogers (1975) entre otros, han mencionado la necesidad de que el terapeuta o consejero esté libre de las presiones que se derivan de la insatisfacción de las necesidades personales.

De lo anterior puede resumirse que, de la insatisfacción de las necesidades básicas se generan síntomas psicopatológicos y que, en cambio, su consumación produce personalidades sanas, tanto desde el punto de vista psicológico como biológico.

La propensión de la especie humana a buscar su desarrollo y autorrealización ha sido observada desde siglos atrás; de ello nos informan "pensadores de índole tan diversa como Aristóteles, Bergson, y muchos otros filósofos; psiquiatras, psicoanalistas y psicólogos como: Goldstein, Rank, Horney, Fromm, May, Rogers que señalan dicha proclividad como una "necesidad del Hombre" (Goble, 1977; p. 64).

Entre los autores que sostienen la importancia de estudiar al terapeuta como persona y no sólo como profesional, encontramos a Corey, Schneider y Callanan; Fromm-Riechmann,

Greenson, entre otros. Al respecto Corey, et. al. (1984), señalan, que uno de los principales problemas en el área de la psicoterapia se relaciona con la importancia del terapeuta como persona en la relación psicoterapéutica, ya que desde el momento en que los terapeutas le piden a sus pacientes que se miren a sí mismos honestamente y tomen decisiones acerca de los cambios que desean, es importante que los mismos terapeutas mantengan sus vidas abiertas a la misma clase de escrutinio. Los terapeutas podrían repetidamente hacerse a sí mismos preguntas tales como las siguientes: -- ¿ qué me hace pensar que tengo derecho a aconsejar a alguien más ?, ¿ qué es lo que como persona tengo para ofrecer a los demás, a aquellos que están esforzándose por encontrar su camino ?, ¿ estoy haciendo en mi propia vida lo que pido a otros que hagan ?.

Agregan, que los terapeutas pueden adquirir un extenso conocimiento teórico y práctico y pueden lograr que tal conocimiento beneficie a sus pacientes. Pero a las sesiones terapéuticas se trae a sí mismo como persona; ellos traen sus cualidades humanas y las experiencias de vida que los han moldeado. Consideran además, que los profesionales pueden estar bien versados en la teoría psicológica y pueden adquirir destrezas sobre psicodiagnóstico y entrevistas, y aún así, ser ineficientes como terapeutas. Parece obvio --

que si los terapeutas están para promover el crecimiento y cambio en sus pacientes, ellos deben estar dispuestos a promover el crecimiento en sus propias vidas por medio de la exploración de sus propias elecciones y decisiones, luchando por ser conscientes de los obstáculos que no les permiten conocer su propio potencial para crecer. Esta buena voluntad para intentar vivir de acuerdo con lo que ellos enseñan y así, ser modelos positivos para sus pacientes es lo que hace a los terapeutas "personas terapéuticas".

Seguramente, los terapeutas tienen más que ofrecer a sus pacientes que a sí mismos como personas. Ellos poseen algún conocimiento de la dinámica de la conducta y habilidades para intervenir, que son herramientas invaluable para ayudar a otros. Sin embargo, creemos que tal conocimiento y destrezas son más efectivas en manos de terapeutas o consejeros que las aplican a sí mismos tan bien como a otros (Corey, et al., 1984).

Es difícil hablar acerca del terapeuta como persona -- sin considerar las cualidades personales que influyen en la clase de profesional que él o ella llegarán a ser. Los valores, creencias, atributos personales, experiencias vividas, y el estilo de vida del terapeuta están intrínsecamente relacionados a la manera en que funciona como profesional. Sin embargo, los terapeutas tienen su identidad pro--

fesional, y algunos problemas están relacionados específicamente a su profesionalismo como terapeutas. Aunque algunas de las cuestiones que discutimos son de especial interés para ser terapeuta, usted probablemente se encontrará luchando con la mayoría de estos problemas una y otra vez a través de su carrera profesional.

Aunque la mayoría de los teóricos están de acuerdo en la importancia que tienen el carácter y la personalidad del terapeuta en la relación con el paciente y en los resultados que se obtendrán de esta relación, existen puntos de vista opuestos. Carl Rogers por un lado y Albert Ellis por el otro.

El punto de vista sobre la importancia de ver al terapeuta como persona está bien representado por Rogers (1972), para quien las actitudes y sentimientos del terapeuta son más importantes que las técnicas y la orientación teórica. El menciona tres características del terapeuta que forman el corazón de una relación terapéutica positiva: (1) la congruencia o autenticidad, (2) un respeto incondicional hacia el paciente, y (3) un cierto entendimiento empático. Rogers sostiene que el comunicar estas actitudes al paciente le permite liberar las fuerzas de desarrollo inherentes y le capacita para dejar caer la fachada y empezar a explorar sus propias defensas. Si los terapeutas son capaces, tendrán éxito en la creación de un clima de aceptación y

cuidado, entonces los pacientes se moverán en esa dirección. Así, ellos experimentarán el sentimiento de ser personas mejor integradas y capaces de funcionar más eficientemente, - convirtiéndose en personas más abiertas a nuevas experiencias.

Sostiene, además, que la empatía es una forma de ser de un valor incalculable, Rogers (1972) da la más alta prioridad a la empatía, señalando que cuando la gente se encuentra lastimada, confusa, alienada, ansiosa, dudosa de su autodesarrollo e identidad, "la compañía gentil y sensible ofrecida por una persona empática provee iluminación y alivio. En tal situación un entendimiento profundo, creo, es el más precioso regalo que uno puede dar a otro" (pp. 161-162).

Para Rogers, entonces, la contribución más importante de un terapeuta para lograr un cambio positivo en sus pacientes son sus atributos personales y las relaciones que estos dan lugar con sus pacientes. Con esta perspectiva, - de quién es el terapeuta como persona es más importante que lo que ellos hacen y las técnicas que utilizan.

De acuerdo con Rogers está Fromm (1982), para quien la herramienta principal, el instrumento mental con el que el analista trabaja, es su propia "humanidad", agregando que - esto no quiere decir que la técnica no sea de utilidad, pero sí, que la técnica en sí misma no es suficiente para ob-

tener el logro deseado. Además, agrega que la técnica no puede desmembrarse de quien la practica, si del psicoanálisis se trata. Señalando además, que la incongruencia entre lo que se dice y lo que se hace en el campo del psicoanálisis es incompatible. La técnica, en el mejor de los casos, pasa a incorporarse al ser, a través del propio proceso de desarrollo humano del terapeuta. Aquí se explica también que una buena formación teórica no conduce necesariamente a buenos resultados terapéuticos en la práctica. Agregando que " en el psicoanálisis, lo más importante no es el conocimiento de la técnica, sino quién es el ser humano que la pone en práctica " (p. 72).

En el otro extremo del espectro Rogeriano, se encuentra Ellis (1973) citado por Corey (1984), sosteniendo con respecto al papel del terapeuta en la relación terapéutica, que "actualmente, la terapia eficaz, que conduce a un cambio de personalidad básico, puede ser dado sin la necesidad de una relación de cualquier tipo entre el paciente y el terapeuta. Esta, puede ser realizada por correspondencia, -- por medio de grabaciones u otros auxiliares audiovisuales, sin que el paciente tenga ningún contacto con el terapeuta, o conocer prácticamente nada acerca de la persona con quien se está tratando" (p. 140).

Ellis sostiene que los pacientes pueden lograr cambios positivos aún cuando ellos se sienten reprendidos y piensan

que sus terapeutas sienten desagrado por ellos. Ellos pueden seguir los ejercicios prescritos por sus terapeutas y mantener una relación displacentera con ellos y aún así, -- mostrar evidencia de un cambio conductual. Así, para Ellis, la calidez, afecto y estima personal son secundarios, una buena terapia puede ser dada sin ellos.

Más tarde, Ellis (1979) modificó su posición previa para establecer que "los mejores terapeutas son aquellos que brindan a sus pacientes una aceptación incondicional y escuchan cuidadosamente sus demandas, tratando de percibir aspectos de sus pacientes desde sus propios marcos de referencia" (p. 64); agregando que esta postura puede ayudar a que los pacientes se sientan mejor apoyados, estimulados y aceptados por su terapeuta. De acuerdo con Ellis, los pacientes son retados a cambiar por medio de un proceso de aprendizaje, que les permite examinar sus creencias irracionales que conducen a disturbios emocionales. El papel del terapeuta es enseñar a los pacientes a pensar científicamente y que sean capaces de aniquilar eficientemente las ideas autoderrrotistas. Así, las actitudes del terapeuta son importantes en la relación terapéutica, pero pueden no ser suficientes para producir un cambio conductual.

CARACTERISTICAS PERSONALES DE UN BUEN TERAPEUTA

Son varios los teóricos que describen a un terapeuta -

efectivo. Dana (1972) por un lado, expresa que el psicoterapeuta es un ser humano que llevó a cabo una capacitación especializada y que como profesional, el terapeuta actúa en formas muy diferentes por diversas razones, poniéndose de manifiesto estas diferencias cuando la técnica desplaza el sentido de humanidad y el terapeuta es impersonal y no se compromete, o, a la inversa, cuando el terapeuta es incapaz de diferenciar sus roles y no confiere a su actividad ni -- distancia ni un sentido de adecuación profesional.

Dentro de las características personales de un terapeuta efectivo encontramos las mencionadas por Wolberg (1977) que sostiene "que la capacidad en la práctica de la psicoterapia es desarrollada únicamente después de una exposición disciplinada a una gran variedad de experiencias de aprendizaje. A una instrucción didáctica integrada, a participación en conferencias clínicas, y supervisión de nuestro trabajo con pacientes, constituyen la esencia de la instrucción pedagógica del psicólogo" (p. 339).

Señala así mismo que el equipo del psicoterapeuta lo forman: (1) el equipo educativo; que debe cubrir temas como: técnicas de grupo y psicoterapia, desarrollo de la psicología dinámica, técnicas en psicoterapia, seminarios clínicos, entre otros; (2) el equipo personal; donde establece que el terapeuta debe reunir ciertas características personales que le permitan un buen ejercicio profesional. Ade

más, señala "que la variable más importante en la psicoterapia no es la técnica, sino los instrumentos humanos a través de los cuales la técnica es implementada, esto es, el psicoterapeuta" (p. 344).

Agrega al respecto que, la eficiencia y destreza con la cual el terapeuta emplea el conocimiento técnico son vitales. También son fundamentales, la presencia de ciertas características personales sin las cuales el terapeuta más bien entrenado no tendría éxito. Wolberg menciona cinco de ellas: (a) la sensibilidad, que es esencial para percibir lo que pasa en el proceso de tratamiento, atendiendo no solo el contenido de las comunicaciones del paciente, sino también el estado de ánimo, y el conocimiento de sus propios sentimientos y actitudes que surgen de su neurosis personal, para que estos no interfieran en el tratamiento; (b) la objetividad, ya que ésta tiende a neutralizar las emociones desfavorables del terapeuta, particularmente la sobreidentificación, la cual puede suprimir el proceso terapéutico, y la hostilidad, la cual puede destruirlo. La objetividad capacita al terapeuta para tolerar las actitudes, impulsos y otros actos que están en desacuerdo con las normas establecidas; (c) la flexibilidad, ya que la rigidez en el terapeuta es una fuerza destructiva en psicoterapia. Demasiado apasionamiento en relación a la santidad de cualquier sistema debe necesariamente reducir la efectividad terapéu-

tica. La flexibilidad, no es solo esencial en la ejecución de los procedimientos técnicos, sino también es esencial en otros aspectos de la terapia, tal como en el establecimiento de los estándares y la definición de los objetivos, es también necesaria para interpretar el sistema de valores de la cultura; (d) la empatía, quizá la más importante característica de un buen terapeuta. Esta capacidad habilita al terapeuta para apreciar la confusión que el paciente experimenta y las inevitables resistencias que el mismo manifiesta hacia el cambio. Esto presupone que el terapeuta no es imparcial, rasgo por demás destructivo para una apropiada relación con el paciente. La empatía no debe ser confundida con la simpatía o las tendencias sobreprotectoras hacia el paciente; y (e) una relativa ausencia de problemas emocionales serios, ya que está comprobado que ciertos rasgos en el terapeuta son perjudiciales para una buena psicoterapia, tales como: las tendencias a ser dominante, pomposo y autoritario, tendencias hacia la pasividad y sumisión, la necesidad de utilizar al paciente para la gratificación de impulsos reprimidos, imparcialidad y neutralidad, rasgos destructivos diversos, como: la necesidad de gustar o ser deseado, cualquier rasgo de carácter que interfiera con su capacidad para entender, hostilidad hacia el paciente, falta de fé en lo que se está haciendo, un pobre sentido del humor, incapacidad para aceptar críticas, baja integridad -

personal, poco respeto por la gente, fracasos en el reconocimiento de sus propias limitaciones, niveles bajos de energía y una pobre salud física, y (3) el equipo experiencial; ya que sin una extensa experiencia en el manejo terapéutico de una gran variedad de casos, ningún terapeuta puede ser considerado como una persona bien entrenada. "Estas cualidades presuponen una inteligencia y juicio superiores con la habilidad para utilizar nuestra inteligencia en problemas prácticos de la vida" (p. 344).

Al igual que Wolberg, Fromm (1982) y Greenson (1980), señalan que un buen clínico debe reunir, experiencia, intuición, sensibilidad y concentración, entre otros factores, que permiten al psicólogo y al analista realizar un buen trabajo. Lo importante dice Fromm, "es tener siempre, hasta el último día de nuestra vida un deseo ardiente, apasionado, de aprender más. Es una actitud humana que implica el interés activo de observar, de aprender mejor" (p. 69). Al igual que Greenson, coincide en que el terapeuta debe ser una persona cálida, empática y auténtica. Además, agrega Fromm, debe tener capacidad para poder animar al paciente, capacidad para gozar de la vida, de tener esperanza, alegría vital, ya que la alegría y la vitalidad son tan contagiosas como la desesperanza, el aburrimiento, la indiferencia y la ausencia de fé.

Bugental (citado por Dana, 1972), señala que el tera-

peuta ideal, "es aquel que se siente fascinado por los procesos psicológicos y es capaz de amar la realización del potencial humano" (p. 246), agregando que el terapeuta ideal es aquel que sabe cuando interferir, responder o callar, es un modelo de autenticidad, que sabe estar disponible y asumir la responsabilidad en el momento en que es necesario que lo haga. Participa, de su propio cambio y el crecimiento de su paciente.

Por otro lado Fromm-Riechman (1977 a), menciona que el psicoterapeuta además de ser empático con lo cual coincide con los autores anteriormente mencionados; considera que -- "el psicoanalista debe ser capaz de escuchar", sin reaccionar de acuerdo con los propios problemas y experiencias, -- que pueden ser recordados de un modo quizá perturbador. Otro requisito que menciona es, el que "el terapeuta debe tener suficientes fuentes de satisfacción y seguridad en su vida no profesional para rechazar la tentación de utilizar a sus pacientes para la consecución de su satisfacción o seguridad personal" (pp. 57-58).

Al hablar de "satisfacción" y "seguridad" como los objetivos que persigue el Hombre, sigue la definición de Sullivan; "la satisfacción, sice él, es el resultado de logros en el campo de lo relacionado con la organización física, ... la seguridad se refiere a la consecución de lo relativo a la dotación cultural de una persona, refiriéndose --

con la palabra "cultural" a todo lo que es hecho por el Hombre" (p. 59-60), otro requisito que menciona, es el auto-respeto que se debe tener el terapeuta, señalando que la aptitud para respetar a los demás depende del respeto a sí mismo.

Sullivan (1974) por su parte, señala que el experto en psiquiatría, "debe poseer la capacidad para comprender el campo de las relaciones interpersonales, y puesto que esta área de problemas es peculiarmente el campo de la observación participante, se espera del psiquiatra que manifieste una extraordinaria habilidad en las relaciones con su paciente. Debe buscar únicamente los datos que necesita para beneficiar al paciente, y esperar que éste le pague sus servicios" (p. 34).

Como vemos, existen acuerdos en cuanto a los requisitos personales y profesionales que debe reunir un terapeuta para el buen ejercicio de su profesión. Estamos de acuerdo con lo expuesto anteriormente, o sea, con las características propuestas por los autores anteriormente mencionados. Al respecto diremos que nuestra posición, es, que tanto las características personales como la conducta del terapeuta están vitalmente relacionadas al establecimiento de una buena relación terapéutica que estimulará a los pacientes a seguir adelante. Por esta razón, consideramos el atributo personal como el determinante más importante de una terapia

exitosa, en lo que estamos de acuerdo con Corey (1984). --

Por supuesto, esto no quiere decir que todo terapeuta deba poseer todas las características anteriormente mencionadas, ya que no sostenemos que ser un buen terapeuta es sinónimo de ser un modelo de perfección. Además, sostenemos que aquellos terapeutas que están dispuestos a mirarse a sí mismos continuamente y luchar por convertirse en seres humanos más eficientes, son quienes están en posición de hacer una diferencia positiva en la vida de sus pacientes.

La siguiente lista de rasgos y características personales mencionadas por Corey, et. al. (1984), son lo que consideramos que representan un ideal que todo terapeuta podría tener como objetivo.

Un terapeuta efectivo debe tener un sincero interés en el bienestar de los demás. La manera en la que él se relaciona con otros muestra su respeto, creencias, y cómo valora a otras personas. Quizá la mejor manera de mostrar que un terapeuta se interesa por los demás, es evitando utilizar a sus pacientes con el fin de cubrir o satisfacer sus propias necesidades.

Debe tener la habilidad para estar presente para los demás, lo que quiere decir, que el terapeuta debe tener la habilidad para estar presente de una manera emocional, o sea, buena voluntad para estar con ellos en sus experiencias de dolor y felicidad. Esta habilidad proviene del conocimiento de sus propias luchas y sentimientos. Esto no --

quiere decir que los terapeutas deban hablar con sus pacientes acerca de sus propias experiencias pero sí, que estén en contacto con sus propias emociones que capacitan a tal terapeuta para ser compasivo y empático con sus pacientes.

Un terapeuta efectivo reconoce su poder personal, no en el sentido de dominar y explotar a sus pacientes pero sí, en el sentido de estar en contacto con su propia fortaleza y vitalidad. El se siente confiado y activo y no tiene necesidad de devaluar a otros y sentirse superior a ellos. El reconoce que dos personas en una relación pueden ser ambos fuertes, no teniendo porque asumir un rol superior para sentirse competente. Siendo así, uno de sus objetivos el ayudar a los pacientes a lograr su propia autonomía y competencia.

Un terapeuta eficaz, se esfuerza por desarrollar su propio estilo, que sea la expresión de su propia personalidad. Ellos están abiertos al conocimiento que otros les puedan proporcionar y pueden tomar conceptos y técnicas de diferentes escuelas de psicoterapia, pero su estilo es finalmente propio.

Idealmente, el terapeuta ejemplifica en su propia vida lo que desea promover en sus pacientes. Así, ellos son capaces de tomar riesgos, de ser vulnerables en ocasiones, de creer en sus intuiciones siempre y cuando ellos estén inseguros de las consecuencias, y así poder identificarse con -

los sentimientos y esfuerzos de otras personas, y revelar lo que piensan y sienten acerca de sus pacientes cuando sea apropiado hacerlo.

Los terapeutas serán más efectivos, si ellos se sienten como personas triunfadoras. En otras palabras, ellos deben tener un fuerte sentido de auto valía que los capacite para relacionarse con otros.

Una de las mejores maneras de enseñar a otros, es por medio del ejemplo. Por tanto un terapeuta efectivo no le pide a sus pacientes que hagan cosas que ellos no están dispuestos a hacer por sí mismos. Si ellos valoran los riesgos que toman de una manera genuina, abierta, honesta, se auto examinan y todo lo demás, entonces ellos exhibirán en algún grado estas cualidades en sus propias vidas.

Un terapeuta eficaz sabe que puede cometer errores, -- trata de aprender de ellos sin agobiarse excesivamente con auto recriminaciones.

Por último, mencionaremos que el más eficaz de los terapeutas permanece abierto a la posibilidad de ampliar sus horizontes en lugar de decirse a sí mismo que han "llegado". Se cuestionan sobre la calidad de su propia existencia, sus valores y motivaciones. Justo como ellos motivan a sus pacientes para que sean más autónomos, ellos intentan vivir de acuerdo con sus valores y estandares más que por las expectativas de otros. Están comprometidos con una continua

busqueda de su auto conciencia, saben que una apreciación - de sus propias limitaciones, fuerzas, temores y debilidades, es esencial si están promoviendo esta clase de auto conocimiento en sus pacientes.

LA RELACION TERAPEUTICA

C A P I T U L O I I I

" En todo encuentro entre dos individuos en el que se produce una transacción, hay un intercambio en el que ambas partes entregan y obtienen algo, satisfaciéndose así las necesidades mutuas ".

Menninger K.

El mejoramiento de la salud del Hombre no es una preocupación reciente, como tampoco lo es el estudio de la naturaleza humana y de los móviles de la conducta, a este respecto, la psicología y sus aplicaciones en psicoterapia corren paralelas a la historia de todas las demás disciplinas.

El tratamiento de los trastornos psíquicos, técnicamente conocido como psicoterapia, no tiene una fecha precisa de aparición y su origen se remonta a la antigüedad en donde la organización social giraba en torno al clan y posteriormente a la tribu, en donde existía algún miembro cuyas funciones se centraban en la realización de actividades que hoy conocemos como magia o hechicería, asociados a ciertos conocimientos empíricos y muy rudimentarios de la medicina y que se encargaban de ayudar a los enfermos, además de realizar profesías, encantamientos para librar de "malas influencias" al grupo o algunos de sus integrantes.

Sí bien la historia de la psicoterapia es tan antigua como la historia médica registrada, en donde los métodos y técnicas cambiaron en todos sentidos, desde las técnicas -- persuasivas, hasta los rezos y caza de brujas, todo ello estaba destinado a librar a la persona enferma de la enfermedad mental.

Fué hasta la época del renacimiento alemán, y bajo la influencia de Paracelso, cuando se les otorgó a las perso--

nas mentalmente perturbadas el estatus de individuos enfermos. Sólo después de haberse efectuado este cambio en el concepto relativo a la enfermedad mental y al enfermo mental, esto es, después de que la "psicoterapia, como otras artes y ciencias, hubo pasado por dos de sus etapas evolutivas, la mística y la taxonómica" (p. 53), se pudieron plantar las primeras raíces de la psicoterapia racional (Fromm Riechmann, 1977b).

Los conceptos más antiguos de psicoterapia, difieren de los actuales, ya que los primeros consideraban que las funciones del terapeuta eran consideradas sólo en términos de la aplicación adecuada de sus habilidades y poderes psicoterapéuticos sin considerar a la psicoterapia como una interacción personal mutua entre médico y paciente.

Al contrario de la época antigua, los desarrollos recientes de la psicoterapia se caracterizan por la percepción de que el contacto entre el paciente y experto, deben ser de mutua colaboración. Se ha convertido en parte importante de la investigación en psicoterapia no sólo la personalidad del paciente, sino también la del terapeuta, considerando que el examen de las formas de interacción entre éstos es una parte importante del proceso psicoterapéutico, (Fromm-Riechmann, 1977b).

En la etapa actual de la psicoterapia, se puede afir--

mar que, comenzando con Freud, todas las escuelas de psicoterapia conceden gran atención a la utilización terapéutica de la relación médico y paciente.

El psicólogo tiene entre sus varias funciones, la del psicodiagnóstico, prevención, tratamiento e investigación - por mencionar algunas de las principales. En cuanto al tratamiento, éste realiza su trabajo con ciertas técnicas que en su conjunto pueden denominarse con el nombre de psicoterapia.

Existen muchas definiciones acerca de la psicoterapia, sin embargo, no es posible mencionarlas todas, de tal manera que mencionaremos la que propone Wolberg (1977) por considerarla bastante completa, sosteniendo éste que "la psicoterapia es una forma de tratamiento para problemas de naturaleza emocional, en el que una persona entrenada, deliberadamente establece una relación profesional, con un paciente, con el objeto de eliminar, modificar o retardar síntomas -- existentes, de modificar patrones alterados de conducta, de promover un crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad" (p. 337).

Otros teóricos como Fromm (1982), sostiene que la relación terapéutica es una relación productiva entre analista y paciente. Agrega Fromm que la relación, es un acto en el que el terapeuta se compromete plenamente con el paciente,

en donde debe estar plenamente abierto y ser capaz de responderle.

Para Guggenbühl (1974), la relación envuelve algo creativo, al "valerme de la palabra creativo, quiero decir que: la psiqué humana está siempre llena de nuevas posibilidades" (p. 44).

Mientras para Ramírez (1983), el objetivo de la psicoterapia es mostrarle al paciente los recursos que moviliza frente a sus funciones, sus relaciones de objeto y sus ideales, como también lo es mostrarle la calidad antieconómica y patológica que deriva del uso único e inmoderado de un determinado mecanismo; para Sullivan (1974), "el propósito de la entrevista psiquiátrica es dilucidar las normas características de la vida, algunas de las cuales crean dificultades para el paciente" (p. 36). Señalando, además, que el entrevistador tiene que estar seguro de que la otra persona sale beneficiada de algún modo, o sea, que la persona logre en cierta medida, claridad sobre sí misma, de tal manera -- que mejore su estilo de vida y sea capaz de establecer relaciones estables y duraderas. Agrega, que la entrevista está destinada principalmente a descubrir las dificultades oscuras del vivir, que el paciente no entiende claramente.

Por su parte Alexander (1975), sostiene, que "con toda probabilidad, el número y la variedad de técnicas psicoterá

péuticas continuarán multiplicándose. Sin embargo, nuestro objetivo, es siempre el mismo: incrementar la capacidad - del paciente para encontrar gratificaciones a sus necesidades subjetivas, en formas aceptables tanto para él mismo como para el mundo en el cual vive, y permitirle así, un libre desarrollo de sus capacidades" (p. 44).

Rogers (1975), sostiene que "toda orientación terapéutica ayuda a los seres humanos, los hace sentir más cómodos consigo mismos, su conducta cambia, a menudo en dirección a una mejor adaptación. Sus personalidades parecen diferentes, tanto para ellos mismos como para quienes los conocen" (p. 123).

Sea como sea, el misterio de la relación sólo puede, - por lo mismo, describirse vagamente; no puede asirse con claridad desde el intelecto. Significa, como ya se ha indicado, ver a otro ser como realmente es, o al menos reconocer parcialmente la otra persona que el otro es. Según Guggenbühl (1974), "significa experimentar placer o desagrado ante la persona a la que se ve realmente, disfrutar estando con ella o haciendo algo con ella, volverse a ella con interés, intercambiar emociones, sentimientos y pensamientos" - (p. 44).

Al respecto, Fromm-Riechmann (1980) señala, que independientemente del enfoque psicoterapéutico que emplee el - terapeuta, los objetivos que debe perseguir son los mismos

y éstos deben ser; librar al paciente de la ansiedad excesiva y temores para que así, el paciente pueda utilizar sus tendencias innatas hacia el desarrollo y la maduración personal. Estar libre también para una expresión creadora de su personalidad y la búsqueda de su autorrealización capacitándolo, además, para poder dar y recibir amor, cariño, estableciendo relaciones interpersonales estables, íntimas y durables tanto afectiva como físicamente.

En el proceso terapéutico tanto el paciente como el terapeuta participan, y cada vez más se reconoce que la terapia no es algo que le sucede a una persona bajo un ojo que la observa y con ayuda ocasional de una persona, sino que se trata de una relación bipartita. Al respecto, tanto Sullivan, Fromm-Reichmann, y otros (citados por Menninger, -- 1960) han señalado que " nos preocupamos tanto por describir las reacciones del paciente, y en especial el carácter predeterminado de sus reacciones, que olvidamos que también el psicoanalista es una persona, que también él reacciona, aunque su reacción ostensible predominante sea escuchar en silencio" (p. 123).

EXPECTATIVAS DEL PACIENTE Y DEL TERAPEUTA EN LA RELACION TERAPÉUTICA.

La psicoterapia como cualquier otro encuentro humano, tiene un comienzo difuso. El paciente no se encuentra re-

pentinamente en presencia de un terapeuta. Ha reflexionado acerca de sus problemas y su relativa incapacidad para resolverlos. Ha conversado con sus amigos, familiares o un sacerdote. Quizá fué derivado por su médico familiar. Desde ese momento comienza a ensayar lo que le dirá al terapeuta. Cualquiera que sean sus impulsos, por lo general piensa muy bien lo que dirá. Implícita en este proceso se encuentra la impresión que inconscientemente pretende dar, -- (Dana, 1972).

Sullivan (1974) por su parte, establece que "por definición cultural, la gente espera de él que sea un proveedor de información exacta y destreza y que no tenga relación alguna con el mundo comercial-industrial, más que la que supone percibir el pago de los servicios que presta" (p. 34).

Para Aramoni (1983), una persona que busca ayuda psicológica trata de conocer lo que le sucede, cómo y por qué, por una parte, por la otra pretende cambiar algo y sustituirlo para mejorar, transformar una manera de vivir, de actuar. Quiere decir esto que alguien busca ayuda porque puede sufrir de síntomas o bien de incapacidad vital global. Agrega que, "desde luego que el hombre que busca ayuda es el mismo de siempre, que pretende cambiar, pero sólo lo pretende; lo que no se convierte en garantía de que lo hará, -- tampoco de que no lo hará, por supuesto que no implica que

lo hará de modo simple y sencillo, tampoco que lo complicará a priori de modo insoluble" (p. 190).

Cualquiera que sean sus fantasías y su apariencia, sostiene Pearls (1975), a medida que se acerca, el paciente -- viene en busca de tratamiento porque siente que está en una crisis existencial, es decir, siente que las necesidades -- psicológicas con las que se ha identificado y que son tan vitales para él como su aliento, no están siendo atendidas en su modo actual de vida. Agrega, que cualquiera que sean las necesidades existenciales, el hecho de acudir a terapia es la admisión del paciente de que no están siendo satisfechas. Consulta al terapeuta porque espera encontrar en éste el apoyo ambiental que suplementará a sus propios medios inadecuados de apoyo.

O como lo expone Rogers (1975), " las expectativas con que el paciente va a la consulta influyen muy profundamente en la manera como percibe al consejero y a la entrevista" -- (p. 70). Estas expectativas pueden ser muy diversas ya que el cliente puede esperar que el consejero sea una figura paterna que lo saque de las dificultades y que asuma la dirección de su vida. Puede esperar que el terapeuta sea un cirujano psíquico que lo sumerja hasta la raíz de sus dificultades causándole un gran sufrimiento y reconstruyéndolo contra su voluntad.

Sea lo que fuere, no puede conseguir por sí mismo lo que necesita y aparentemente tampoco lo puede obtener de su ambiente. De ser así, no habría recurrido al terapeuta.. - Pero ciertamente ha tratado de lograr el apoyo que necesita y ciertamente ha tenido un éxito parcial. Pearls (1975) agrega que "de haber fallado por completo estaría demente o muerto. Sin embargo, en la medida que ha fracasado, viene hasta nosotros frustrado y sin haber logrado una satisfacción total" (p. 54).

Este sentimiento, ambivalente, temeroso, es probablemente la actitud más característica de todos los pacientes, ya sea que tengan o no algún conocimiento acerca de la terapia. "Es evidente que los clientes llegan con expectativas ampliamente variables, muchas de las cuales no concordarán con la experiencia que enfrentan. Sin embargo, la expectativa dominará su percepción en una medida considerable" (Rogers, 1975, p. 71).

Según Guggenbühl (1974) cuando se entrevistan por primera vez, ambos tienen algunas intenciones conscientes: el analizado desea ser liberado de su sufrimiento, de síntomas neuróticos. Estos suelen buscar ayuda cuando ven su vida entorpecida por dificultades generales, eso es al menos lo aparente en la superficie psíquica. Pero las expectativas más profundas son a menudo muy diferentes. Inconscientemen

te, por lo menos en parte, el analizado espera encontrar un redentor que lo libere de todos sus problemas y que incluso despierte en él capacidades sobrehumanas. Por otro lado, - el terapeuta, del mismo modo, trae consigo antecedentes de haber visto pacientes. Trae expectativas de poder ayudar a la persona, de desafío intelectual, de éxitos y fracasos -- con ciertos tipos de pacientes y remuneración económica por sus esfuerzos. Trae consigo un código moral, un sistema de valores, una capacitación formal, una experiencia clínica - controlada e independiente y sentimientos respecto de sí -- mismo y de su idoneidad profesional (Dana, 1972).

ASPECTOS QUE SE PRESENTAN EN LA RELACION TERAPEUTICA
QUE PUEDEN INFLUIR EN LA CONDUCTA ANTIETICA DEL PSI-
COTERAPEUTA.

Dado que el terapeuta pide a sus pacientes que exami-- nen su conducta y sus vidas con el propósito de entenderse a sí mismos de una manera más completa, es necesario que ellos estén igualmente comprometidos a concientizarse sobre sus propias vidas. Además, sin un alto nivel de autocons-- ciencia, el terapeuta obstruirá el progreso de sus pacien-- tes. El centro de la terapia se desviará de la satisfac-- ción de las necesidades del paciente a la satisfacción de - las necesidades del terapeuta. Consecuentemente, los tera-

peutas deberán estar conscientes de sus propias necesidades, áreas no resueltas, conflictos personales, defensas, y vulnerabilidades, y, cómo éstas pueden interferir en su trabajo con los pacientes. En esta sección consideramos algunas áreas específicas que los terapeutas deberían examinar.

En cuanto a los beneficios personales, surge una cuestión crítica que un terapeuta debe preguntarse, y es, ¿qué es lo que personalmente obtengo al dar psicoterapia?. Existen muchas respuestas a esta pregunta. Muchos terapeutas experimentan excitación y un profundo sentido de satisfacción al estar con personas que están luchando por lograr un autoentendimiento, quienes reconocen que sus vidas no son lo que ellos quisieran que fuera, y quienes están dispuestos a experimentar dolor a medida que buscan una mejor vida para sí mismos. Algunos terapeutas disfrutan el sentimiento de ser instrumentos en los cambios de otros. Otros aprecian la profundidad y honestidad de la relación terapéutica. Otros terapeutas valoran la oportunidad de cuestionar sus propias vidas tanto como su trabajo con sus pacientes. Los encuentros terapéuticos pueden de muchas maneras servir como espejo en el cual el terapeuta puede ver su propia vida reflejada. Como resultado, la terapia puede convertirse en un catalizador para el cambio en el terapeuta tanto como en el paciente (Corey, 1984).

El terapeuta tiene necesidades que satisfacer y aunque no es indispensable que estén completamente cubiertas, si es importante que lo estén lo suficiente, de tal manera que no interfieran en su trabajo profesional.

Es racional esperar que el terapeuta obtenga ciertas satisfacciones de su trabajo con sus pacientes. Estas satisfacciones oscilan entre aquellas que le proporciona el saber que el paciente ha mejorado o ha alcanzado los objetivos deseados en el tratamiento, como el de obtener ingresos económicos que le permitirán vivir cómodamente.

Aunque el terapeuta se beneficia en este caso de la -- relación terapéutica, sucede lo mismo en el caso del paciente, derivandose de esto, hasta cierto punto, una situación de dependencia mutua en la que ambas partes obtienen un beneficio racional, la una de la otra (Singer, 1979).

Sostiene Singer (1979), que el terapeuta debe sentirse en libertad de trabajar con un tipo particular de paciente y la libertad para negarse a ver a otros, además, sentirse igualmente libre para expresar sus deseos de obtener ingresos y condiciones de trabajo satisfactorios, admitir su deseo de un tiempo de descanso y vacaciones. Estas son necesidades y deseos racionales, y negarlos significa rehusar -- conocerse a sí mismo. Esto, lo único que lograría sería revelar las tendencias irracionales y explotadoras del tera--

peuta.

Los terapeutas son seres humanos que no escapan a la influencia cultural, de ahí, que sea razonable esperar encontrar en ellos características psicopatológicas ampliamente extendidas como la tendencia a la competencia, a la explotación, y a la angustia frente a la libertad y responsabilidad, aunque se espera que en los terapeutas, estas características se hallen en un grado relativamente bajo, además, de que puedan ser capaces de percatarse de las circunstancias bajo las cuales surgen. En otras palabras, puede no estar el terapeuta libre de toda patología, pero ha de estarlo de cierta dificultad emocional (Singer, 1979).

Los progresos terapéuticos pueden ser bloqueados cuando los terapeutas utilizan a sus pacientes, quizá inconscientemente, para cubrir sus propias necesidades. Por ejemplo; fuera de una necesidad para nutrir a otros o sentirse poderoso, las gentes en algunas ocasiones sienten que ellos tienen las respuestas concernientes a como los demás podrían vivir. La tendencia a dar consejo y tratar de dirigir la vida de otros puede ser especialmente nocivo en un terapeuta, ya que esto conduce a una excesiva dependencia por parte del paciente y únicamente perpetua sus tendencias a buscar fuera de sí las respuestas (Corey, 1984). Los terapeutas que necesitan sentirse poderosos o importantes pue-

den empezar a pensar que ellos son indispensables para sus pacientes o, lo que es aún peor, hacerse indispensables.

Las metas y objetivos de la terapia pueden también sufrir algún dano cuando los terapeutas tienen una fuerte necesidad de ganar aceptación, admiración, respeto, y aún temor de sus pacientes.

Algunos de los terapeutas pueden estar principalmente motivados por una necesidad de recibir confirmación de su valor como persona y como profesional de sus pacientes. Esto es, con su poder como terapeuta para controlar las sesiones de tal manera que estas necesidades sean continuamente reforzadas. Porque los pacientes con frecuencia sienten una necesidad por complacer a sus terapeutas, ellos pueden fácilmente estimular a aquellos terapeutas que anhelan ser reforzados continuamente en su sentido de valía.

Uno de los objetivos de la psicoterapia, como vemos, es enseñar el proceso de resolución del problema que aqueja al paciente, no el resolver el problema. Cuando los pacientes han aprendido el proceso, ellos tienen menos y menos necesidad de su terapeuta. Los terapeutas que le dicen a sus pacientes qué hacer o utilizan las sesiones para reforzar su propio sentido de auto valía disminuyen la autonomía de sus pacientes e invitan al incremento de la dependencia en el futuro, Corey (1984).

Cuando los terapeutas no están lo suficientemente con-

cientes de sus propias necesidades, ellos pueden abusar del poder que tienen en la situación terapéutica. Algunos terapeutas y consejeros ganan un sentido de poder al asumir el rol de directores de otros hacia la solución, en lugar de motivarlos para que ellos mismos busquen sus alternativas y elijan las mejores para ellos. Algunos terapeutas se sienten muy mal, si sus pacientes fracasan en el logro de progresos inmediatos, por lo tanto, pueden presionar a sus pacientes a tomar decisiones prematuramente o aún tomar decisiones por ellos. Esta tendencia puede ser motivada aún más por los pacientes que expresan gratitud por esta clase de "ayuda".

Al respecto, Corey (1984) sostiene, que los terapeutas tienen sus propias necesidades, pero éstas, no tienen que asumir prioridad o interferir en el camino del crecimiento del paciente. La mayoría de las personas que entran a las profesiones de ayuda psicológica, desean nutrir o criar a otros, y ellos necesitan saber que son instrumentos en la ayuda para el cambio de otros. En este sentido, necesitan oír de sus pacientes que son una fuerza significativa en sus vidas. A razón de mantener estas necesidades fuera para que no interfieran en los progresos de sus pacientes, los terapeutas deberían estar claramente conscientes del peligro de trabajar principalmente para ser apreciados por otros en lugar de dirigir su trabajo hacia los mejores inte-

reses de sus pacientes. Si están lo suficientemente abiertos para reconocer este peligro potencial, lograrán no caer en el uso de los pacientes para satisfacer sus propias necesidades.

Es difícil encontrar fallas con los terapeutas que encuentran excitación en sus trabajos. Las recompensas al practicar la psicoterapia son muchas, pero una de las más significativas es, el disfrutar al ver a los pacientes cómo éstos van asumiendo el control de sus vidas. Los terapeutas pueden alcanzar esta recompensa sólo si ellos evitan abusar de su influencia y se mantienen conscientes de su papel como facilitadores del crecimiento de otros.

En cuanto a los conflictos personales no resueltos, -- Corey, et. al. (1984), sugieren que si bien, las necesidades personales de un terapeuta pueden interferir con el proceso terapéutico para el detrimento del paciente, si el terapeuta no tiene conciencia de su impacto sobre su trabajo; lo mismo es cierto para los problemas personales y conflictos no resueltos. Esto no quiere decir que los terapeutas, como mencionamos anteriormente, deban resolver todos sus -- conflictos y dificultades personales antes de comenzar a -- consultar a otros; ya que tal requerimiento podría eliminar a casi todos del campo.

De hecho, es posible que un terapeuta que raramente lu

cha o experimenta ansiedad pueda tener una real dificultad para relacionarse con un paciente que se siente desesperado. Además, si el terapeuta huye de la ansiedad, provocando problemas y dudas en su propia vida, probablemente no podrá -- ser capaz de estimular eficientemente a sus pacientes a enfrentar tales problemas. El punto importante es, que los terapeutas pueden y deberían estar conscientes de sus prejuicios, sus áreas de negación y los problemas con los que se enfrentan que les son particularmente difíciles de manejar en sus propias vidas.

Para ilustrar, Corey, (1984), pone el siguiente ejemplo: suponga que usted está experimentando un período tormentoso en su vida. Usted se siente atrapado con enojo no resuelto y frustración. Su vida hogareña es tensa, y usted está luchando con algunas decisiones acerca de cómo le gustaría vivir el resto de su vida. Quizá usted estará teniendo problemas con sus pacientes o su esposa. Usted podría estar atrapado entre temores a la soledad y deseos por estar consigo mismo, o entre su temor y su necesidad de una relación íntima. "¿ Podría usted aconsejar a otros de una manera efectiva mientras está luchando con su propia incertidumbre?" (p.32).

Agrega, que el punto crítico no es si usted se la pasa luchando con sus problemas, pero sí, cómo está usted luchando con ellos. "¿ Ve usted su participación en la creación

de sus propios problemas? ¿está usted consciente de sus alternativas para actuar? ¿reconoce y procura tratar con sus problemas, o invierte mucha de su energía negando su existencia? ¿se encuentra generalmente culpando a los demás de sus problemas? ¿está usted dispuesto a consultar con un terapeuta, o se dice a sí mismo que usted puede manejarlos, - aún cuando es obvio que no lo hace?. ¿En breve, está usted dispuesto a hacer en su propia vida lo que motiva a sus pacientes a hacer?" (p..31).

Si usted no está trabajando sobre el hecho de hacer -- consciente sus propios conflictos, entonces estará en una posición muy pobre para poner atención a las formas en las cuales su vida personal influye en el trabajo con sus pa---cientes, especialmente si algunos de los problemas de éstos son también áreas problema para usted. Por ejemplo, considere a un paciente que desea explorar sus sentimientos acerca de la homosexualidad. ¿Puede facilitar esta exploración si usted no ha estado abierto a sus propios sentimientos acerca de la homosexualidad?. Si usted se siente incomodo - hablando acerca de sentimientos y experiencias homosexual--les, y no desea tratar con su incomodidad, ¿puede estar con su paciente emocionalmente cuando ella o él aborda este tó--pico? (Corey, 1984).

Esto nos permite entrar a un tema que no por común en

el trabajo psicoterapéutico, es menos importante, sino por el contrario, dada su importancia es tan ampliamente manejado y estudiado. Se trata del fenómeno de la contratransferencia. Es de todo terapeuta sabido que mientras se esté envuelto en la práctica psicoterapéutica, tendrá que enfrentarse inevitablemente con los problemas relacionados con la transferencia y la contratransferencia. Aunque no es nuestra intención tratar ampliamente con estos tópicos, lo alentamos a que piense acerca de como puede tratar con los sentimientos del paciente que van dirigidos a usted, y sus sentimientos que puedan estar dirigidos hacia ciertos pacientes. Creemos que el manejo que el terapeuta haga de estos sentimientos tienen una relación directa con los logros terapéuticos.

Antes de tratar con la contratransferencia, es necesario hablar un poco del fenómeno de la transferencia. Esta se refiere a los procesos inconscientes por medio de los cuales los pacientes proyectan sobre su terapeuta, sentimientos, deseos, impulsos, etc. que se tuvieron hacia los padres o figuras significativas en la niñez.

En la transferencia los problemas no resueltos producen una distorsión en la forma en que él o ella perciben al terapeuta. Los sentimientos que se están proyectando en la transferencia pueden ser positivos o negativos, estos pueden incluir amor, enojo, aflicción, odio, dependencia, ambi

valencia, y otros. El punto esencial aquí, es que ellos están conectados con el pasado pero están ahora dirigidos hacia la persona del terapeuta.

Para Corey, et. al. (1984), el valor terapéutico de la transferencia es que ésta permite al paciente expresar sentimientos distorcionados sin obtener la respuesta que espera. Esta es la diferencia crucial entre la terapia y su experiencia pasada. Si el paciente está tratando al terapeuta como a un severo y rechazante padre, el terapeuta no responde con los sentimientos defensivos y negativos esperados. En lugar de esto, el terapeuta acepta los sentimientos del paciente y le ayuda a entenderlos. Como Brammer y Shostrom (citados por Corey, 1984) explican; "el principio general - aquí es que el terapeuta no debe adoptar su sí mismo dentro de las proyecciones del paciente, como medida para satisfacer las necesidades neuróticas del paciente, sí el terapeuta cubre las expectativas de éste, existe la posibilidad de que éstas se perpetuen en virtud de haber sido reforzadas" (p. 43). Agregan que " la relación paciente/terapeuta puede mejorar si el paciente es alentado a expresar sentimientos distorcionados sin reacciones defensivas del terapeuta. Cada día de vida, la gente con frecuencia responde de sus proyecciones. Si el terapeuta no responde con sentimientos de contratransferencia, el paciente es capaz de explorar --

sus proyecciones" (p. 44)

No sólo los pacientes tienen reacciones emocionales hacia sus terapeutas, sino también los terapeutas los tienen hacia sus pacientes, algunos de los cuales pueden involucrar sus propias proyecciones. La contratransferencia ocurre cuando las propias necesidades del terapeuta quedan atrapadas en la relación terapéutica, obstruyendo o destruyendo su objetividad.

La contratransferencia según Devereux (1977), "es la suma total de aquellas distorsiones en la percepción que el analista tiene de su paciente, y la reacción ante él que le hace responder como si fuera una imagen temprana y obrar en situación analítica en función de sus necesidades inconscientes, deseos y fantasías, por lo general infantiles" (p. 70).

El término contratransferencia implica, a través del prefijo "contra", una respuesta a la transferencia, es decir, la respuesta a las actitudes y sentimientos hacia él. Durante el curso del tratamiento psicoterapéutico, las actitudes experimentadas en el pasado por el paciente son reproducidas en la figura del terapeuta. De esta manera la conformación del término indica que se trata simplemente de una forma de reacción, (Ungay, 1982).

Freud (citado por Ungay, 1982), vio el fenómeno de la

contratransferencia como un aspecto muy importante que obstaculizaba el buen curso del tratamiento psicoanalítico, de ahí, que a partir de que Freud descubriera este fenómeno en 1910, se refiriera de la siguiente manera: " se nos ha hecho visible la "contratransferencia" que surge en el médico bajo el influjo del enfermo sobre su sentir inconsciente, y nos hallamos muy inclinados a exigir como norma general el reconocimiento de esta "contratransferencia" por el médico mismo y su vencimiento" (p. 20).

El reconocimiento de que la contratransferencia es el resultado de problemas que el analista no ha logrado superar o resolver y que esto es en sí un obstáculo para que el paciente progrese en el tratamiento, dió lugar a la creación del análisis didáctico, procedimiento que hasta la fecha es considerado como un prerrequisito en la formación del futuro analista y no sólo para estos, sino también para todos aquellos que se dedican o piensan dedicarse a la ardua y difícil tarea de la psicoterapia.

Al estudio de la contratransferencia no sólo se han a vocado teóricos como Freud, ya que encontramos autores como Ferenczi (citado por Ongay, 1962), para quien la contratransferencia constituye expresiones de psicopatología no resuelta por lo que ésta debe modificarse a través de un cuidadoso análisis de los afectos del analista.

La contratransferencia puede ser manifestada en una -- gran variedad de formas, algunas de ellas son mencionadas -- por Corey (1984): (a) la necesidad de constante reforza--- miento y aprobación, pueden ser una fuente de contratransfe-- rencia. Así, como los pacientes pueden desarrollar una ex-- cesiva necesidad de agrandar a sus terapeutas con el fin de sentirse gustados y valorados, así, también el terapeuta -- puede tener una excesiva necesidad de restaurar la confian-- za en su eficiencia; (b) verse a sí mismos en sus pacien-- tes, es otra forma de contratransferencia. Esto no quiere decir que los sentimientos cercanos hacia el paciente y el identificarse con la lucha del paciente es necesariamente -- una instancia de contratransferencia. Sin embargo, uno de los problemas que tienen muchos principiantes en psicote-- rapia es que ellos se identifican con los problemas de sus pa-- cientes hasta tal punto que pierden la objetividad; (c) -- una de las más comunes manifestaciones de transferencia y -- contratransferencia es el desarrollo de sentimientos roman-- ticos o sexuales entre el paciente y el terapeuta. Cuando ocurre esta clase de transferencia, el terapeuta puede ex-- plotar la posición tan vulnerable de su paciente, ya sea -- consciente o inconscientemente. La conducta seductora por parte del paciente puede fácilmente conducir a que el tera--apeuta adopte un estilo seductor, particularmente si el tera--peuta es inconsciente de su propia dinámica y motivaciones.

Por otro lado, es natural para el terapeuta ser atractivo - para algunos pacientes más que para otros, y el hecho de -- que tengan sentimientos sexuales hacia algún paciente no -- quiere decir que no puedan consultar eficazmente a esos pa- cientes. Aún más importante que la mera existencia de ta-- les sentimientos es, la manera en que el terapeuta trabaja con ellos. (d) La contratransferencia puede tomar también la forma de una compulsión de dar consejo. Muchos no profe sionales y aún algunos profesionales se descubren de repen- te dando consejo. Una tendencia a dar consejo puede fáci-- mente ser alentada por los pacientes, que son propensos a - buscar respuestas inmediatas para aligerar sus sufrimientos. La oportunidad de dar consejo coloca al terapeuta en una po sición superior, posición que algunos pueden fácilmente dig frutar, y no es difícil engañarse a sí mismos pensando que tienen las respuestas para sus pacientes. Pueden empezar a dar consejo porque se sienten incómodos si son incapaces de recetar o porque encuentran difícil ser pacientes con los - esfuerzos de sus analizados hacia su propia autonomía para tomar decisiones. En todos estos casos, las necesidades - del terapeuta están tomando prioridad por sobre las necesi- dades del paciente. Aún cuando el paciente ha solicitado - consejo, existen varias razones para cuestionar de quién -- son las necesidades que están siendo cubiertas cuando el te

rapeuta cae en la tentación de dar consejo. (e) Un deseo de desarrollar relaciones sociales con pacientes puede provenir de la contratransferencia, especialmente si éste se da mientras la psicoterapia tiene lugar. Ocasionalmente -- los pacientes permiten saber a sus terapeutas que les gustaría desarrollar más la relación fuera de los límites del -- consultorio si es posible. Aún los terapeutas experimentados en ocasiones deben luchar con el problema de si deben -- o no mezclar una relación social con una relación terapéutica. Cuando este problema surge, los terapeutas deberían evaluar de quién son las necesidades que podrían ser satisfechas con tal relación de amistad y decidir si una terapia efectiva puede coexistir con una relación social.

Aunque la transferencia puede ser utilizada para ayudar al paciente a lograr insight, tanto la transferencia como la contratransferencia pueden ir en contra de los mejores intereses del paciente. Ciertamente, el terapeuta debe estar preparado para reconocer y tratar con estos fenómenos. Un alto grado de autoconciencia y una relativa ausencia de problemas son la mejor protección del terapeuta.

No podemos olvidar que el terapeuta mismo es una persona y como tal tiene un inconsciente, y que también está expuesto a la tentación de permitirse técnicas y objetivos infantiles, pensamientos mágicos y cosas por el estilo. Mientr

tras que el paciente posee muchos incentivos para hacer tales cosas, el psicoterapeuta tiene muchas razones para no hacerlas y cuenta con mucho apoyo para resistir a sus tentaciones (Menninger, 1960).

Guggenbühl (1974) por su parte, sostiene que "mucho se ha escrito sobre los peligros de la contratransferencia. Normalmente, en el paciente debe tener lugar una transferencia hacia el analista. Entonces es tarea del analista disolver esta transferencia y seguirla hasta sus fuentes. Es así como se llega a los complejos neuróticos. Pero si el analista experimenta una contratransferencia, si proyecta en el analizado figuras, características, etc., que realmente tienen poco que ver con éste, o que son meras respuestas a la transferencia inicial, entonces el desarrollo posterior se verá naturalmente bloqueado. Todo esto es bien sabido, y todo analista escrupuloso ha sido entrenado para reconocer transferencia y para prevenir el surgimiento de contratransferencias, o para disolverlas tan rápido como se pueda" (p. 48).

Ahora, es importante hacer incapie en la importancia de la autoconciencia del terapeuta. De esto, surge un problema estrechamente relacionado con el problema de la contratransferencia, este es, el del valor de la terapia personal para aquellos que desean convertirse en terapeutas. ---

Existen varias razones por las que pensamos que un terapeuta potencial debería ser alentado a experimentar su propia terapia.

Freud (1910), fué el primero en proponerlo, desde el momento del descubrimiento por su parte del fenómeno de la contratransferencia, y de como ésta obstaculizaba el buen curso de la terapia. Al igual que Freud, muchos otros, tales como Fromm (1982), Fromm-Riechmann (1977a), Sullivan (1974), Rogers (1975), Guggenbühl (1974), Menninger (1960), Corey (1984) entre otros, sostienen la misma posición respecto a la necesidad de la psicoterapia personal del psicoterapeuta.

Al respecto, Fromm-Riechmann (1980) señala "que los procesos interpersonales del psiquiatra, en su calidad de persona privada y profesional, deben investigarse y reconocerse no sólo respecto de la posibilidad de su distorsión como contratransferencia, es decir, como experiencias "paratáxicas" sino también en relación con la presente situación interpersonal. Esta es una de las razones para establecer la necesidad de un psicoanálisis personal como parte de la preparación para la práctica de la psicoterapia intensiva" (p. 25).

Una de las razones, es que aquellos que esperan consultar a otros deberían saber lo que es la experiencia de ser

pacientes como realmente es. No asumimos que el terapeuta en potencia esta "enfermo" y necesite ser "curado", pero -- tampoco hacemos dicha presunción acerca de la mayoría de -- los pacientes. Muchos pacientes son atraídos a la psicoterapia porque ellos quieren explorar la calidad de sus vidas y las alternativas que ellos tienen para enriquecer su existencia. El terapeuta potencial sostiene Corey (1984), puede abordar la terapia de la misma manera. Agregando, que -- la terapia puede ayudarnos a mirar nuestras motivaciones -- honestamente, y a explorar como utilizamos el poder en nuestras vidas, cuales son nuestros valores, y si tenemos necesidad de persuadir a otros a que vivan por sí mismos. Podemos reconocer y apreciar nuestras necesidades, sacar a la -- superficie memorias dolorosas y experiencias pasadas que -- han influido en nuestra forma de vivir, y las fuentes de -- significado en nuestras vidas. En el proceso, podemos experimentar de primera mano, qué es lo que nuestros pacientes experimentan en terapia.

Otra razón para estar en terapia es que todos nosotros tenemos puntos ciegos y problemas no resueltos que pueden -- interferir con nuestra efectividad como terapeutas. Todos nosotros tenemos áreas en nuestras vidas que no están completamente desarrolladas y que pueden mantenernos lejos de ser tan eficientes como podríamos ser, tanto como personas

como terapeutas. La terapia personal, es una de las formas de acabar con este y otros problemas.

Al respecto Guggenbühl (1974), establece que para el analista es de suma importancia ser abierto y honesto consigo mismo y, en cierto modo, con el analizado, a fin de que los fenómenos negativos puedan afrontarse conjuntamente.

Agraga, que "para librarse de este círculo vicioso, el terapeuta deberá expónerse a algo que lo toque profundamente, a algo no analítico; a algo que rompa continuamente su equilibrio, que lo estimule, que le muestre una y otra vez quién es, cuán débil y presuntuoso es, cuán vano y mezquino" (p. 125). Sostiene, además, " en mi opinión, y sobre la base de mi experiencia, hay algo que puede disminuir y aún disolver el enredo del analista con su sombra: la amistad. - La amistad, los encuentros afectuosos, el insultar y el ser insultados, todo esto golpea una y otra vez el centro psíquico de las personas implicadas. Lo que el analista necesita son relaciones simétricas, relaciones con compañeros - que estén a su nivel, amigos que se atrevan a atacarlo, a señalar no sólo sus virtudes sino también sus flancos ridículos. Las profundidades de la sombra deben sondearse en - el amor, un analista sin amistades genuinas debe tener un - talento excepcionalmente poderoso para no enrigidecer y alienarse en su trabajo. Pero tal vez la palabra amistad es

demasiado limitada; sería mejor decir: el psicoterapeuta - necesita confrontación erótica fuera del marco analítico" (p. 125).

Por otro lado Corey et. al. (1964), sugieren, que lo ideal sería que el terapeuta potencial pasara por terapia individual como de grupo, ya que una es suplemento de la otra. La terapia individual nos da la oportunidad de mirarnos a - nosotros mismos con cierta profundidad. En cambio, la terapia de grupo, por otro lado, puede darnos la oportunidad de obtener retroalimentación de los otros sobre como ellos nos experimentan. Las reacciones que recibimos de otros puede ayudarnos a aprender acerca de atributos personales que podrian ser tanto beneficios o limitaciones en nuestro trabajo como terapeutas.

Aunque hemos enfatizado la necesidad de la terapia personal durante el entrenamiento, no queremos transmitir la idea de que los profesionales que están en ejercicio están - exentos de una introspección periódica. En ocasiones, practicantes experimentados pueden sacar provecho de un programa que los desafiará a reexaminar algunas de sus creencias y conductas, especialmente aquellas que pertenecen a su eficiencia en el trabajo con sus pacientes.

Esperamos que practicantes honestos verán el valor que tiene una larga vida en la práctica y alentar una gran va--

riedad de formas de auto reexaminación como una manera de -
mantenerse honestos consigo mismos y con otros.

Existen otros problemas que se presentan en la práctica psicoterapéutica, entre los cuales solo mencionaremos algunos. En primer lugar, está la ansiedad que muchos terapeutas experimentan en su trabajo, particularmente si poseen poca o nada de experiencia. Aunque el surgimiento de ciertos cuestionamientos puede ser parte de un proceso de auto indagación y crecimiento aún para los terapeutas experimentados, es posible angustiarse a tal grado que no sea posible manejar los problemas adecuadamente. Sin embargo, de hecho debe preocupar más a un terapeuta que no exhibe ningún signo de ansiedad, duda o auto cuestionamiento, ya que estos forman parte del proceso de evolución para convertirse en terapeutas. La experiencia de ansiedad puede conducir a una auto evaluación honesta.

Otros problemas que mencionan Corey, et. al. (1984), son: el esperar resultados instantaneos, y la demanda de perfección, en este caso, señalan, que muchos terapeutas se agobian a sí mismos con la creencia de que ellos deberían ser perfectos, que deberían saber siempre que decir y hacer y nunca cometer errores, y siempre tener la habilidad necesaria para tratar con cualquier clase de situación terapéutica. El hecho es, que nuevos o experimentados, vamos a co

meter errores.

Otro problema, es que todos los terapeutas se enfrentan con la tarea de conocer sus propias limitaciones, lo cual incluye el reconocimiento por su parte de que no podrán tener éxito con todos los pacientes. Aún los terapeutas experimentados en algunas ocasiones dudan de su eficiencia con algunos pacientes. Para los nuevos terapeutas, la incapacidad para alcanzar a algunos pacientes puede ser más amenazante, particularmente dado que es fácil creer que en principio ellos deberían ser capaces de trabajar de manera eficiente con cualquier paciente. Se requiere tanto de valor como de sabiduría para admitir que no se puede trabajar eficientemente con cualquier persona.

Tanto la auto decepción por los fracasos en el trabajo terapéutico, como la auto revelación excesiva o la poca auto revelación, son problemas que se presentan en algún momento en todo psicoterapeuta. En el caso de un exceso de auto revelación, vemos que la mayoría de los principiantes tienen la necesidad de ser aprobados por sus pacientes. De ahí, que sea fácil para estos terapeutas encontrarse compartiendo detalles íntimos para que sus pacientes los perciban como seres humanos. Ellos pueden hablar acerca de sí mismos grandes cosas, sin hacer caso de qué tan apropiado es el revelarse para ciertos pacientes, en la esperanza de que

sus revelaciones acerca de su vida privada alentará a sus -
pacientes a confiar en ellos y compartir más de sí mismos.

Corey, et. al. (1984), sostienen que los terapeutas --
que caen en el exceso de auto revelaciones con frecuencia -
tratan de evitar perderse en un rol profesional reservado.
Las revelaciones por parte del terapeuta necesitan no ser -
excesivas.

En el caso de poco auto revelamiento, señalan, que si
algunos terapeutas caen en el extremo de negar su rol profe
sional para ser vistos como humanos y amigables, algunos o
tros caen en el otro extremo. Ellos se ocultan detras de -
fachadas profesionales, manteniendo un rol estereotipado es
perando así mostrar muy poco de sí mismos en su relación --
con los pacientes. Quizá por el temor de parecer poco pro-
fesionales y de este modo perder el respeto de sus pacien--
tes, tienden a mantener sus reacciones personales fuera de
la sesión terapéutica.

Sidney Jourard (citado por Corey, 1984) hace una útil
distinción entre el esconderse detras del rol profesional -
(lo cual es indeseable) y ser una persona que juega mu---
chos papeles (lo cual es inevitable). El puntualiza que el
hecho de que, cuando nos perdemos en nuestros propios roles,
nos alienamos de nosotros mismos. Para Jourard, uno de los
mejores roles del terapeuta es ser transparente con sus pa-

cientes, al menos con respecto a sus experiencias en la relación terapéutica. Esta clase de autenticidad es básica para una terapia efectiva, afirma, que esto ofrece la oportunidad de un encuentro genuino entre el terapeuta y el paciente. "Además, si un terapeuta oculta su ser está cayendo en la misma conducta que generalizó los síntomas en el paciente, y supuestamente, él está tratando de deshacer este proceso de auto alienación" (p. 41).

El imponer nuestros propios valores y creencias a los pacientes es otra de las conductas antiéticas que son comúnmente empleadas y raramente cuestionadas.

En su libro clásico "Persuasion and Healing" (1961), - Jerome Frank (citado por Van hoose, 1982) advierte que los terapeutas deberían aceptar el hecho de que ellos ejercen gran influencia sobre sus pacientes. Es mejor, sin embargo, ejercer esta influencia de una manera consciente y controlada, más bien que a un nivel inconsciente. El conocimiento del poder e influencia potenciales que el terapeuta puede ejercer, pueden servir como un modelo para el paciente, es el primer paso para darse cuenta de la responsabilidad que esto envuelve. Si está decidido que la influencia, control y manipulación sistemática están éticamente justificados y deseados, ¿quién es el que manipula, bajo que circunstancias, con qué pacientes y con qué razones?.

El imponer los valores del terapeuta al paciente por creencias culturales es antiético. Por ejemplo, si una paciente visita al terapeuta buscando ayuda en relación a un aborto, este terapeuta en particular puede tener la creencia de que el aborto es algo que está mal hecho, y si intenta hacer creer al paciente que actuaría mal si abortara, está actuando antiéticamente. El terapeuta nunca debe de tratar de convertir a su paciente en un discípulo de sus propias creencias.

En cuanto a las relaciones con el paciente fuera de sesiones terapéuticas, vemos que cuando el terapeuta se involucra personalmente con su paciente más allá de los límites apropiados, surge un conflicto ético con el cual muy frecuentemente el terapeuta se enfrenta. La intención de los pacientes de seducir sexualmente, la dinámica transferencial y contratransferencial, las interacciones con los pacientes en encuentros sociales, son todas éstas experiencias que un practicante debe tratar sobre una base regular. Desafortunadamente, tratar con los impulsos y emociones surgidas por un paciente sexual y personalmente atractivo no es una habilidad que sea aprendida en una escuela. Un trabajo difícil está envuelto en la represión del deseo honesto y espontáneo de amar a otra persona que es atractiva.

La creencia de que es antiético y contraproductivo in-

volucrarse en un asunto sexual ó emocional con un paciente no es universal. Aunque el APA prohíbe específicamente al terapeuta tener relaciones sexuales con un paciente, el Código Etico de la Asociación Americana de Psicología no hace esta prohibición. De hecho, en la convención de 1975, ésta no aprobó una resolución que condenara tal actividad (Koch y Koch, 1976; citados por Corey, 1984).

Existen terapeutas quienes genuinamente creen y practican la noción de que involucrarse sexualmente con un paciente puede ser beneficioso. Según ellos, solo una demostración puede en verdad enseñar a un paciente como amar y como ser sexualmente activo. Corey, et. al. (1984), toman la posición consistente con la del APA, que sostiene que; "el involucramiento sexual y emocional, o la relación que va más allá del diván" no tiene justificación razonable ni lugar en el campo de la ayuda psicológica. Tal conducta es antiética y profesionalmente inapropiada; los terapeutas -- bien podrían perder su sentido de neutralidad y objetividad, cualidades que les permiten ser útiles.

Con todo, los terapeutas son seres humanos. Ellos se excitan sexual y emocionalmente y desean actuar de acuerdo a sus sentimientos. En la relación terapéutica, en donde se urden intensos sentimientos en la cabeza del paciente y donde el terapeuta actúa como un modelo de eficiencia, es fácil ver como se desarrollan las relaciones de transferencia.

El propósito aquí, no es negar que los terapeutas tienen sentimientos para con sus pacientes sino sugerir que ellos deben mantener sus impulsos inapropiados de tal manera que no influyan en la relación terapéutica.

Por último señalaremos el problema del agotamiento profesional, ya que es un obstáculo en la realización del trabajo profesional. La mayoría de los profesionales de la Salud Mental se enfrentan con éste en un tiempo o en otro, de ahí, que sea importante estar preparado para esto. El agotamiento puede restar la vitalidad que se necesita se uno - desea comunicar esperanza y proveer un modelo de vitalidad para nuestros pacientes.

Los profesionales de este campo, necesitan sentir que lo que ellos hacen vale la pena, ya que la naturaleza de su profesión es tal que con frecuencia no ven resultados inmediatos o concretos. La carencia de reforzamiento puede tener efectos debilitantes o el peligro es aún mayor si ellos practican en lugares aislados, si no tiene por lo menos algún intercambio con otras profesiones (Corey, 1984). Agregan, que para compensar este obstáculo, muchos profesionales encuentran otras formas de experimentar un sentimiento de productividad y frescura. Como por ejemplo: el separarse de la práctica profesional por períodos cortos de tiempo, tomar vacaciones, participar en conferencias, congresos y talleres, compartiendo experiencias con otros colegas.

COMPETENCIA? CONFIDENCIALIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL TERAPEUTA.

C A P I T U L O I V

" El paciente acude al analista como un ser humano sufriente; con mucha frecuencia recibe ayuda, y una vez que la terapia ha concluido, puede continuar su desarrollo saludable e independiente ".

Guggenbühl

CONDUCTA ANTIÉTICA E INCOMPETENTE DEL TERAPEUTA

Se ha observado que, para que el terapeuta mantenga estándares aceptables de la práctica ética en el servicio a sus pacientes y a su profesión, debe continuamente observar su conducta, ampliar sus destrezas o habilidades, incrementar sus conocimientos y perfeccionar una teoría personal sobre la ética con la cual pueda tomar decisiones correctas. Desgraciadamente, existen individuos en todas las profesiones que actúan antiéticamente. Estos individuos ya sea que ignoren las consecuencias éticas de sus actos o realizan una manipulación consciente para alcanzar metas personales, son peligrosos para el bienestar de sus pacientes, la eficiencia de sus instituciones, la integridad y reputación de sus colegas y la estabilidad de su profesión.

Aunque existen leyes y códigos éticos establecidos para ayudar a regular la conducta deseable, el derecho y el privilegio de actuar de una manera responsable, ha sido y seguirá siendo respetada o violada dependiendo de la integridad del clínico.

La mayoría de los miembros de las profesiones de ayuda, son competentes, honestos, éticos y dedicados. Según la historia y nuestras propias experiencias y observaciones personales, podemos atestiguar, sin embargo, que existen

también personas que no sienten el compromiso de seguir un patrón estandar pero si se dedican a acumular recursos financieros y ganancias personales. Estas personas carecen de responsabilidades para con los demás y no tienen ninguna conciencia ética (Van Hoose y Kottler, 1982).

Todavía peor, existen aquellos que están envueltos en prácticas antiéticas y ni siquiera se percatan del daño que pueden estar causando. Estos individuos son protegidos algunas veces por profesionistas que pueden estar negándose a admitir que son profesionistas incompetentes. El tener sentido de lealdad a la profesión es una manera de dar un servicio eficiente a los pacientes.

El comportamiento incompetente y antiético continuará mientras se tolere. Las profesiones dedicadas a ayudar al ser humano alcanzarán mayor respetabilidad cuando mayor atención se preste a los altos estandares de la práctica y cuando los miembros dediquen más atención a vigilar sus propios rangos de competencia.

El comportamiento antiético e incompetente no son nada nuevo para estas profesiones. Han existido en la historia del Hombre desde los primeros "psicoterapeutas" en el año 10,000 A. C., en el que perforaban los craneos de las personas mentalmente inflingidas o dañadas con la idea de de---

jar escapar a los demonios. Desgraciadamente, se lleva muchas décadas entender las diferencias entre las verdaderas prácticas terapéuticas y aquellas que son nocivas para el bienestar de los pacientes (Van Hoose y Kottler, 1982). Agregan, que los historiadores pueden dar un vistazo hacia años atrás y estremecerse con la sola idea de padecer algunas de nuestras primitivas técnicas de tratamiento. No fue hace mucho tiempo cuando la quema de brujas y la flagelación fueron las formas aceptadas para tratar a las personas con desordenes en la conducta.

Tal vez veamos con disgusto todas estas prácticas médicas aceptadas en el pasado y nos preguntemos cómo es posible que cualquier persona inteligente haya creído en estos médicos. Esto nos permite darnos cuenta de que no existen fórmulas para medir el grado o intensidad del comportamiento antiético de cualquier persona.

Un terapeuta antiético puede ser definido como aquel que carece de destreza, habilidad y aptitudes para llevar a cabo una tarea terapéutica de manera responsable y eficiente. Ahora, puede ser visto que la ética tiene que ver con el reino de lo filosófico mientras que la incompetencia tiene que ver con los conocimientos y habilidades adquiridas.

Pietrofess y Vriend (citados por Van Hoose, 1982), su-

gieren que la mejor prueba de competencia es la valoración crítica del terapeuta de si está o no calificado para proceder en una dirección dada. Si no es así, deberá adquirir - estudiadamente las habilidades necesarias o referir al paciente a alguien mejor preparado.

En cuanto a la práctica antiética, señalan Van Hoose y Kottler (1982) que no hay profesión más potencialmente devastadora que las ciencias de la ayuda psicológica. Sus efectos y consecuencias son sutiles, disfrazados y con frecuencia invisibles, aún para el paciente. Es diferente --- cuando una persona se rompe un brazo y visita al médico para que se lo componga, la persona con problemas de conducta no puede hacer lo mismo, no sólo los problemas del paciente son en ocasiones inespecíficos, inobservables y variados, sino también, el profesional al cual él acudió, no posee instrumentos o cosas por el estilo; como un termómetro o un aparato de rayos "X" con los cuales pueda mirar o medir la intensidad del problema, no tiene un antídoto o aparato mecánico para hacer que los síntomas desaparezcan. Ellos deben confiar en sus destrezas, conocimientos, y en su compromiso o deseo de ayudar. En pocas palabras, él deberá utilizar su "self" como instrumento de trabajo.

Cada día el terapeuta se enfrenta con conflictos éticos, esté o no consciente de ello. Existen muchos practi-

cantes que están conscientes del grado en el cual ellos abusan de sus pacientes, violan los códigos éticos, y actúan ilegal e incompetentemente, y a pesar de saberlo, eligen actuar de esta manera para lograr sus propósitos. Querramos o no admitirlo, el terapeuta es un ser humano; un ser humano falible que puede cometer errores aún cuando podamos luchar conscientemente por lograr la perfección.

Para Van Hoose y Kottler (1982), es importante mirar la práctica ética en una perspectiva de un continuo relativo. La meta, entonces, no es tratar de ser perfectos, ya que una persona que está funcionando de una manera completa, que actúa siempre ética y responsablemente, un individuo que está dispuesto a refinar las técnicas para crecer personal y profesionalmente, actúa de una manera ética y competente.

No es una situación infrecuente para un terapeuta encontrarse operando fuera de su área de experiencia. Cada paciente tiene sus propios problemas y por lo tanto requiere de un tratamiento especializado. Cada vez que un terapeuta se enfrenta con un problema para el cual está mal preparado, no entrenado o inexperto, él es enfrentado con un dilema ético; intentará tratar con el problema y ver si él puede ayudar sin las habilidades requeridas, o referirá al paciente a alguien más capacitado.

Ciertamente el terapeuta preferirá en mucho tratar con el problema por sí mismo en todo lo posible. Una de las -- formas en las cuales el terapeuta continua su crecimiento y aprendizaje profesional es enfrentandose y dominando nuevas dificultades.

Los conflictos éticos surgen, sin embargo, cuando uno se da cuenta de que el bienestar de un paciente está en juego mientras el terapeuta intenta experimentar con aspectos en los cuales él no es un experto. El clínico eficiente es tá consciente de los recursos disponibles y está preparado para hacer referencia cuando él no se siente competente o - preparado para ayudar (Van Hoose y Kottler, 1982).

Es necesario evaluar qué tan lejos podemos llegar con los pacientes y cuando es necesario referirlos a otro profesional. Igualmente es importante aprender cuando consultar a otro profesional cuando no poseemos la experiencia que re quiere trabajar con ciertos problemas. Es necesario tam--- bién tener en mente que muchos terapeutas principiantes experimentan una gran cantidad de dudas acerca de su nivel de competencia general, de hecho, esto no es inusual aún para algunos terapeutas experimentados quienes se sorprenden en ocasiones al descubrir que no poseen las habilidades personales y profesionales necesarias para trabajar con algunos de sus pacientes. Así, el tener dificultad para trabajar -

con algunos pacientes no implica en sí mismo incompetencia (Corey, 1984), agregando, que estos problemas se hacen más complejos cuando consideramos el problema de qué criterio utilizar para evaluar la competencia. ¿Es, cubrir un grado profesional una condición necesaria y suficiente de la competencia?. Existen muchas personas que cubren un programa de doctorado y aún así, carecen de las habilidades y conocimientos necesarios para llevar a cabo ciertas tareas terapéuticas. Obviamente, los grados por sí solos no confieren ni garantizan competencia para ejecutar cualquier y todos los servicios psicológicos.

Koocher (1979) por su parte, señala que el constructo de competencia como es aplicado a los psicólogos es obviamente relativa, pero si un título ha de certificar que un individuo dado está capacitado para la práctica deberá fundarse en una noción clara de lo que se quiere decir con eso. ¿Puede la licenciatura, la certificación, o cualquier otro título en cuestión indicar un nivel superior de competencia, un nivel mínimo, o simplemente que es probable que el practicante no dañará seriamente a alguien?, agrega, que bajo tales circunstancias el valor de la competencia de cualquier título está limitado por el auto conocimiento y conciencia de la persona que lo posee.

El entrenamiento es uno de los aspectos básicos en la

competencia del terapeuta. Aunque Grayson (citado por Corey, 1984), no piensa que todo entrenamiento especializado debe ser abolido, él toma la posición de que es antiético entrenar a los practicantes en una sola orientación terapéutica.

Estamos de acuerdo con Grayson en que los terapeutas debieran ser introducidos de una manera objetiva a todos los sistemas terapéuticos y así, poder estar en posición de decidir que aspectos de la terapia desponibles incluirán en su propio estilo personal. Él escribe: "no intento presentar un caso contra la especialización ya que creo que ésta aumenta otra clase de competencia, pero únicamente si ésta no produce una visión tipo tunel" (citado por Corey, 1984, p. 159).

Grayson, recalca que los sujetos en entrenamiento aprenden gran parte por medio del modelamiento de sus profesores y supervisores. Existen claras implicaciones aquí en relación al tipo de modelamiento que están proporcionando a los sujetos. Otro problema ético implica el requerimiento de que los sujetos en entrenamiento experimenten su propia terapia personal (o alguna otra clase de experiencia que les permita desarrollarse como personas). Estamos completamente de acuerdo con su aseveración de que los programas de entrenamiento tienen la obligación de tratar con el proble-

ma de qué factores de personalidad pueden interferir con el trabajo de los practicantes con sus pacientes, así como qué rasgos permiten establecer una alianza terapéutica efectiva.

Entonces, ¿cuál podría ser el criterio de certificación?. El problema según Corey, et. al. (1984), es saber si los factores de personalidad son parte del criterio de certificación o si los requerimientos académicos reunidos son el único criterio. De acuerdo con Grayson, la institución que realiza el entrenamiento tiene la responsabilidad ética de preparar a los candidatos y así, el público estará protegido de la incompetencia de los practicantes.

¿Es el título y la certificación profesional un signo de competencia?. Al respecto Corey, et. al. (1984) sostienen que el título y la certificación no son necesariamente ni más útiles como criterio de competencia que los grados. Agregan, "hemos conocido Psiquiatras, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Consejeros Familiares y Maritales con licencia para ejercer, quienes no poseen la competencia especificada por sus licencias. Contrariamente, hemos conocido algunas personas no licenciadas más competentes que algunos terapeutas con licencia. Las licencias aseguran principalmente al público que las personas licenciadas han cumplido con un mínimo de los programas educativos. La licencia implica que sus poseedores han tenido un cierto nivel de en-

trenamiento profesional, pero no asegura al público que los practicantes pueden hacer eficiente y competentemente lo -- que sus licencias les permiten hacer" (p. 161).

Sea como sea, una licencia es todavía una de las señas de que un practicante ha alcanzado al menos un nivel mínimo de competencia. La licenciatura de los psicólogos, terapeutas y consejeros, se ha convertido en un área de intenso interés profesional, principalmente porque el profesionalismo se ha venido asociando con algún tipo de licenciatura, -- Corey (1984).

En verdad, señala Davis (1981), los practicantes que se falsifican a sí mismos están sujetos a penalidades legales en la mayoría de los Estados (Norteamericanos). Así, -- que la mayor desventaja de la certificación o licenciatura es que la entrada en la práctica puede ser restringida y aquellos a quienes se les es negado entrar y persisten en -- las actividades definidas por los estatutos pueden ser enjuiciados.

Fretz y Mills (1980) definen la licenciatura como " un proceso instituido por medio del cual una agencia del gobierno, usualmente de un estado, garantiza el permiso a una persona que reúne los requisistos predeterminados para ocuparse en una profesión dada y/o utilizar un título y realizar funciones específicas" (p. 7).

Por otro lado en su discusión de los pros y contras de la licenciatura escriben (Fretz y Mills, 1980) que la mayoría de los argumentos en apoyo a la licenciatura caen bajo una de las siguientes cinco premisas.

La primera es que la licenciatura es diseñada para proteger al público por medio del establecimiento de estándares mínimos de servicio. Este argumento sostiene que el consumidor podría ser dañado por la ausencia de tales estándares, los cuales son cruciales desde el momento en que los practicantes incompetentes pueden causar consecuencias negativas a largo plazo.

El segundo argumento mencionado por Fretz y Mills es que la licencia es diseñada para proteger al público de la ignorancia acerca de los servicios de Salud Mental. Este argumento descansa sobre la presunción de que el consumidor que necesita servicios psicológicos desconoce la manera de elegir un practicante apropiado o cómo juzgar la calidad del servicio recibido. De acuerdo con Gill (citado por Corey, 1984), no está claro que la credencial por sí misma provea la información necesaria. Gross (1978) por su parte, sostiene que la licencia tiende a mistificar el proceso terapéutico reduciendo la cantidad de información que es actualmente proveída para el consumidor.

Fretz y Mills dan otras tres razones para la licencia-

tura, que describiremos muy brevemente. Una, es la presunción de que la licenciatura incrementa la probabilidad de que los practicantes serán más competentes y que sus servicios serán mejor distribuidos. Hogan (citado por Corey, -- 1984) escribe que, cuando un grupo se licencia, éste gana un aumento en su estatus, privilegios e ingresos. Como resultado, los servicios del grupo con frecuencia cuestan más después de licenciarse. Lo que quiere decir que la profesión tiende a estar menos dispuesta a proveer de servicios a grupos pobres y minoritarios. Rogers (citado por Corey, 1984) está de acuerdo con esto, señalando además, que la psicología ha tendido a ignorar a los pobres, ancianos y a las minorías. De acuerdo con Cottingham (1980), no existe evidencia de que la licenciatura proteja la calidad del servicio o afecte directamente la competencia específica de los proveedores.

Otra razón ofrecida por Fretz y Mills es el punto de vista de que la licenciatura aumenta el prestigio de la profesión. Este argumento sostiene que una profesión licenciada tendrá más practicantes comprometidos a mejorar la profesión y mantener los altos estándares de excelencia.

Al respecto, Rogers (1972) sostiene que, tan pronto como el criterio para la certificación esté establecido, la profesión es inevitablemente congelada en una imagen pasada.

Agrega que existen muchos charlatanes certificados así como practicantes no licenciados.

Finalmente, Fretz y Mills sostienen el punto de vista de que la licenciatura permite a la profesión definir por sí misma qué hará y que no hará. De acuerdo con esto, la profesión es asumida para ser más independiente, puesto que otras profesiones o los juzgados no pueden especificar sus funciones.

Por su parte Cottingham (1980) sostiene que el proceso de licenciamiento parece ser más un problema político que una evaluación objetiva y profesional de habilidades específicas necesarias para una práctica profesional eficaz.

Como una alternativa a todas estas desventajas y problemas que presentan la licenciatura y la certificación, -- Hogan (citado por Corey, 1984) propone que la presente práctica permitida, sea reemplazada por completas revelaciones acerca de los antecedentes del practicante. Por su parte -- Gross (1977) también recomienda que los profesionales informen a sus pacientes acerca de sí mismos y acerca del proceso terapéutico, por medio de un informe de revelación profesional.

Jensen (1979), sostiene que no se debe presumir de capacidad de acciones que no han sido demostradas, y que la presencia de habilidades no asegura una competente ejecu---

ción de la profesión.

Nuestra posición es que la revelación profesional es una excelente práctica, tanto para el paciente como para el practicante. El revelar provee algunas bases para una valoración sobre la calidad de los servicios que se están proporcionando. Apoyamos el punto de vista de que ésta no puede ser tomada como una garantía, simplemente porque los profesionales están titulados. Además, aplaudimos la tendencia hacia la expectativa de que los profesionales demuestran que están en verdad cumpliendo con lo que dicen estar haciendo.

La mayoría de las organizaciones profesionales apoyan los esfuerzos para hacer de la educación continua una condición indispensable para poder obtener la licencia para ejercer. Nos cuestionamos qué tan ético es un practicante que descuida su posterior preparación para poder mantenerse al día en relación a los nuevos desarrollos de la profesión. En todo caso la tendencia en la actualidad es el de alentar a los profesionistas para que continúen educándose y entrenándose en las áreas relacionadas con su especialización, - (Corey, 1984).

Aunque el concepto de educación continua no es nuevo para los profesionales, la urgencia de desarrollar formas sistemáticas para asegurar el desarrollo profesional está aumentando (Harsch, 1983). Como hemos mencionado anterior-

mente, existe un movimiento hacia la responsabilización por parte de los profesionales para aumentar la calidad de los servicios que ellos proporcionan. Además, como Vitulano y Copeland (1980) señalan; existe una creciente apreciación entre los psicólogos quienes consideran que en el transcurso de su vida profesional, la competencia en la práctica profesional no está garantizada por el hecho de recibir un grado doctoral, un permiso para ejercer o por exámenes o evaluaciones periódicas.

Es posible notar, Corey (1984) que uno de los puntos débiles en el mandato de la educación continua es que las organizaciones profesionales pueden exigir de los practicantes que reúnan las horas necesarias, pero no pueden exigir requisitos mínimos en las áreas emocional e intelectual. El curriculum escolar del practicante puede parecer muy impresionante en términos de conocimientos adquiridos; la realidad puede mostrarnos mucho menos de lo que el papel indica. Agregan, que seguramente los practicantes se encontrarán con muchas situaciones difíciles para las que no están lo suficientemente preparados para enfrentarse con ellas en virtud del poco entrenamiento que poseen. En estos casos los talleres que tratan con problemas éticos, legales y profesionales podrían ser de gran valor al proveer al practicante información carente en su entrenamiento formal.

Harsch (1983) por su parte, afirma que uno de los problemas de la enseñanza en psicología radica en los modelos de desarrollo que promueven la formación de la identidad -- profesional del psicólogo, partiendo de la concepción del psicólogo como un ser humano biopsicosocial. Harsch (1981) y Bartigue (citado en Harsch, 1983) elaboran un curriculum ideal (teórico-práctico) que propone una secuencia de asignaturas con cinco unidades de aprendizaje, para cursar la -- carrera de psicología. Estas unidades son: (1) Encuadre; (2) Promoción del desarrollo humano; (3) Solución de problemas; (4) Aplicación de conocimientos a campos específicos; (5) Adquisición y transmisión de conocimientos; (6) Estudios de posgrado; y (7) Educación continua.

Atención de gran utilidad ha sido puesta en el aspecto de la conducta ética. Los comités de ética nacionales de -- diferentes Estados de la Unión Americana, atienden quejas acerca de la mala ejecución de los psicólogos, sin embargo, no existe un mecanismo de revisión de rutina de los servicios que prestan los psicólogos en relación con la conducta ética. Ha sido sustancialmente menor la atención prestada al aspecto de la precisión de los servicios, Jensen (1979), agrega que a menos que un psicólogo titulado cometa violaciones éticas o legales, se espera que continúe indefinidamente renovando su licencia o permiso. La atención a la ca

lidad de los servicios profesionales representa una mayor y necesaria nueva dirección en el sentido de mantener un servicio competente. La historia de un adecuado entrenamiento o preparación, o la demostración del conocimiento en el salón de clase no será suficiente para asegurar que una adecuada ejecución de la profesión se extienda al campo profesional.

Los programas diseñados para lidiar con el problema de la competencia en psicología han emergido generalmente como una secuencia de instrucción formal. Este aspecto ha sido tomado más en serio en los últimos años, y se han creado -- cursos de capacitación en las diferentes áreas y profesio-- nes debido a que se ha observado que el profesionista debe actualizarse en sus conocimientos en cualquier campo o profesión a la que se dedique.

La lectura de los lineamientos muestra que varios problemas sobre competencia aún no se han resuelto. Al momento surgen preguntas tales como: ¿cuales son los límites de nuestra competencia, y cómo los profesionales pueden saber cuando los han excedido?. ¿Cómo pueden ellos determinar si deberán o no aceptar a un paciente cuando carecen de la experiencia o entrenamiento necesario para ayudarlo?.

Una de las maneras que permite a los principiantes desarrollar o elevar sus destrezas y habilidades, es trabajar

con colegas o profesionales que poseen una mayor experiencia en ciertas áreas. Otra manera de aprender nuevas habilidades, es asistiendo a conferencias y convenciones, tomando cursos en áreas que no se manejan bien, participando en talleres que combinen el trabajo didáctico con la práctica supervisada.

Menninger (1960) sostiene, que el contrato que se establece entre paciente y terapeuta no es el mismo que se establece por ejemplo en un contrato de compraventa, ni siquiera en un contrato de prestación de servicios en el cual el cliente conoce el servicio que se le va a prestar. Esta diferencia se da, ante todo, porque el paciente nunca está tan seguro de lo que quiere ni de lo que obtiene, de ahí, que el terapeuta debe demostrar que está calificado como profesional, que está autorizado para ejercer, que está preparado en cuanto a que posee el tiempo y el equipo necesario y, sobre todo que está dispuesto a prestar el servicio que el paciente le solicita.

RESPONSABILIDADES ETICAS DE LOS TERAPEUTAS

La mayoría de las organizaciones profesionales afirman que la principal responsabilidad de un terapeuta es para con el paciente. Sin embargo, los terapeutas también tienen responsabilidades para con los miembros de la fami-

lia del paciente, con las agencias para las que trabaja, -- con la sociedad, con la profesión y con ellos mismos.

En esta sección exploraremos algunas de estas responsabilidades y algunas situaciones en las cuales surgen conflictos.

Una de las responsabilidades centrales del terapeuta -- es estar genuinamente interesado por el bienestar del paciente. Esto significa, que las necesidades del pacientes, no del terapeuta, asumen una fundamental importancia en la relación terapéutica. Esto implica también que una relación terapéutica deberá ser mantenida sólo el tiempo en que el paciente se esté beneficiando de la terapia. (Corey, et. al, 1984 y Van Hoose y Kotler, 1982).

El terapeuta tiene también la responsabilidad de saber cuando y cómo referir pacientes a fuentes apropiadas. Es crucial para los profesionales conocer los límites de su propia competencia y referir a sus pacientes a otros profesionales cuando trabajar con ellos va más allá del entrenamiento profesional o cuando factores personales pudiesen -- interferir con una relación de trabajo fructífera. De ahí, que sea necesario evaluar cuándo referir a un paciente y saber cómo hacer esta referencia de tal manera que el paciente esté dispuesto a aceptar tal sugerencia (Corey, et. al., 1984).

La mayoría de los psicoterapeutas apoyan los principios éticos de su profesión. Estos principios envuelven un compromiso para promover el bienestar del paciente y asegurar sus derechos.

Aunque el contenido de los códigos éticos se preocupa por el bienestar y los derechos del paciente, su intento original fué muy diferente. Históricamente, los estándares éticos fueron desarrollados para proteger las profesiones, permitiendo la auto regulación, y no la regulación por agencias externas (Van Hoose y Kottler, 1982); los códigos éticos permitieron a las profesiones psicoterapéuticas mantener su integridad desaprobando las acciones inaceptables de los individuos miembros. Proteger los derechos del paciente fué de importancia secundaria.

Los lineamientos éticos se crearon para especificar las responsabilidades de los practicantes y los correspondientes derechos de sus pacientes. Al hacerlo, los lineamientos éticos definen los roles principales del terapeuta y del paciente en la relación terapéutica. Las responsabilidades del terapeuta y los derechos del paciente convergen en problemas tales como la libertad de elegir, revelación de información acerca del tratamiento, y la protección de la dignidad humana. Para asegurar los derechos del paciente, el terapeuta puede acordar con sus pacientes la igualdad de estatus y responsabilidades por su participación en

la terapia y, fundamentalmente, por sus vidas. Además, asegurando los derechos del paciente coloca las responsabilidades correspondientes sobre él mismo (Arbuckle, 1977; citado por Corey, 1984). Ayudando a los pacientes a aceptar sus derechos y responsabilidades, el terapeuta está alentando el funcionamiento sano y, así, la salud mental.

La mayoría de los modelos de psicoterapia caen dentro de una de dos categorías. La primera sostiene, que existen modelos basados en teorías de la conducta que especifican como la terapia debe ser conducida. Estos modelos incluyen al psicoanálisis, al humanista, al conductual, y otros. Debido a que estos modelos se concentran en cómo producir el cambio más bien que en los derechos del paciente, ellos pueden pasar por alto las implicaciones de ciertos procedimientos para el bienestar y dignidad del paciente. Por ejemplo, algunos terapeutas colocan al paciente en una posición de dependencia, mientras que simultáneamente establecen la independencia y la auto determinación dentro de los objetivos del tratamiento (Hare-Mustin, 1979).

La segunda, sostiene que existen modelos que especifican los roles del terapeuta y el paciente en la interacción terapéutica. Entre estos modelos están; el contractual, el consensual, el consumidor y modelos participatorios (Adams & Orgel, 1975; Coyne & Widiger, 1978; Schwitzgebel, 1975; - citados por Hare-Mustin, 1979). Estos modelos pueden rela-

cionarse entre sí en cuanto a las responsabilidades éticas del terapeuta y los derechos del paciente, pero no se dirigen de una manera directa a la integración de la ética y la práctica terapéutica.

Los estándares éticos colocan la responsabilidad por los derechos del paciente sobre el terapeuta. Existen varias razones para esto. Primero, el paciente entra a terapia buscando ayuda, aquí, el paciente está en una pobre situación para negociar. Segundo, la situación terapéutica es una novedad para la mayoría de los pacientes. Ellos desconocen el papel que deben asumir y sus derechos. La mistificación del proceso terapéutico intensifica la dependencia del paciente sobre sus terapeutas y disminuye su capacidad para ejercer sus derechos. Finalmente, algunos pacientes no son capaces de proteger sus derechos, debido a incapacidad psicológica o física (Hare-Mustin, 1979).

Para Hare-Mustin (1979), los principios éticos requieren que el paciente sea proveído con suficiente información para hacer elecciones acertadas acerca de entrar o continuar en terapia. El conocimiento de tres áreas proporciona la necesaria experiencia para tales elecciones: a) los procedimientos, metas, y los posibles efectos colaterales de la terapia; b) las aptitudes, políticas, y prácticas del terapeuta; y c) los recursos disponibles de ayuda además de la terapia.

Agrega Hare-Mustin, que la mayoría de la gente entra a terapia en tiempos de crisis. En estas ocasiones, la reducción en la capacidad de juicio, los pensamientos dolorosos y la falta de alternativas no permiten al paciente responsabilizarse de sí mismo.

Si bien es cierto que todo terapeuta conoce lo que sucede en la relación, el paciente no lo sabe o no lo entiende con claridad en el momento en que inicia el tratamiento. Por lo tanto, el paciente ingresa en el contrato más que un poco ciego, por cuya razón es tanto más importante que el psicoterapeuta se atenga conscientemente a las "reglas del juego". Reglas que fueron trazadas empíricamente por Freud y poco se han mejorado o modificado desde que las formuló en 1913 en sus "Recomendaciones adicionales sobre la técnica del psicoanálisis" (Menninger, 1960).

"La norma más importante sería que el psicoanalista sea prudente en lo que promete entregar. El psicoanalista no puede prometer curaciones ni siquiera un alivio. Sólo puede prometer que tratará de ayudar al paciente con un método que ha sido útil en otros, con la condición de que el paciente quiera ayudarse a sí mismo" (Menninger 1960, p 51).

De esta manera es evidente que el psicoterapeuta debe responsabilizarse del paciente, esta responsabilidad incluye el proveer a los pacientes con la información descrita anteriormente. Aunque muchos terapeutas incluyen al menos

una breve descripción de la terapia y de sí mismos en una de las primeras sesiones, pocos discuten las posibles alternativas a la terapia. Un adecuado conocimiento de todos estos elementos es un prerrequisito para que el paciente decida entrar o permanecer en la terapia.

El problema de si el paciente debe ser informado de posibles efectos colaterales de la terapia genera más controversia. La información acerca de los posibles efectos indirectos es esencial si el paciente está en posibilidad de evaluar los beneficios y riesgos de entrar a tratamiento (Coyne, 1976; Graziano & Fink, 1973; citados por Hare-Mustin, 1979). Un ejemplo de tales efectos indirectos es la posibilidad de que a medida que progresa la terapia individual, rompa la relación marital (Hurvitz, 1967; citado por Margolin, 1982). Es solo recientemente que los psicólogos han puesto su atención en cuestiones de efectos secundarios de la terapia (Strupp & Hadley, 1977; citado por Hare-Mustin, 1979), de ahí, que sea necesario más investigación para ampliar nuestro conocimiento sobre estos efectos.

Otro problema es, que los pacientes pueden tener dudas acerca de las habilidades y entrenamiento de varios profesionales. Los terapeutas en este caso, no están de acuerdo acerca del grado de información que sobre sus habilidades, aptitudes y entrenamiento debe ser presentado a los pacientes. Sin embargo, los terapeutas en entrenamiento no son -

los únicos que informan a los pacientes de su estatus y capacidad. Proporcionar una descripción de habilidades y experiencia y responder a las preguntas del paciente salvaguarda tanto al terapeuta como al paciente de expectativas irreales que el paciente pudiera tener (Hare-Mustin, 1979).

Otro hecho, es que los pacientes necesitan saber acerca de las alternativas a la psicoterapia. Es inusual para los terapeutas compartir información sobre los recursos alternativos con sus pacientes, aún cuando los estándares establecen que los terapeutas tienen una responsabilidad de informarse entre ellos mismos sobre la red de información sobre los servicios humanos que existen, y utilizar dicha información para hacer referencias a otros profesionales. Debido a que el conocimiento de los pacientes acerca de los recursos disponibles es usualmente limitada, los terapeutas tienen la responsabilidad de proporcionar esta información (Hare-Mustin, 1979).

En cuanto a la manera de presentar la información, agrega Hare-Mustin; deberá ser consistente con los principios éticos de la decisión informada. Los prejuicios y la inadecuada información son violaciones a estos principios. Por ejemplo, los terapeutas deberán tener cuidado de presentar los sistemas alternativos de una manera imparcial.

Algunos psicoterapeutas psicoanalíticos pueden sentir que una información detallada acerca de la terapia y del -

terapeuta debilitan la relación transferencial (Wolberg, -- 1977). En cambio otros sienten que las revelaciones abiertas promueven la relación paciente-terapeuta.

La psicoterapia es típicamente buscada por personas -- que se sienten inadecuadamente, que son incapaces de enfrentarse con sus propios problemas, que se sienten ansiosos y deprimidos. Tradicionalmente la relación terapéutica re--- fuerza estos sentimientos enfatizando la competencia del te--- rapeuta y la incompetencia del paciente. El reconocimiento tácito de la autoridad del terapeuta con frecuencia conduce a los pacientes a aceptar sin cuestionar que el terapeuta -- está calificado y dictará los objetivos y estructura de la relación terapéutica.

Los principios éticos aseguran que los terapeutas in--- formarán a los pacientes acerca del propósito y naturaleza de la terapia y que los pacientes tendrán libertad para elegir acerca de su participación. El proceso de proporcionar información y obtener el acuerdo hacia el uso de un contrato define la relación terapéutica como un esfuerzo mutuo en el cual el terapeuta contribuye con conocimiento y habilidades en psicología y, el paciente trae conocimiento personal y un compromiso para trabajar sobre sus problemas (Adams & Orgel, 1975; Suzler, 1962; citados por Hare-Mustin, 1979).

El propósito del contrato es clarificar la relación te--- rapéutica. El desarrollo de un contrato, ya sea escrito o

verbal, alienta al paciente y al terapeuta a especificar -- las metas, expectativas y limitaciones de la psicoterapia. Además, el contrato puede prevenir de malos entendidos acerca de las responsabilidades, métodos, y disociaciones prácticas de la terapia. En este sentido, los contratos pueden proteger tanto al paciente como al terapeuta de desilusiones y falsas expectativas (Hare-Mustin, 1979).

La mayoría de los contratos terapéuticos especifican algunos de los siguientes puntos: los métodos de la terapia, sus objetivos, la duración y frecuencia de las sesiones, la duración del tratamiento, el costo y formas de pago, previsiones de cancelación y renegociación del contrato, el grado de responsabilidad de cada persona, y el grado de confidencialidad.

RESPONSABILIDADES DEL TERAPEUTA FAMILIAR Y MARITAL

Cuando un terapeuta trata a un número de miembros de una familia juntos, surgen problemas éticos difíciles. Los terapeutas familiares y maritales funcionan bajo una gran variedad de modelos teóricos y estas orientaciones determinan sus formas de practicar en un alto grado. Al mismo tiempo, existen algunos problemas profesionales y éticos comunes que todos los terapeutas familiares y maritales necesitan examinar. Entre ellos están: la responsabilidad, confidencialidad y el privilegio del paciente (Corey, 1984).

Margolin (1982) afirma persuasivamente que la dificultad de confrontar los problemas éticos en la terapia individual se complican aún más cuando un número de miembros de la familia son vistos juntos en la terapia. Ella sostiene que el dilema con múltiples pacientes es que en algunos casos una intervención que sirve a los mejores intereses de una persona podrían agobiar a los demás miembros de la familia o aún ser contraterapéuticos. Por ejemplo; bajo un modelo sistémico, el terapeuta no centra su responsabilidad en un individuo, sino en la familia como un todo. Tales terapeutas evitan convertirse en agentes de cualquiera de los miembros de la familia, desde el momento en que ellos creen que todos los miembros de la familia contribuyen al problema de toda la familia. Debería estar claro que los terapeutas están éticamente obligados a declarar la naturaleza de su compromiso con cada uno de los miembros de la familia.

En este caso, el terapeuta debe asegurarse de que el mejoramiento en el estatus de un miembro de la familia no ocurra a expensas de otro de los miembros. Este objetivo no es el único en la terapia familiar.

Lo que hace diferente a la terapia familiar de la individual, es el claro compromiso del terapeuta para promover el bienestar de cada uno de los miembros de la familia. Además, el terapeuta familiar tiene un compromiso con todos los miembros de la familia, de evaluar directamente cómo la

conducta de cada persona afecta a otros miembros de la familia. Así, el terapeuta familiar tiene mayor responsabilidad de ejercer un juicio que tome en cuenta a aquellos otros individuos (Margolin, 1982).

Las responsabilidades del terapeuta son también un problema crucial en el tratamiento de parejas, esto es especialmente cierto cuando las parejas buscan consejo con distintos propósitos. Un problema interesante surge cuando una de las partes busca consejo para divorciarse y la otra parte asiste a las sesiones bajo la expectativa de salvar el matrimonio o mejorar la relación. En tal situación, ¿Quién es el principal cliente?, ¿cómo puede el terapeuta cumplir con sus responsabilidades éticas cuando las dos personas en la relación tienen diferentes expectativas? (Corey, 1984).

Además de las consideraciones clínicas y éticas, Margolin (1982), menciona las precauciones legales que pueden surgir cuando el bienestar de un individuo toma precedencia en la relación. Agrega, que un claro ejemplo de una obligación legal del terapeuta es un caso de maltrato o abuso infantil. En estos casos la ley requiere del terapeuta familiar que informe a las autoridades si él sospecha de tal abuso o se entera de abusos físicos o emocionales durante el curso de la terapia. Aún cuando reporten esta situación

conducta de cada persona afecta a otros miembros de la familia. Así, el terapeuta familiar tiene mayor responsabilidad de ejercer un juicio que tome en cuenta a aquellos otros individuos (Margolin, 1982).

Las responsabilidades del terapeuta son también un problema crucial en el tratamiento de parejas, esto es especialmente cierto cuando las parejas buscan consejo con distintos propósitos. Un problema interesante surge cuando una de las partes busca consejo para divorciarse y la otra parte asiste a las sesiones bajo la expectativa de salvar el matrimonio o mejorar la relación. En tal situación. ¿Quién es el principal cliente?, ¿cómo puede el terapeuta cumplir con sus responsabilidades éticas cuando las dos personas en la relación tienen diferentes expectativas? (Corey, 1984).

Además de las consideraciones clínicas y éticas, Margolin (1982), menciona las precauciones legales que pueden surgir cuando el bienestar de un individuo toma precedencia en la relación. Agrega, que un claro ejemplo de una obligación legal del terapeuta es un caso de maltrato o abuso infantil. En estos casos la ley requiere del terapeuta familiar que informe a las autoridades si él sospecha de tal abuso o se entera de abusos físicos o emocionales durante el curso de la terapia. Aún cuando reporten esta situación

puede haber posibles consecuencias negativas para la relación terapéutica con algunos de los miembros de la familia, la responsabilidad ética y legal del terapeuta es ayudar a la persona amenazada o injuriada. Es claro que existen algunas situaciones en las cuales las intervenciones que se llevan a cabo en la terapia para ayudar a un individuo son más importantes que las metas de la familia como un sistema, y los pacientes deberán ser informados de esta situación durante la sesión individual o inicial.

Morrison, Layton y Newman (1980), citados por Corey, et. al. (1984), están de acuerdo con Margolin, en que el terapeuta familiar puede enfrentar más conflictos éticos que la mayoría de los otros terapeutas. Afirman que en ocasiones los terapeutas familiares se enfrentan con acusaciones tales como el ser agentes de los padres contra los hijos, de los hijos contra los padres, o de un padre contra el otro.

Minuchin (1983), sostiene que la responsabilidad del terapeuta es clara, por lo tanto el terapeuta reúne a la familia no para educarla o socializarla, más bien para reparar o modificar el propio funcionamiento de la familia, y así, poder llevar a cabo sus tareas de una mejor manera.

En cuanto al uso y abuso del poder y la influencia en la terapia familiar, Corey, et. al. (1984) afirman, que el uso del poder por parte del terapeuta es un problema cru-

cial en la terapia familiar. Aunque el poder es un componente vital en la relación terapéutica y en sí mismo no es una fuerza negativa, existen peligros en el uso del poder para mantener la dependencia de los pacientes. Si se abusa del poder, el paciente puede atribuir a la persona del terapeuta cualidades mágicas para efectuar cambios perdurables y traer "curas" a sus problemas. Así, ellos pueden ser desalentados a buscar en sí mismos y negar sus propios recursos para efectuar cambios productivos. Esta posición de poder e influencia es vista por la mayoría de los terapeutas familiares como particularmente importante en el trabajo con parejas y familias. Ellos sostienen que; "el proceso de establecer el rapport y unirse con los miembros de la familia requiere por parte del terapeuta, decifrar las comunicaciones y romper el rol de los patrones significativos de la familia. Esto capacita al terapeuta para reconocer, intervenir y asignar nuevos significados a, y cambios fundamentales, en los patrones de interacción destructivos en la familia" (p. 154). Ellos concluyen que para que un terapeuta familiar sea efectivo, necesita tener influencia. Los terapeutas sistémicos obtienen esta influencia siendo activos y directivos durante las primeras fases de la terapia.

Al respecto Fieldsteel (1982) citado por Corey (1984), señala, que existe el peligro de que el papel del terapeuta como un agente más activo para el cambio pueda desviar la -

responsabilidad de dirigir el cambio del paciente al terapeuta. Además, surge el problema ético de que el paciente sea alentado por el terapeuta para que acepte las percepciones de éste como verdaderas mientras que al mismo tiempo el paciente suspende sus propias percepciones creyendo más en el terapeuta que en sí mismo.

Estamos de acuerdo con la posición de Fieldsteel en -- que los terapeutas familiares deberían conocer las tendencias de los pacientes a atribuirles un excesivo poder.

Como hemos ya notado, el poder y la influencia son factores en cualquier relación terapéutica, asumiendo estos aún más importancia en la terapia familiar. Así, los terapeutas familiares tienen la obligación de examinar continuamente las formas en que ellos pueden usar o abusar de su poder personal, y así, mantener la dependencia de los pacientes.

¿Qué pasa si el terapeuta tiene problemas morales y personales con los objetivos del paciente?. En este caso el terapeuta puede sentir que los objetivos del paciente no son ni apropiados ni deseables debido a que van en detrimento de otros (Arbuckle, 1977; citado por Corey, 1984).

Como Halleck (1976) citado por Margolin (1982) ha puntualizado, que los terapeutas tratan de cambiar conductas -- que ellos creen deberán ser cambiadas y son renuentes a cambiar conductas que ven como entendibles o socialmente acep-

tadas.

Terapeuta y paciente necesitan examinar las posibles consecuencias, tanto positivas como negativas, de lograr los objetivos que busca el paciente. Si el terapeuta siente que él o ella no están de acuerdo con los objetivos del paciente, éste no deberá trabajar con esta persona y deberá referirlo a otro profesional. Los psicólogos tienen el derecho y la responsabilidad de suspender los servicios cuando las diferencias con el paciente podrían menoscabar la eficiencia de la relación (Standards for Providers, American Psychological Association, 1977, p. 10; citado por Corey, 1984).

Existen muchos aspectos de la relación terapéutica que los pacientes podrían desafiar. El paciente puede expresar preocupación porque el terapeuta es muy joven, muy viejo, o muy aferrado a una aproximación en particular, o expresar sentimientos de que la terapia es inútil o no va a ninguna parte. En una terapia de insight, el terapeuta puede enfrentarse a acusaciones de interpretaciones incorrectas. En terapia de grupo o marital, el paciente puede acusar al terapeuta de aliarse con algún miembro del grupo o a una de las partes.

Los terapeutas con frecuencia entran en contacto con personas que creen que han sido o están siendo mal dirigidas por otros terapeutas. Estas personas pueden sentir que

sus terapeutas son incompetentes, indignos de confianza o antiéticos. O pueden sentir que sus terapeutas están desinteresados o despreocupados por su bienestar. No obstante, el principal recurso que los terapeutas sugieren a los pacientes en estos casos es la terminación del tratamiento. Así, la responsabilidad de conocer los medios que tienen -- los pacientes para protestar y el informar a los pacientes sobre su derecho a protestar descansa sobre los hombros del terapeuta (Hare-Mustin, 1979).

En estos casos, los terapeutas tienen la responsabilidad de apoyar al paciente en el manejo de una ofensa contra otro terapeuta. Esto se deriva del principio de que los -- psicólogos deberán intentar "rectificar la situación" cuando es posible que exista una conducta antiética por parte -- de un colega. Sin embargo, los códigos requieren también -- que los terapeutas protejan la reputación de la profesión. Estos objetivos pueden parecer estar en conflicto cuando un paciente acusa a un terapeuta de abuso o mal dirección de -- la relación. El principio de proteger el bienestar del paciente implica dos responsabilidades adicionales: a) informar a los pacientes de cómo manejar las ofensas contra sí -- mismos, y 2) desarrollar medios de protesta en los escenarios clínicos, institucionales o comunitarios donde el terapeuta trabaja (Hare-Mustin, 1979).

Si bien es cierto que las responsabilidades en la tera

pia individual son grandes, en la terapia familiar, el intentar balancear nuestras responsabilidades terapéuticas hacia los miembros individuales de la familia y hacia la familia como un todo implica juicios aún más intrincados. Mientras que ninguna de estas responsabilidades cancela la importancia de las otras, el terapeuta familiar no puede ir de un extremo a otro en una búsqueda ciega, esto es, debe siempre hacer lo que más le convenga a cada miembro de la familia o mantener siempre la postura de un abogado o defensor familiar. Framo (1981) citado por Margolin (1982), ofrece una pertinente conclusión señalando que, "quizá parte de la habilidad del terapeuta resida en su capacidad para encontrar un balance apropiado entre el conflicto de las metas y expectativas de todos los miembros de una familia y a aquellas metas y expectativas del terapeuta" (p. 143). Aunado a este ya complejo cuadro está el reconocimiento de que las metas establecidas abiertamente pueden diferir de las agendas ocultas y aquellas metas que surgen durante el curso de la terapia pueden diferir de las establecidas al principio de la misma (Gurman & Kniskern, 1981; citado por Margolin, 1982).

Más generalmente, puede ser concluido que la responsabilidad de un terapeuta familiar incluye ser un abogado o defensor de los miembros de la familia que no pueden representar correctamente sus propios derechos y necesidades o -

reconocer cuando estos son infringidos por otro miembro de la familia. Hacia este fin existen ciertas situaciones en las cuales una intervención para ayudar a un individuo de la familia toma precedencia sobre los objetivos de la familia como un todo.

Otro problema ético que es con frecuencia poco valorado y discutido, puede ser descrito como el rechazar la responsabilidad por los errores cometidos en el tratamiento. Estamos asumiendo que el daño ha sido causado, que el terapeuta ha cometido un error, que él no utilizó su mejor juicio. Todo está bien, el terapeuta es un ser humano que no está exento de cometer errores. A menos que este error se derive de la conducta incompetente del terapeuta, no es en sí mismo antiético (Van Hoose y Kottler, 1982). Sin embargo, el terapeuta que mantiene una ética profesional no encuentra ningún problema en aceptar las consecuencias de sus actos. Todos cometemos errores y no debemos esperar ser perfectos, debemos aceptar que somos menos que perfectos, que somos capaces de hacer un diagnóstico de nosotros mismos y admitir que somos seres humanos.

En la Unión Americana, las penalidades que el comité de revisión puede administrar incluyen; expulsiones (generalmente temporales) de la asociación profesional, una reprimenda privada o requiere que el terapeuta sea supervisado por un breve período de tiempo. No existe mecanismo por

medio del cual el comité no permita al terapeuta practicar la terapia. Las sanciones pueden parecer triviales a los pacientes y no corresponder a la seriedad de las ofensas o a la fuerte inversión personal y económica en el procedimiento demandante (Hare-Mustin, 1979).

El comité de revisión de los lineamientos profesionales (PSRC) escucha demandas presentadas por pacientes, otros psicólogos o una tercera persona afectada. Como Sullivan (1977) puntualizó, es probable que los pacientes estén aún menos conscientes de la naturaleza y alcance de tales mecanismos de revisión que los mismos terapeutas.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD EN PSICOTERAPIA

Uno de los problemas que más está siendo confrontado en la actualidad por los psicólogos que se dedican a la psicoterapia, son los relacionados con la privacidad de los pacientes y la confidencialidad de sus casos registrados.

El problema de la confidencialidad es un problema tanto ético como legal, en las profesiones de servicio psicológico. La actual literatura trata ampliamente con problemas tales como privacidad, comunicación privilegiada, confidencialidad, grabaciones, y el uso de pruebas que permiten recabar información. Aquí, sin embargo, nos permitimos considerar la confidencialidad y sus implicaciones éticas, como

algo con lo que el terapeuta se enfrenta día con día.

Una importante obligación de los practicantes en las -
varias especialidades de la salud mental es mantener la con-
fidencialidad de sus relaciones con sus pacientes. Esta o--
bligación no es absoluta, de ahí, que los practicantes de--
ban de desarrollar un sentido de ética profesional que les
permita determinar cuando ésta puede ser quebrantada. Les
es necesario estar familiarizados con la protección legal o
frecida a sus pacientes en relación a la comunicación privi-
legiada, tanto como los límites de esta protección.

El rompimiento intencional de la confidencialidad pue-
de ocurrir debido a un gran número de razones; por ejemplo:
el deseo del terapeuta de satisfacer sus propias necesida--
des, proteger el bienestar del paciente, o proteger a la --
parte que puede estar amenazada por un paciente potencial--
mente peligroso. Inintencionalmente, por supuesto, uno sim-
plemente puede cometer un error o inadvertidamente dejar eg-
capar algo. Aunque es importante examinar las intenciones
y motivaciones del terapeuta en el rompimiento de la confi-
dencialidad, nada cambia el hecho de que un contrato moral
ha sido violado.

Aunque los términos de confidencialidad, comunicación
privilegiada y privacidad son términos que están relaciona-
dos entre sí, existen importantes diferencias entre ellas.
Shah (1969), define la confidencialidad como sigue: " la -

confidencialidad se relaciona con cuestiones de ética profesional. La confidencialidad protege al paciente de revelaciones de cualquier clase que pueda hacer el profesional -- sin el consentimiento autorizado del paciente" (p. 57). En otro artículo Shah (1970) sostiene que el propósito de la -- confidencialidad es salvaguardar los derechos del paciente y que existen sanciones por violaciones a la confidencialidad. Los pacientes deben ser capaces de asumir que sus comunicaciones privadas con el profesional deberán ser mantenidas en privado. Shah comenta que los psicólogos tienen -- una obligación ética, moral y profesional de no divulgar la información sin el conocimiento y autorización del paciente a menos que el hacerlo beneficie al paciente; por ejemplo: el comentar la información a otro profesional en solicitud de consejo.

Es posible, sin embargo, protegernos a nosotros mismos contra tales conflictos definiendo explícitamente lo que es confidencialidad, qué significa ésta, y en que circunstancias no será guardada. Los pacientes deberán saber exactamente que es lo que están obteniendo y cuando pueden ser -- vulnerables.

Definir la confidencialidad de esta manera es extremadamente importante; esto clarifica la naturaleza de la relación terapéutica, ésta pone las cartas sobre la mesa; esto no mantiene una agenda oculta. Con frecuencia puede uno --

ser tentado, especialmente cuando se está trabajando con niños, dejar saber a sus padres que está sucediendo en las sesiones (Van Hoose y Kottler, 1982).

Por su parte Dekraai y Sales (1982) escriben que la --confidencialidad prohíbe cualquier revelación de comunicación hecha al terapeuta por el paciente en el curso del tratamiento. Ellos agregan una dimensión adicional a la confidencialidad que va más allá de sus aspectos éticos: " la --confidencialidad fué originada por los códigos éticos profesionales pero ha sido incorporada a la legislación. Así, --el revelar las comunicaciones del paciente puede exponer al psicólogo no sólo a una reprimenda profesional, sino tam---bién a una responsabilidad penal o civil" (p. 251).

En cuanto a la comunicación privilegiada, Siegel (19--79) la define como: " un término legal que implica el derecho a no revelar la información confidencial en un proceso legal. Este privilegio está garantizado por las leyes, protege al paciente de que sus comunicaciones sean reveladas --en un juicio judicial sin permiso explícito y esta protección está conferida al paciente por la autoridad legislativa" (p. 251).

La comunicación privilegiada, entonces, es un concepto legal y se refiere al derecho de los pacientes a que sus --comunicaciones no sean utilizadas en la corte sin su consentimiento. Así, el privilegio corresponde al paciente, y es

to significa que es para su protección, y no para la protección del terapeuta.

Sostiene Van Hoose (1982), que existen ciertas prioridades, en que las confidencias son reveladas, las cuales toman precedencia sobre consecuencias menos serias. Aunque el terapeuta tiene la obligación moral en sí mismo de permanecer callado, el puede decidir romper con lo contratado e ir a la policía e informar sobre el particular. El terapeuta ha tomado una decisión moral, que indica que para el la vida humana tiene prioridad por sobre un juramento de confidencialidad. El se ha colocado en un conflicto, ya que cualquier acción que él tome está expuesto a romper una obligación moral o la ley.

Corey et. al. (1984) mencionan algunas de las excepciones a este principio.

- a) Cuando el terapeuta está realizando una evaluación de los posibles riesgos de un suicidio.
- b) Cuando el paciente inicia un juicio contra el terapeuta, como por ejemplo; por mal uso de la terapia.
- c) En cualquier acción civil cuando el paciente introduce una condición mental como demanda o defensa.
- d) Cuando el paciente es menor de edad y cree que éste es víctima de un crimen, por ejemplo; incesto, maltrato, rapto, etc.

- e) Cuando el terapeuta considera que el paciente está en la necesidad de ser hospitalizado por un desorden mental o psicológico.
- f) Cuando está envuelta una acción criminal.
- g) Cuando el paciente revela su intención de cometer un crimen o cuando el terapeuta considera que "son peligrosos para la sociedad o para sí mismos" (p. 172).

De la discusión anterior, queda claro que la comunicación privilegiada entre terapeuta y paciente no es una cuestión absoluta. Existen excepciones a este privilegio, y el terapeuta está legalmente obligado a cumplir con estas excepciones.

El tercer concepto relacionado es el de privacidad. Siegel (1979) define la privacidad como " la libertad del individuo para elegir por sí mismo el tiempo y las circunstancias, y el grado en que sus creencias, comportamiento y opiniones serán compartidas o no con otros" (p. 251). Discutiendo algunos problemas básicos relacionados con la privacidad, Everestine y sus colegas (1980) reúnen las siguientes cuestiones: ¿ hasta que grado deberán ser las creencias y actitudes protegidas de la manipulación y escrutinio de otros?, ¿cómo puede ser decidido quién puede introducirse en la privacidad y en que circunstancias la privacidad debe mantenerse?, ¿asumiendo que la privacidad ha sido violada, que se puede hacer para aminorar la situación?, ¿pue-

de la gente renunciar a su privacidad, aún cuando sus mejores intereses puedan ser amenazados?.

La mayoría de los códigos de ética profesional contienen lineamientos para salvaguardar los derechos de privacidad del paciente. He aquí algunos ejemplos:

" Los trabajadores sociales deberán obtener el consentimiento de los pacientes antes de grabar o aceptar la participación de un tercero en sus actividades" (NASW, 1979).

" La información obtenida en una relación de consejo o clínica, o la evaluación realizada de un niño, estudiante, empleado, y otros, son discutidas sólo con propósitos profesionales y únicamente con personas claramente interesadas con el caso. Los reportes escritos o verbales presentarán datos para el propósito de la evaluación y cada esfuerzo está hecho con el fin de evitar una indebida invasión de la privacidad" (APA, 1981).

Los aspectos éticos de la confidencialidad descansan sobre la premisa de que los pacientes en psicoterapia están involucrados en una profunda relación personal y tienen el derecho a esperar que lo que ellos discuten será mantenido en privado. Seguramente no puede darse una terapia genuina a menos que el paciente confíe en que lo que él dice se mantendrá confidencialmente. Los profesionales tienen por lo

tanto la obligación de discutir con el paciente las circunstancias que podrían afectar la confidencialidad de su relación (Corey, 1984).

En breve, los pacientes deberán ser informados acerca de los límites de su confidencialidad. De acuerdo con Shah está Denkowski y Denkowski (1982), quienes sostienen que -- " es imperativo que el terapeuta informe a cada uno de sus pacientes del rompimiento potencial que puede sufrir su relación. Además, parece éticamente requerido que todo paso sea dado razonablemente para restringir a un mínimo la probabilidad de ser sancionado legalmente por violar la confidencialidad del paciente" (p. 374).

Por otro lado Siegel (1979) toma la posición extrema - sosteniendo que la confidencialidad absoluta es necesaria - para la relación terapéutica eficiente, y arguye que los - psicólogos no deberían de romper la confidencialidad por -- ningún motivo y bajo ninguna circunstancia. Sin embargo, - otros escritores desafían la posición de que, absoluta confi - dencialidad es necesaria para un tratamiento eficaz. Den-- kowski y Denkowski (1982) sostienen que varios desarrollos alrededor de las décadas pasadas tendieron a refutar la creencia convencional de que no puede haber psicoterapia sin - la completa confidencialidad. Ellos, sin embargo, dan dos razones por las que se debe seguir salvaguardando la confi - dencialidad del paciente: (1) la confidencialidad es nece-

saría para proteger los intereses del paciente, especialmente de la estigmatización social que es frecuentemente asociada con la participación en psicoterapia; y (2) la confidencialidad está basada en razones éticas para promover los derechos vitales, los cuales son esenciales tanto para los intereses profesionales del terapeuta como para el bienestar del paciente.

Desde el momento en que la confidencialidad no es absoluta, es necesario determinar bajo que circunstancias no puede ser mantenida. Estas circunstancias no están claramente definidas por los lineamientos éticos aceptados, de ahí, que cada terapeuta deba ejercer su juicio profesional. Al asegurar a los pacientes que lo que ellos revelen se mantendrá confidencialmente, los terapeutas olvidan que tienen obligaciones con otros además de con sus pacientes. -- por ejemplo: ellos están obligados a actuar de determinada manera para proteger a otros de algún daño potencial que se derive de la información proporcionada por los pacientes. Así, la American Personnel and Guidance Association's (1981) establece: " cuando la condición del cliente indique que existe un claro e inminente peligro para el paciente u otro, el miembro debe tomar una acción personal razonable o informar a las autoridades responsables " (citado por Corey, --- 1984; p. 174).

En su discusión sobre las implicaciones del caso Tara-

soff, Everestine (1980) nota que el punto crucial en la decisión de la Suprema Corte implicó el fracazo del terapeuta y su supervisor para proveer una advertencia de violencia - hacia la víctima o a sus padres. En su conclusión, la Corte afirmó que el principio que lo guió fué básico para su decisión: " la política favorece la protección del carácter confidencial de la comunicación paciente-terapeuta, pero ésta debe ceder al grado en el cual, revelar tal comunicación es crucial para advertir del peligro a otros. El -- privilegio termina donde el peligro público empieza" (p 836).

En el caso Tarasoff, la identidad de la víctima era conocida. Sin embargo, los terapeutas con frecuencia están - interesados acerca de su responsabilidad legal cuando la identidad de la víctima es desconocida. En este caso, ¿Cuáles son las obligaciones del terapeuta?, ¿cuál es la responsabilidad del terapeuta para predecir la violencia futura?. En sus recomendaciones a los terapeutas, Knapp y Vandecreek (1982) escriben: " los psicoterapeutas necesitan seguir razonablemente los estandares en la predicción de la violencia. Estos no son responsables por los fracasos en la prevención de las víctimas cuando la propensión hacia la violencia es desconocida o podría ser desconocida para otros - psicoterapeutas que usan las destrezas ordinarias" (p. 514-515).

Lo que se espera de los terapeutas es que ejerzan un -

juicio profesional razonable y apliquen prácticas que son comúnmente aceptadas por los profesionales en su especialidad. Si ellos determinan que la actitud de los pacientes esconden un serio peligro para otros, ellos están obligados a ejercer un razonable cuidado para proteger a la posible víctima. Deben consultar con otros colegas para obtener otras opiniones o sugerencias con respecto a cómo proceder en estos casos, debiendo estar estas consultas bien documentadas. O prevenir a la policía o a las autoridades apropiadas. Además, los terapeutas necesitan informar a sus pacientes de las posibles acciones que deben tomar para proteger a la parte amenazada (Corey, 1984).

PROBLEMAS DE CONFIDENCIALIDAD EN LA TERAPIA MARITAL Y FAMILIAR.

Existen algunos problemas especiales envueltos con la confidencialidad en la terapia marital y familiar. Al respecto Margolin (1982), sostiene que existen dos posiciones divergentes al respecto. Una es la preferencia del terapeuta de tratar las confidencias de cada uno de los miembros de la familia como cuando la persona estuvo en terapia individual. En esta posición, el terapeuta sostiene las confidencias y lo que trata de hacer es tener sesiones individuales con los miembros que no desean revelar cierta información que el terapeuta considera que es importante que co-

nozcan los demás miembros de la familia, para que éste pueda revelarla por sí mismo. La otra posición, adopta la política de no mantener secretos de otros miembros de la familia. Los terapeutas que adoptan esta posición alentan explícitamente la participación de cualquier información que pudiera conducir a una alianza especial con un individuo y que exculye el mantener a los miembros de la familia no informados. Contrario al punto de vista más tradicional de la psicoterapia que sostiene que las confidencias en una relación terapéutica son un factor crucial sobre todo en la eficiencia de la terapia, esta postura bloquea esencialmente la ocurrencia de confidencias entre un miembro de la familia y el terapeuta. Terapeutas que se suscriben a esta aproximación generalmente evitan recibir confidencias individuales actuando conjuntamente y oponiéndose a las sesiones individuales.

Agrega Margolin, que así como en la terapia individual, los pacientes deben ser informados de los límites de su confidencialidad; esto es particularmente importante en la terapia familiar puesto que los límites de la confidencialidad son dejados a discreción del terapeuta. Los terapeutas que no mantendrán las confidencias deben informar a sus pacientes de esta política antes de que cualquier otra información haya sido recibida. De otra manera, el paciente, -- particularmente el que no ha tenido una experiencia previa

en terapia individual, es probable que presuma que el terapeuta mantendrá la confidencialidad de sus informes de otros miembros de la familia. El terapeuta que mantiene las confidencias del individuo informa a los demás miembros de la familia de la política que seguirá y les pide a los mismos que no persistan en tratar de obtener información acerca de otro miembro a través de él.

Aunque algunos terapeutas que trabajan con familias enteras siguen la política de reusar mantener la información secreta que fué compartida individualmente, el punto aquí, es que los secretos son contraproducentes para la terapia.

Lo que nosotros sostenemos es que es absolutamente esencial que cada terapeuta familiar o marital exponga su posición sobre la confidencialidad para que esté clara para cada miembro de la familia. En este sentido, cada miembro de la familia puede tomar una decisión acerca de participar o no en la terapia y pueda decidir que tanto revelar al terapeuta.

El término confidencialidad es definido en relación a la información, ésta se relaciona a una persona en particular y es única para ésta. Esta información está además vinculada a la persona, esto es, la persona y la información que se refiere a ésta están inseparablemente asociadas, de tal manera que información en sí misma y la persona son una entidad e intentar distinguir la una de la otra sería un rg

zonamiento absurdo (Hare-Mustin, 1979).

Aunque el terapeuta es una persona, y por lo tanto un ciudadano, y debe proteger y contribuir al bien común. Como un ciudadano privado, la persona de buena consciencia no vacilará en prevenir a una posible víctima.

Como una de las características de la psicoterapia es el establecimiento de una relación de confianza entre el paciente y el terapeuta, ésta debe ser cuidadosamente protegida a través de todo el curso de la experiencia terapéutica.

Algunos eventos durante los recientes años han influido en el deterioro general de muchos valores establecidos por nuestra cultura, particularmente en lo que se refiere a la capacidad de la gente para creer en sus instituciones sociales y en los demás. En el contexto de esta erosión general, es urgente que hagamos un esfuerzo por restablecer y fortalecer la naturaleza sociolegal de la relación confiable que es un punto central para nuestro trabajo profesional.

LOS CODIGOS ETICOS Y LA LEY

C A P I T U L O V

" Introducirse en los aspectos legales de la psicoterapia, no importa que tan mal venido sea, - es algo irrevocable y que no debe ser ignorado en el entrenamiento de psicoterapeutas"

B. Schutz, 1982

LOS CODIGOS ETICOS Y LA LEY

La Asociación Nacional de Trabajadores Sociales (NASW), la Asociación Psicológica Americana (APA), la Asociación -- Psiquiátrica Americana (APA), la Asociación Americana para la Terapia Familiar y de Pareja(AAMFT) y en México, la So-- ciedad Mexicana de Psicología (SMP). Son algunas de las or-- ganizaciones que han formulado Códigos de Etica que proveen una serire de lineamientos para los practicantes de la psi-- cología y la psicoterapia.

Existen varias razones por las cuales los códigos éti-- cos existen, Van Hoose y kottler (1982) dan tres de ellas:

- a) Los estandares éticos están diseñados para proteger la profesión de la interferencia del gobierno. Buscan su autonomía regulandose a sí mismos por medio de códigos éticos, como una alternativa a tener regulaciones im-- puestas por cuerpos legislativos.
- b) Los códigos éticos son diseñados para prevenir desa--- cuerdos internos en la profesión.
- c) Los estandares éticos están diseñados para proteger al practicante en caso de mal ejercicio, para que los te-- rapeutas que conscientemente practican de acuerdo con los códigos profesionales aceptados, tengan alguna me-- dida de protección en caso de litigio.

Aunque existen ciertas ventajas en tener un conjun--

to aceptado de lineamientos éticos, existen también varias limitaciones para estos códigos éticos profesionales. El primero de ellos, es que existen conflictos entre los mismos lineamientos; segundo, existen problemas éticos y legales que no son cubiertos por los mismos. Además, los códigos de ética profesional deben ser suplementados con otra información. Otra limitación básica de los códigos es que no dan una guía para cada situación. Más bien, ellos proveen una tabla de principios que llaman la atención del practicante para que ejerza su juicio profesional en la aplicación de estos a situaciones específicas. Además, en la mayoría de las ocasiones los lineamientos son ambiguos, inespecíficos y muy deficientes en cuanto a sus procedimientos para determinar la práctica antiética, (Talbutt, 1981).

Para Stude y McKevey (1979), los códigos éticos son; "una exposición de principios, los cuales deben ser interpretados y aplicados por el individuo o grupo a un contexto particular. Ellos presentan una razón para la conducta ética. Su exacta interpretación, sin embargo, depende de la situación a la cual ellos son aplicados" (p. 453).

En cuanto a la ley, Foster (1975) citado por Van Hoose y Kottles (1982), sostiene que ésta invariablemente expresa compromiso, busca reconocer, reconciliar y delimitar reclamaciones e intereses, de acuerdo con los valores predominantes de un lugar y tiempo dado. La legislación no provee de

respuestas definidas para los problemas que puedan derivarse de la práctica psicoterapéutica; de ahí, que intentemos hablar de la naturaleza de las leyes en relación con la psicoterapia. No es difícil darse cuenta de la inexistencia de un cuerpo general de leyes que regulen a las profesiones que se dedican a proporcionar un servicio psicológico.

Dado que el concepto de psicoterapia sostenido aquí, requiere de una relación construida sobre un entendimiento mutuo y acuerdos tomados en dos sentidos entre el terapeuta y el paciente, así, en la formación de la relación la confianza debe estar colocada en lo que es comunicado verbalmente. El paciente crea juicios y decisiones acerca de la calidad y habilidades del terapeuta para así, poder o no confiar en el mismo, principalmente sobre la base de lo que le es comunicado en las primeras entrevistas. Sullivan (1974), establece que la primera entrevista le permite al paciente decidir si será beneficiado por la terapia.

Éticamente, el terapeuta debe tratar con los problemas de su competencia y su buena voluntad para llevar a cabo el tratamiento del paciente.

El terapeuta debe también tratar honestamente con sus sentimientos hacia el paciente y, si está de acuerdo en tratar al paciente, el terapeuta asume un grado de lealdad y responsabilidad por los resultados y consecuencias de la terapia. Foster (citado por Van Moose, 1982) escribe que el

paciente tiene derecho a esperar ser tratado como a un ser humano y no como un objeto de poca importancia.

Legalmente, el terapeuta tiene la obligación de comunicar al paciente una honesta presentación de sus habilidades y métodos junto con las condiciones de la terapia. Las tarifas, las citas, las obligaciones especiales tanto del terapeuta como del paciente son también parte del entendimiento. Ya que el entendimiento que se desarrolló en los primeros contactos se convierten, en efecto, en un contrato no escrito. Si este contrato es violado, el remedio puede ser una acción legal (Van Hoose y Kottler, 1982).

Las circunstancias más usuales para la terminación del tratamiento ocurren cuando el terapeuta y el paciente llegan a un mutuo acuerdo, ya sea porque el paciente ya ha sido "curado" o quizá ha alcanzado las metas deseadas, o no se beneficiará del tratamiento adicional, o porque es necesario referirlo a otro profesional. En este último caso, cuando el terapeuta decide referir a su paciente a otro profesional, debe asegurarse de que este último posee las habilidades necesarias para poder ayudar al paciente y proporcionar al nuevo terapeuta la información pertinente acerca del paciente. Es importante también que intente mantenerse informado del bienestar de su expaciente, en lugar de referirlo únicamente con otro profesional dándole la señal de la cruz y con sus honorarios en el bolsillo (Van Hoose y --

Kottler, 1982).

A través de toda esta discusión, debe notarse que se espera que el terapeuta realice su trabajo con el debido cuidado de lo contrario puede ser vulnerable legalmente.

Los términos privacidad y confidencialidad tienen un significado especial en psicoterapia; además, cada término posee tanto dimensiones éticas como legales, ya que cuando las personas se involucran en una terapia, muy a menudo discuten detalles íntimos y problemas personales. Los pacientes tienen derecho a esperar que estas revelaciones privadas sean tratadas confidencialmente y que el terapeuta no revelará esta información que podría avergonzarles o ridiculizarles.

Según Wigmore (1961) citado por Van Hoose (1982), en el contexto legal, la confidencialidad es el término aplicado a un intercambio de información entre el terapeuta y el paciente, situación cuya relación confidencial ha sido reconocida por la legislación.

El punto aquí, es que los terapeutas tienen una clara obligación de mantener la información confidencialmente y no revelar los asuntos confidenciales a menos que sean requeridos por la ley o exista alguna justificación legal para hacerlo (vease capítulo IV; en lo que se refiere a la confidencialidad).

El caso Tarasoff ilustra el conflicto recurrente entre

códigos éticos y principios legales. El problema en tales casos no es únicamente de confidencialidad; es también, si algunos lineamientos pueden ser desarrollados para tratar con situaciones en donde las obligaciones del terapeuta para con su paciente pueden entrar en conflicto con sus obligaciones para con otras personas y la sociedad (ver cap. IV)

Puesto de otra manera, existen limitaciones tanto legales como éticas, y los terapeutas que van más allá de estos límites pueden tomar algunos riesgos, aún cuando sus motivos sean muy valiosos.

La psicoterapia tiene un importante papel en la sociedad, pero también una gran responsabilidad, particularmente con aquellas personas que no son capaces de ejercer control sobre sus propias vidas. Por ejemplo; los menores y personas con síntomas de incapacidad emocional con frecuencia -- tienen muy poca libertad para decidir.

Un problema frecuente se presenta en las diversas instituciones para las que trabajan algunos terapeutas ya que alguna de la información utilizada por las instituciones es personal e íntima, y con mucha frecuencia es proveída por el paciente con muy poco conocimiento sobre cómo será utilizada esta información. Con demasiada frecuencia, es utilizada inapropiadamente. El hecho es que algunas instituciones, escuelas y colegios en particular, abusan consistentemente de la información acerca de los estudiantes violando

así, la privacidad individual.

El peligro para el individuo es multiplicado por la posibilidad de imprecisiones en la información y algunas deficiencias en relación a nuestro conocimiento acerca de la conducta humana. Hemos notado ya que mucha de la información utilizada por los terapeutas es cuestionable, esto se debe también a que ésta es subjetiva y por lo tanto sujeta a mala interpretación. La mayoría de las recomendaciones - llevan impresos juicios de valor y la tendencia a utilizar marbetes psicológicos cuando al describir la conducta está con frecuencia cargada de confusión y es extraviada o llevada por mal camino.

Según Van Hoose (1982), "el corazón del terapeuta puede ser puro, pero algunos de sus hechos son con frecuencia groseramente incorrectos" (p. 95).

Las implicaciones legales del uso de información, incluyendo los informes orales y escritos acerca del paciente, implican problemas de derechos personales, posible difamación e información privilegiada. Informes desfavorables e insustanciales hechos a otra persona pueden conducir al litigio, por los daños que puedan causar los informes indiscretos e imprecisos.

Los terapeutas e instituciones tienen derecho de recabar cuanta información sea necesaria para llevar a cabo su misión. Ellos también tienen la responsabilidad tanto éti-

ca como legal de salvaguardar el derecho de privacidad de sus pacientes. Deben también ser capaces de documentar lo que ellos dicen con algo más que opiniones, creencias y corazonadas profesionales.

Otro problema que tiene implicaciones tanto éticas como legales, es el mal ejercicio de la profesión. Se entiende por mal ejercicio, como el daño causado al paciente como resultado de la negligencia o descuido del terapeuta. El término de daño se refiere a pérdidas tanto en dinero como físicas o psíquicas. Se habla de negligencia cuando los estándares aceptables no son seguidos y la terapia no se lleva a cabo con el debido cuidado como debiera. Aquí, se debe establecer un lazo entre la tarea u obligación y la relación causal (Van Hoose, 1982).

La literatura sobre este tema revela que las causas más frecuentes de acción en contra del mal ejercicio del terapeuta son: (a) calumnia y difamación, (b) descuido o negligencia al proporcionar el tratamiento, (c) incumplimiento de obligaciones, (d) negligencia que conduce al suicidio, (e) control de la natalidad y consulta por aborto, (f) terapia de electrochoques, (g) terapia de drogas, (h) terapia sexual, (i) experimentación ilegal, (j) fallas para supervisar a un paciente perturbado, y otros (Van Hoose, 1982).

De todo esto se deduce que la mejor manera de protegerse contra cualquier demanda ya sea ética o legal, es la

honestidad personal y profesional en la comunicación con -- los pacientes, y un interés demostrado en el bienestar de a aquellos que buscan sus servicios, son buenas defensas con-- tra cargos por abuso o mal uso de las habilidades o conoci-- mientos del terapeuta. La comprensión de nuestras limita-- ciones tanto como un sentido de obligación para con la so-- ciedad, podría contravenir algunos de los presentes proble-- mas en la responsabilidad del terapeuta.

Las dimensiones legales de consejo y psicoterapia aún no están bien definidas. Las leyes y códigos profesionales dejan muchas preguntas sin respuestas y proveen poca guía - en lo que se refiere a terapia y el proceso legal. Las aso-- ciaciones profesionales han dado una atención mínima a los aspectos legales en la psicoterapia. Sin embargo, existe - evidencia de que en casos recientes se ha visto mayor inte-- rés en el aspecto legal. Al respecto, Schutz (1982) hace - notar que "introducirse en los aspectos legales de la psico-- terapia, no importa que tan mal visto sea, es algo irrevoca-- ble y que no debe ser ignorado en el entrenamiento de psico-- terapeutas" (p. 96).

En nuestro país, el área de la ética profesional del - psicólogo ha sido escasamente atendido, ya que fué hasta el año de 1979 cuando Rodríguez (citado por Harsch, 1983) expu-- so su preocupación por este problema, señalando que "como - en México no existe ningún organismo que rija y sancione la

actividad profesional del psicólogo éste, se ve en la necesidad de ejercer su criterio de acuerdo con un código ético personal, lo que por desgracia ha dado lugar a charlatanería y abuso del estatus profesional. En consecuencia, es necesario que el psicólogo mexicano cuente con un sistema de valores claro y explícito no sólo personal sino también como profesional" (p. 160).

Posteriormente Harsch (1983) vuelve a preocuparse por el tema de la ética profesional, proponiendo en su libro -- "El Psicólogo, ¿qué hace?" algunos principios generales aplicables a los psicólogos, contemplando los aspectos de -- responsabilidad profesional, confidencialidad, competencia, honorarios, relaciones con el cliente, etc.

Fué hasta septiembre de 1984, cuando la Sociedad Mexicana de Psicología editó el Código Ético del Psicólogo, en el que se exponen los principios generales que deben gobernar la práctica profesional del psicólogo.

El problema, es que éste, solo trata de los principios generales y no de los principios específicos que se aplican a la práctica de la psicoterapia.

El problema no se queda en la falta de lineamientos -- que rijan la conducta deseable de los psicoterapeutas, ya -- que tampoco existe en nuestro país, ningún tipo de control legal que rija nuestra profesión como los hay en otros países. No necesitamos ir muy lejos para darnos cuenta de lo

inespecífico que es el Código Penal del D.F. y de las Entidades Federativas, en cuanto a la reglamentación del ejercicio profesional, no solo de nuestra profesión, sino de otras tantas profesiones que pueden caer fácilmente en conductas antiéticas. Dañando no solo es aspecto emocional y físico de las personas, sino en pocas palabras, su integridad personal.

El Código Penal para el D.F. en su artículo No. 228 señala:

"Los médicos, cirujanos y demás profesionistas similares y auxiliares serán penalmente responsables por -- los daños que causen en la práctica de su profesión, en los términos siguientes:

- I. Además de las sanciones fijadas para los delitos que resulten consumados, según sean intencionales o por imprudencia punible, se les aplicará suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de la profesión o definitiva en caso de reincidencia, y
- II. Estarán obligados a la reparación del daño por sus actos propios y por los de sus ayudantes, enfermeros o practicantes, cuando éstos obren de acuerdo con las instrucciones de aquéllos."

Y en el art. No. 230 señala:

"Igualmente serán responsables, en la forma que previene el artículo 228, todos los que causen daños indebidos en el ejercicio de una profesión, o un arte o ac-

tividad técnica".

Además de la poca especificidad de tales preceptos legales, los ciudadanos en general desconocen la manera de -- exigir la reparación del daño causado en su persona, ante qué tipo de autoridad y la manera de presentar las demandas y no solo eso, sino que desconocen que es lo que pueden demandar ya que no conocen sus derechos como pacientes y por lo tanto, la manera de exigirlos.

Es necesario dirigir nuestra atención como profesionistas hacia este tipo de problemas, buscar soluciones que a la larga beneficiarán a nuestra profesión, y no seguir perdiendo el poco prestigio que nos queda, debido sin duda alguna a la serie interminable de faltas a nuestra profesión por nosotros mismos, los profesionales de la Salud Mental.

C A P I T U L O V I

ASPECTO EMPIRICO DE LA INVESTIGACION

ASPECTO EMPIRICO DE LA INVESTIGACION

" Cuestionario de actitudes y creencias acerca de aspectos éticos y profesionales en la práctica de la psicoterapia ".

Dado que el terapeuta es un ser humano, con necesidades propias a su naturaleza, y, al gran poder e influencia que el mismo obtiene de su trabajo con pacientes; consideramos necesario iniciarnos en la investigación de los aspectos éticos que envuelven nuestra profesión, específicamente en el campo de la psicoterapia.

Siendo la psicoterapia el área más vulnerable a las conductas antiéticas, debido a que el terapeuta puede abusar del poder que le confiere su posición superior en la relación terapéutica, ya que el terapeuta tiene acceso, debido a su función en la relación, a información íntima y personal que por este mismo hecho debe ser mantenida confidencialmente.

Este es uno de los problemas que se pueden presentar, ya que existen otros, que se derivan generalmente de la insatisfacción de ciertas necesidades personales del terapeuta y que lo pueden incitar a aprovechar su posición en la relación para tratar de satisfacerlas a costa del bienestar de los pacientes, cayendo de esta manera en conductas antiéticas y por lo tanto ser susceptible a una reprimenda profesional o a una demanda de tipo penal, ya que se pueden deri

var de su conducta un daño al consultante, incrementando la resistencia y evitando el cambio que trae como consecuencia la asenuación de los problemas que tiene en su vivir cotidiano.

Si bien es importante conocer nuestras necesidades y limitaciones profesionales, también lo es el reconocer y aceptar las personales, ya que es indudable que existen. Todos tenemos puntos ciegos y problemas no resueltos; áreas en nuestras vidas que no están completamente desarrolladas y que pueden mantenernos lejos de ser tan eficientes como podríamos ser y que con seguridad interfieren en nuestro trabajo con los pacientes, ya que nos hacen vulnerables a caer en conductas antiéticas en la práctica de la psicoterapia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Basandose este estudio, en autores como Corey, et., al. (1984), Van Hoose y Kottler (1982), quienes consideran al terapeuta antes que nada como un ser humano y como tal, un ser falible aunque no por esto pasivo, sino por el contrario, un ser creativo (con lo que están de acuerdo muchos otros autores, entre ellos los que sostienen una posición humanista), nos pareció interesante conocer el valor que para los estudiantes que están por salir de su preparación académica, y que en breve serán practicantes de la psicolo-

gía clínica y en especial de la psicoterapia, tiene en el proceso psicoterapéutico, la personalidad del terapeuta y el papel que juega en esta ardua y, como señala Ramírez (1983) difícil tarea que es la psicoterapia.

El punto a investigar fué entonces, el grado de conocimiento de los aspectos éticos y prácticos de la psicoterapia, tratando de investigar la concepción que los estudiantes tienen del proceso terapéutico, de ellos mismos como personas y como profesionales, además, de ver si existen marcadas diferencias entre las concepciones de los estudiantes y las sostenidas por los teóricos en quienes se apoya nuestra investigación.

Para tal efecto se empleo un cuestionario que describiremos en la sección de método.

METODO

TIPO DE ESTUDIO

Este estudio se clasifica dentro de los llamados estudios de campo de la modalidad encuesta, es de tipo exploratorio en la medida en que el cuestionario no está perfeccionado; pretendiéndose medir el grado de información acerca de los aspectos éticos de la carrera, específicamente los relacionados a la práctica de la psicoterapia, ya que consideramos junto con Jensen (1979) que a más bajos niveles de información profesional de la psicología clínica, mayor vulnerabilidad a caer en conductas antiéticas en la práctica profesional.

INSTRUMENTO

El instrumento se construyó basándose en la bibliografía estudiada, principalmente en Corey, et. al. (1984), creándose los reactivos tratando de cubrir básicamente 4 áreas; (a) la relacionada con los cursos sobre ética profesional y el conocimiento de los lineamientos que editan la Sociedad Mexicana de Psicología y el APA, siendo estos los primeros 8 reactivos; (b) la relacionada con el terapeuta como persona y como profesional, contemplando las características y atributos más importantes de éste; (c) la relacionada con el proceso psicoterapéutico, cubriendo aspectos tanto contra--

transferenciales, como económicos, de relación sexual y social con los pacientes, y por último; (d) el área que contempla los aspectos de competencia, confidencialidad y responsabilidad profesionales.

El cuestionario consta de 50 reactivos, de los cuales, los 8 primeros tuvieron la intención de obtener información sobre la primera área y los 41 restantes, sobre las 3 áreas anteriormente mencionadas (vease cuadro de resultados).

El reactivo #9, fué eliminado por ser pregunta abierta, y por su dificultad para ser tratada estadísticamente.

El cuestionario fué validado por el método de interjueces, sometiendo al escrutinio de cinco psicólogos que actualmente practican la psicoterapia, y se piloteó con 30 -- estudiantes del área de Psicología del Trabajo.

Posteriormente los reactivos fueron sorteados para -- ser ordenados en el cuestionario.

MUESTRA

El tamaño de la muestra se determinó en base a las limitaciones de tiempo y dinero, eligiendo la Universidad -- Nacional Autónoma de México por ser en dicha Universidad en donde se realizó nuestra investigación, además, de ser la -- que cuenta con un número mayor de alumnos con quienes nos -- interesó trabajar, y, la Universidad Iberoamericana por ser de todos conocida, además, del buen reconocimiento académi-

co que posee.

La muestra está formada por un total de 140 alumnos de ambos sexos, que cursan el último semestre del área clínica de la carrera de Psicología, siendo el noveno semestre en la UNAM y el octavo semestre en la UIA.

En la UNAM, se trabajó con el total de los alumnos que tomaban la clase de "psicología Clínica y Psicoterapia II", formando un total de 114 alumnos. En la UIA, se trabajó con el total de alumnos que tomaban el curso de "Ética Profesional del Psicólogo", formando un total de 26 alumnos.

PROCEDIMIENTO

En ambas universidades se obtuvo el permiso de todos los maestros para aplicar el cuestionario en las horas en que los alumnos tomaban su clase (o curso). Este fué aplicado en forma grupal.

La persona que aplicó los cuestionarios se presentó a los grupos y les pidió a los alumnos que contestaran un cuestionario que trataba de aspectos éticos en la práctica de la psicoterapia, pidiéndoles que cualquier duda que tuviesen sobre el cuestionario lo consultaran con ella.

El plazo que se les otorgó a los alumnos para que contestaran el cuestionario fué de 30 a 40 minutos. En el transcurso de las aplicaciones no se presentó ningún problema que pudiera ser significativo.

RESULTADOS

Las respuestas de los cuestionarios fueron codificadas, siendo posteriormente procesados en forma computarizada. Se obtuvieron las frecuencias simples en porcentajes. Los resultados son presentados en forma de porcentajes, por ser ésta, una medida bien conocida por todos, además, de que esta forma nos permite un manejo más sencillos de los datos.

REACTIVOS		OPCIONES		
	No.	SI	NO	NO SE
A	1	a) 33.8	b) <u>65.5</u>	c) 0.7
R	2	a) 11.5	b) <u>87.8</u>	c) 0.7
E	3	a) <u>91.4</u>	b) 6.5	c) 2.2
A	4	a) <u>88.5</u>	b) 7.9	c) 3.6
A	5	a) <u>94.2</u>	b) 4.3	c) 1.4
I	6	a) 15.1	b) <u>81.3</u>	c) 3.6
	7	a) 8.6	b) <u>89.9</u>	c) 1.4
	8	a) 4.3	b) <u>92.8</u>	c) 2.8

CUADRO #1 Cursos sobre ética profesional y el conocimiento de los lineamientos éticos que norman la práctica profesional del Psicólogo.

REACTIVOS		OPCIONES				
	No.	a	b	c	d	e
A R E A II	10	2.9	<u>61.2</u>	2.2	26.8	5.0
	11	6.5	0.7	<u>59.7</u>	26.6	6.5
	14	2.9	33.1	<u>56.8</u>	1.4	5.8
	15	36.7	1.4	16.5	<u>40.3</u>	5.0
	16	<u>90.6</u>	2.2	5.8	1.4	0.0
	17	9.4	<u>67.6</u>	2.2	17.3	3.6
	22	9.4	11.5	<u>75.5</u>	2.2	1.4
	27	<u>56.1</u>	2.2	35.3	2.2	4.3
	28	0.7	0.7	42.4	<u>52.5</u>	3.6
	30	2.9	4.3	38.1	<u>52.5</u>	2.2
	31	2.9	<u>87.1</u>	1.4	5.8	2.9
	32	10.8	<u>46.0</u>	29.5	8.6	5.0
	33	14.4	9.4	<u>75.5</u>	0.0	0.7
	36	25.2	11.5	5.0	<u>56.8</u>	1.4
43	34.5	10.8	17.3	<u>35.3</u>	2.2	

CUADRO #2 El terapeuta como persona y como profesional.

REACTIVOS		OPCIONES				
	No.	a	b	c	d	e
A R E A III	12	7.9	31.7	<u>34.5</u>	21.6	4.3
	13	32.1	<u>60.6</u>	6.6		0.7
	18	20.1	7.2	<u>66.2</u>	2.2	4.3
	19	11.5	15.1	<u>66.2</u>	5.0	2.2
	20	<u>36.7</u>	17.3	23.7	18.0	4.3
	21	14.4	5.0	<u>52.5</u>	24.5	3.6
	24	2.9	2.2	<u>71.9</u>	20.9	2.2
	26	<u>66.2</u>	0.7	26.6	2.2	4.3
	29	19.4	15.6	<u>54.7</u>	4.3	5.8
	34	0.7	5.0	2.9	<u>64.9</u>	6.5
	38	10.8	25.2	<u>51.1</u>	11.5	1.4
	41	2.2	2.9	4.3	<u>87.8</u>	2.9
	42	<u>62.6</u>	10.8	9.4	9.4	7.9
	47	<u>69.1</u>	24.5	0.7	4.3	1.4
	48	8.6	5.0	<u>82.0</u>	1.4	2.9
	49	4.3	6.5	<u>82.7</u>	4.3	2.2

CUADRO #3 La relación terapéutica.

REACTIVOS		OPCIONES				
		a	b	c	d	e
A	23	13.7	4.3	13.7	<u>65.5</u>	2.9
	25	1.4	30.2	28.1	<u>34.5</u>	5.8
R	35	10.8	21.6	<u>58.3</u>	3.6	5.8
E	37	2.2	<u>71.9</u>	8.6	12.9	4.3
A	39	22.3	26.6	<u>39.6</u>	9.4	2.2
IV	40	8.6	<u>51.1</u>	34.5	2.9	2.9
	44	<u>95.6</u>	2.9	0.7		0.7
	45	<u>65.5</u>	8.6	10.8	9.4	5.8
	46	12.9	<u>56.1</u>	1.4	25.2	4.3
	50	<u>45.3</u>	40.3	0.7	11.5	2.2

CUADRO #4 Competencia, confidencialidad y responsabilidades del terapeuta.

INTERPRETACION DE RESULTADOS

Para fines prácticos, el análisis se presenta por áreas tema que son:

Area I: se refiere a los cursos sobre ética profesional y el conocimiento de los lineamientos éticos que norman la práctica profesional del -- Psicólogo.

Area II: el terapeuta como persona y como profesional.

Area III: la relación terapéutica, y;

Area IV: competencia, confidencialidad y responsabilidad del terapeuta.

AREA I

Las respuestas muestran cierta inconsistencia en cuanto a las mismas ya que, dado que en la UIA fueron aplicados los cuestionarios en el curso de ética profesional, se esperaba que todos los encuestados respondiesen el primer reactivo -- afirmativamente, sin embargo, se encontró que de 26 alum--nos, 18 de ellos respondieron en forma afirmativa y 8 negativamente. En cuanto a los encuestados de la UNAM (no se da el curso de ética en la facultad) de los 114 de ellos, 29 -- respondieron afirmativamente y 83 en forma negativa, suce--diendo lo mismo en el reactivo No. 2. Siendo esta inconsistencia debida, a que el cuestionario no reúne los requisitos necesarios de confiabilidad y validez.

Las respuestas de los reactivos 3, 4, y 5, reflejan un

interés por los aspectos éticos ya que más del 90% de los --
estudiantes respondieron afirmativamente. En cuanto al cono-
cimiento de los lineamientos éticos publicados tanto por la
Sociedad Mexicana de Psicología, como por el APA, se encon--
tró que entre el 80 y 90% los desconocen.

AREA II

Que comprende los reactivos relacionados con el terapeu-
ta como persona y como profesional (vesae cuadro de resulta-
dos #2).

Aquí, se encontró que los estudiantes consideran que -
las características personales del terapeuta son la variable
más importante para determinar la calidad del proceso tera--
péutico (reactivo 10), siendo la franqueza y la honestidad -
las características más importantes de un buen terapeuta ---
(reactivo 11), y la motivación del paciente para el cambio,
el factor que determina sí la terapia será o no efectiva ---
(reactivo 14).

En cuanto al atributo más importante del terapeuta (re-
activo 15), las respuestas se dividieron entre la habilidad
del terapeuta para usar adecuadamente las técnicas, y la ha-
bilidad del terapeuta para especificar un plan de tratamien-
to y evaluar los resultados. Se encontraron elevados porcen-
tajes en relación a la terapia personal del terapeuta (reac-
tivo 16), considerando que ésta debería ser un requisito in-

dispensable, y que, para que el terapeuta (reactivo 17) pueda ayudar al paciente, éste debe estar libre de cualquier -- conflicto personal en el área en la que el paciente está trabajando, siendo antiético que el terapeuta busque satisfacer sus propias necesidades a través del paciente (reactivo 22), ya que el terapeuta debe tener en cuenta como objetivo principal el bienestar del paciente. Considerando, además (reactivo 27), que su motivación para ser psicólogos es su deseo de ayudar a la gente a encontrar sus respuestas dentro de sí misma; además (reactivo 28), del crecimiento personal que esperan sentir a través de su trabajo profesional.

En cuanto a los valores, los estudiantes están de acuerdo en que los terapeutas (reactivo 30 y 31) deberían estimular a los pacientes a buscar dentro de sí y descubrir valores que tengan significado para ellos, además, consideran -- (reactivo 32), que es responsabilidad del terapeuta aprender los valores del paciente y no imponer los suyos a los mismos, y que si se presentara el problema en el terapeuta de no poder ser objetivo debido a sus valores (reactivo 33), éste deberá referir al paciente a otro profesional, manteniendo fuera de la relación sus valores, estimulando a sus pacientes a cuestionar sus propios valores y a decidir sobre la calidad de su propia conducta (reactivo 36).

AREA III

Comprende los reactivos que se relacionan con la relación terapéutica (ver cuadro de resultados #3).

En relación a las revelaciones del terapeuta para con el paciente (reactivo 12), las respuestas se dividieron entre la opción que señala que es inapropiado hacerlo y, la que -- considera que se debe hacer raras veces y únicamente cuando el terapeuta seinta deseos de compartir alguna experiencia. Consideran además, que el respeto, la cordialidad, la aceptación, el aprecio, parcialidad y empatía son condiciones necesarias para un cambio positivo en los pacientes (reactivo -- 13).

En cuanto a la amistad (reactivo 18 y 19) consideran -- que una relación personal aunque no amistad es esencial en -- la relación terapéutica y que la amistad es un signo de con-- trartransferencia y no debe ser mezclada con la terapia (reac-- tivo 38).

Sobre los sentimientos del terapeuta hacia el paciente (reactivo 24), consideran que los deben discutir con un su-- pervisor o colega, y, los del paciente hacia el terapeuta -- (reactivo 26), debe el paciente ser ayudado a elaborar estos sentimientos y comprenderlos.

Ven la psicoterapia (reactivo 29) como un proceso que -- les permite a los pacientes tomar decisiones respecto a sus propias vidas; considerando (reactivo 21), que el agotamien--

to profesional puede ser evitado, buscando maneras de nutrirse.

En cuanto a la relación sexual entre paciente y terapeuta (reactivo 41), consideran que ésta nunca es ética, y que no es inteligente el tocar frecuente y sistemáticamente a -- los pacientes (reactivo 42), ya que puede ser mal interpretado, y, en relación a los honorarios profesionales (reactivo 47, 48 y 49), se inclinan más por creer que el terapeuta debe ajustarse a los recursos económicos de quienes solicitan sus servicios, y que en dado caso de que el paciente se quedara sin trabajo, el terapeuta debe continuar con la terapia, bajo el entendido de que el paciente pagará en cuanto perciba nuevos ingresos.

AREA IV

Comprende los reactivos sobre competencia, confidencialidad y responsabilidad del terapeuta (ver cuadro de resultados #4).

En cuanto a la confidencialidad (reactivo 39), las respuestas se distribuyeron entre las 3 primeras opciones con el 22.3% de los estudiantes están de acuerdo en que ésta no debe romperse bajo ninguna circunstancia, el 26.6% sostienen que es ético romperla bajo circunstancias especiales y el 39.6% coinciden en que para romperla es necesario pedir primero autorización del paciente.

Vemos que para los estudiantes (reactivo 23), su mayor temor a iniciarse en la consulta profesional es no saber lo bastante o no ser lo suficientemente hábil al usar las técnicas, y, en cuanto a los requisitos que les permitirán sentirse listos para ejercer como terapeutas (reactivo 25), el 34.5% consideran que se sentirán listos para dar consulta - hasta que se conviertan en una persona consciente y desarrollen la habilidad de reexaminar continuamente su propia vida y relaciones, el 30.2% consideran que estarán listos hasta que se sientan con mucha confianza y sepan que serán eficientes.

Consideran (reactivo 35 y 40), que es necesario referir a un paciente cuando sus necesidades y problemas se interponen en el camino para ayudar al paciente, terminando la terapia cuando ellos consideren que es tiempo para hacerlo.

Señalan además, que el mejor criterio para determinar su competencia para ejercer (reactivo 37), es el hecho de haber tenido entrenamiento, supervisión y experiencia en las áreas en las que desean ejercer, considerando que las instituciones que preparan psicoterapeutas (reactivo 46) deberían seleccionar a sus estudiantes de acuerdo a las características personales necesarias, manifestando además (reactivo 45), que los códigos éticos se deben aplicar desde el nivel de estudiantes o Servicio Social en adelante, estando

de acuerdo en la participación del terapeuta en la comunidad (reactivo 50). El 95.6% están de acuerdo en que la educación continua debería ser una meta importante en el entrenamiento y práctica de la psicoterapia (reactivo 44).

CONCLUSIONES

En general las respuestas dadas, están de acuerdo con la posición que manejamos y apoyamos, lo que no quiere decir, que por el hecho de que hayan coincidido con la posición que apoyamos, esté garantizado que estos estudiantes, se comportarán éticamente en la práctica profesional.

Dado que el 81.43% de los estudiantes que forman la muestra, son estudiantes de la UNAN y el 18.57% de la UIA, y los porcentajes de las respuestas otorgadas por los estudiantes a 46 de los reactivos del cuestionario se elevan por encima del 50%, lo cual nos permite llegar a la conclusión de que no es un curso formal de ética profesional incluido en el curriculum académico, lo que determinará que se conduzcan éticamente en el ejercicio profesional, siendo más bien desde nuestro personal punto de vista, los aspectos socioculturales y familiares los que influyen mayormente en la creación de los valores y principios que permitirán al futuro terapeuta no caer en conductas antiéticas y trabajar para el beneficio del paciente y buscar siempre la manera de mantenerse dentro de los límites de la competencia que le permitan realizar un buen ejercicio en su carrera profesional.

El asegurar un buen servicio profesional, es un serio problema para el Psicólogo, la profesión de psicología y para la sociedad. Para el psicólogo, la carrera y aún la vi-

da profesional puede ser puesta en peligro. La profesión - debe asegurar que el que la practica está capacitado para - proporcionar los servicios solicitados, ya que las actividades de los individuos se refleja rápidamente en el crédito que la profesión tiene, y debido a que la sociedad es la -- principal solicitante de los servicios, tiene un interés - fundamental en sancionar sólo los servicios de alta calidad y que se ofrecen eficientemente.

En el presente caso, el objetivo es asegurar un servicio profesional competente y, por lo tanto, mantener la utilidad del practicante durante el transcurso de su vida profesional. Una solución es la educación continua, presumiendo con tal razonamiento, que la capacidad asegura la buena ejecución. La educación continua es una manera formal de - obtener una singular clase de experiencia que pueda ampliar las habilidades profesionales y dar al profesionista mayor . capacidad para llevar a cabo sus tareas y responsabilidades diarias.

Se puede decir que las capacidades practicadas no se - deterioran, sino que por el contrario mejoran con el tiempo. El practicarlas significa mantenerlas. Claro que la experiencia no da la inmunidad al error. Tal vez nuestra mejor esperanza es el detectar y remediar prontamente nuestros errores.

Un servicio prestado competentemente no es una simple

extensión de la capacidad, de los conocimientos adquiridos o el ejercicio de ellos. Estos fundamentos son claramente requeridos, pero otros componentes, tales como la conducta ética, y la eficiencia en la intervención, son también necesarias. Por lo tanto, el aseguramiento del servicio competente es un objetivo a largo plazo que no debe ser sobreestimado en la etapa formativa de la profesión.

El mantener una buena capacidad profesional, es un problema complejo que requiere un estudio cuidadoso. Si se han de dar soluciones significativas.

La necesidad de proposiciones que puedan servir como base para un debate activo no puede ser sobre enfatizado. Será importante que los planes en proyecto no sólo logren el objetivo de asegurar un servicio profesional competente, sino que también enaltescan la ciencia y la profesión del psicólogo.

Esté o no usted familiarizado con los lineamientos éticos de su profesión, debe usted ser aún desafiado a desarrollar su propio código personal de ética que gobierne su práctica. Los lineamientos generales ofrecidos por la mayoría de las organizaciones no dicen específicamente lo que deben hacer los practicantes, y usualmente representan un mínimo de estándares de conducta ética. Su propio conocimiento ético y su reflexión sobre problemas que son claros

determinarán cómo interpretar y traducir los lineamientos -
generales en sus decisiones que día a día realiza como pro-
fesional.

Por supuesto que los códigos éticos son útiles y nece-
sarios, pero éstos no resuelven por sí mismos los problemas
que tratan de regular.

SUGERENCIAS

1. Es importante crear lineamientos éticos más específicos a la práctica de la psicoterapia.
2. Que los códigos éticos profesionales sean aplicados a todos aquellos que se dediquen a la práctica de la psicoterapia, independientemente de la aproximación que sustenten.
3. Es importante que se realice más investigación sobre el proceso psicoterapéutico y todos los aspectos que se relacionen con éste.
4. La creación de cursos sobre los diversos aspectos de la Psicología Clínica y la Psicoterapia.
5. La creación de talleres sobre los aspectos prácticos de la psicoterapia.
6. La creación de Concejos tanto de Revisión como de Certificación y Vigilancia del ejercicio profesional, que normen los aspectos tanto académico como práctico de la carrera de Psicología y en especial del área Clínica.

B I B L I O G R A F I A

- Alexander, F. & French, M. T. *Terapéutica Psicoanalítica*, 2a. ed., Buenos Aires, Paidós, 1965.
- Allport, G. W. *La personalidad, su Configuración y Desarrollo*, 6a. ed., Barcelona, Herder, 1977.
- Aramoni, A. *La neurosis, una actitud y una fórmula insuficiente frente a la existencia*, 1a. ed., México, UNAM, - 1983.
- Aristóteles *Ética nicomaquea*, 10a. ed., México, Porrúa, -- 1982.
- Bernstein, B. L. & Lecomte, G. *Licensure in psychology: - alternative direction. Professional Psychology*, Vol. 12, No. 2, 1981, pp 200-208.
- Busee, E. W. *Old and New Issues- Ethics and Psychiatry. -- Am J Psychiatry*, Vol. 141. No. 3, March 1984.
- Código Penal para el D.F.*, 54a ed., México, Porrúa, 1981.
- Corey, G., Schneider, C. M. & Callanan, P. *Issues & Ethics in the Helping Professions*, 2nd Edition, Monterey, Calif., Brooks/Cole Publishing Company, 1984.
- Cottingham, H. F. *Some broader perspectives on credentialing counseling psychologist, The Counseling Psychologist*, Vol. 9, No. 1, 1980, pp 19-20.
- Curso de Prácticas del 3er. Nivel*, Facultad de Psicología, UNAM, 1981.
- Dana, R. H. *Teoría y Práctica de la Psicología Clínica*, -- Buenos Aires, Paidós, 1972.
- Davis, J. W. *Counselor licensure: Overskill?, Personnel - and Guidance Journal*, Vol. 60, No. 2, 1981, pp 83-85.
- DeKraai, M. B. & Sales, B. D. *Privileged communications of psychologists. Professional Psychology*, Vol. 13, No. 3, 1982, pp 372-388.
- Denkowski, K. M. & Denkowski, G. C. *Client-counselor confidentiality: An update on rationales, legal status, and implications. Personnel and Guidance Journal*, Vol. 60, No. 6, 1982, pp 371-375.

- Devereux, G. De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento, México, Siglo XXI, 1977.
- Ellis, A. & Whiteley, J. M. Theoretical and Empirical Foundations of Rational-Emotive Therapy, Monterey, Calif., Brooks/Cole Publishing Company, 1979.
- Erikson, H. E. Sociedad y adolescencia, 5a. ed., México, - Siglo XXI, 1979.
- Everestine, L. et. al. Privacy and Confidentiality in Psychotherapy. American Psychologist, Vol. 35, No. 9, --- 1980, pp 828-840.
- Fretz, B. R. & Mills, D.H. Professional certification in counseling psychology. The counseling Psychologist, -- Vol. 9, No. 1, 1980, pp 2-17.
- Frick, W.B. Psicología Humanista, Buenos Aires, Ed..Guadalupe, 1973.
- Fromm, E. Etica y Psicoanálisis, 12a. ed., México, F.C.E., 1982.
- Fromm-Riechmann, F. La personalidad del Terapeuta, Buenos Aires, Paidos, 1977 (a).
- Fromm-Riechmann, F. Psicoanálisis y Psicoterapia, Buenos Aires, Paidos, 1977 (b).
- Fromm-Riechmann, F. Principios de Psicoterapia Intensiva, 5a. ed., Buenos Aires, Paidos, 1980.
- Goble, F. G. La tercera fuerza, México, Trillas, 1977.
- Greenson, R. Técnica y Práctica del Psicoanálisis, 4a. ed., México, Siglo XXI, 1980.
- Gross, S. J. Professional disclosure: An alternative to licensure. Personnel and Guidance Journal, Vol. 55, -- 1977, pp 586-588.
- Gross, S.J. The myth of professional licensing. American Psychologist, Vol. 33, 1978, pp 1009-1016.
- Guggenbühl, C. A. Poder y destructividad en psicoterapia, Caracas, Monte Avila, Ed., 1974.

- Hare-Mustin, R. T., et. al. Rights of Clients, Responsibilities of therapists, American Psychologist, Vol. 34, No. 1, 1979, pp 3-16.
- Harrsch, C. El Psicólogo ¿ qué hace ?, 1a. ed., México, -- Alambra Mexicana, 1983.
- Ingenieros, J. Las fuerzas morales, México, Ed. Epoca, --- 1982.
- Jensen, R. E. Competent Professional Service in Psychology: The real issue behind Continuing Education, Professional Psychology, Vol. 10, June 1979, pp 381-389.
- Jones, W. T., Sontag, F., Beckner, M.O. & Fogelin, R.J. --- Approaches to Ethics, 2nd ed., New York: McGraw-Hill, 1969.
- Karazu, T.B. The Ethics of Psychotherapy, Am J Psychiatry, Vol. 137, No. 12, 1980, pp 1502-1512.
- Knapp, S. & Vandecreek, L. Tarasoff: Five years later, -- Professional Psychology, Vol 13, No. 4, 1982, pp 511-516.
- Koocher, G. P. Credentialing in Psychology: Clouse en--- counters with competence, American Psychologist, Vol. -- 34, No. 8, August 1979. pp 696-702.
- McCandless, B.r. & Evans, E. D. Children and Youth: Psycho social Developmental, Hinsdale, Ill: Dryden Press, --- 1973,
- Margolin, G. Ethical and Legal considerations in marital - and family therapy, American Psychologist, Vol. 37, No. 7, 1982, pp 788-801.
- Maslow A. Toward a Psychology of being, 2nd ed., New York; Van Nostrand Reinhold, 1982.
- May, R. El dilema existencial del Hombre, 2a. ed., Buenos Aires, Psidos, 1973.
- Menninger, K. A. & Holzman, P. S. Teoría de técnica psicoanalítica, Buenos Aires, Ed. Psiqué, 1960.
- Millán, S., et. al. Erich Fromm y el psicoanálisis humanista, 2a. ed., México, Siglo XXI, 1982.

- Minuchin, S. Familias y Terapia Familiar, 1a. ed., México, Gedisa Mexicana, 1983.
- Ongay, M. E. El concepto de contratransferencia en psicoterapia, Tesis Profesional, México, U.N.A.M., 1982.
- Perls, F. El enfoque gestáltico, 2a. ed., Chile, Ed. Cuatro Vientos, 1976.
- Piaget, J. Seis estudios de Psicología, 6a. ed., México, - Six Barral, 1979.
- Ramírez, S. Obras Escogidas, 1a. ed., México, Ed. Línea, - 1983.
- Rogers, C. R. El proceso de convertirse en persona, Buenos Aires, Paidós, 1972.
- Rogers, C. R. Psicoterapia centrada en el cliente, Buenos Aires, paidós, 1975.
- Sánchez, V. A. Ética, 7a. ed., México, Ed. Grijalbo, 1973.
- Shah, S. Privileged communications, confidentiality, and - privacy: Privileged communications. Professional Psychology, Vol. 1, No. 1, 1969, pp 56-59.
- Shah, S. Privileged communications, confidentiality, and -- privacy: Confidentiality. Professional Psychology, -- Vol. 1, No. 2, 1970, pp 159-164.
- Siegel, M. Privacy, Thics, and Confidentiality, Professional Psychology, Vol. 10, No. 2, 1979, pp 249-258.
- Singer, E. Conceptos fundamentales de la psicoterapia, 2a. ed., México, F.C.E., 1979.
- Stricker, G, Clainborn, W.L. & Bent, R.J. Peer review: -- An overview. Professional Psychology, Vol. 13, No.1, -- 1982, pp 5-8.
- Stude, E. W. & McKelvey, J. Ethics and The Law: Friend or foe?. Personnel and Guidance Journal, Vol. 57, No. 9, 1979, pp 453-456.
- Sullivan F. W. Peer Review and Professional Ethics, Am J - of Psychiatry, Vol. 134, No. 2, February 1977, pp 186-188.

- Sullivan, H. S. La entrevista Psiquiátrica, Buenos Aires, Ed. Psiqué, 1974.
- Talbutt, L. C. Ethical standards: Assets and limitations. Personnel and Guidance Journal, Vol. 60, No. 2, 1981, - pp 110-112.
- Van Hoose, W. H. & Kottler, J. A. Ethical and Legal Issues in Counseling and Psychotherapy, 4th ed., San Francisco, California, Jossey/Bass Publishers, 1982.
- Vitulano, L. A. & Copelan, B. A. Trends in continuing education and competency demonstration. Professional Psychology, Vol. 11, No. 6, 1980, pp 891-897.
- Wolberg, L. R. The Technique of sychotherapy, 3rd ed., --- Grune & Stratton, Inc., New York, 1977.
- Zitrin, A. & Klein, H. Can psychiatry police itself effectively? The expeience of one district branch, Am J of Psychiatry, Vol. 133, 1976, pp 653-656.

BIBLIOGRAFIA REVISADA

- Jagim, R. D., Wittman, J.W. & Noll, L.O. Mental Health, -- Professional'attitudes toward Confidentiality, Privilege, and Third-party Disclousure, Professional Psychology, Vol. 10, June 19879, pp 381-389.
- Rojas, S. R. Guía para realizar investigaciones sociales, 7a. ed., México, U.N.A.M., 1982.
- Rosen, A. C. Ethical Issues in the treatment of children, Journal of Social Issues, Vol. 34, No. 2, 1978, pp 122-135.
- Sales, B. D. & Grisso, T. Law and Professional Psychology: An Introduction. Professional Psychology, Vol. 9, August 1978, pp 363-366.

riencia.

- d) es útil para los terapeutas revelar cómo se sienten respecto a sus pacientes en el contexto de las sesiones terapéuticas.
13. Una relación paciente-psicoterapeuta caracterizada por respeto, cordialidad, aceptación, aprecio, parcialidad y empatía es:
- a) una condición necesaria y suficiente para un cambio positivo en los pacientes.
 - b) una condición necesaria pero no suficiente para un cambio positivo en los pacientes.
 - c) una condición ni necesaria ni suficiente para un cambio positivo en los pacientes.
14. De los siguientes factores, ¿ cuál es el más importante para determinar si la terapia será efectiva?
- a) la clase de persona que es el terapeuta.
 - b) las habilidades y técnicas que emplee el terapeuta.
 - c) la motivación del paciente para el cambio.
 - d) la orientación teórica del terapeuta.
15. De los siguientes, ¿ cuál es el atributo más importante de un terapeuta?
- a) la habilidad para usar adecuadamente las técnicas.
 - b) el conocimiento de la teoría conductual y terapéutica.
 - c) autenticidad y franqueza.
 - d) habilidad para especificar un plan de tratamiento y evaluar los resultados.
16. Yo creo que, para aquellas personas que desean ser psicoterapeutas, la psicoterapia personal:
- a) debería ser requisito indispensable.
 - b) no es un factor importante para desarrollar la capacidad para trabajar con otros.
 - c) debiera alentarse pero no requerirse.
 - d) es únicamente necesaria cuando el terapeuta posee "verdaderos" problemas.

17. Yo creo que, con objeto de ayudar a un paciente, el --
terapeuta:
- a) debe gustar del paciente en lo personal.
 - b) debe estar libre de cualquier conflicto personal -
en el área en la que el paciente está trabajando.
 - c) necesita haber experimentado el mismo problema que
el paciente.
 - d) necesita haber experimentado sentimientos simila--
res a aquellos que está sintiendo el paciente.
18. Respecto a la relación paciente-terapeuta, yo creo que:
- a) el terapeuta debe permanecer objetivo y anónimo.
 - b) el terapeuta debe ser un amigo para el paciente.
 - c) una relación personal, aunque no amistad, es esen--
cial.
 - d) una relación cálida y personal no es esencial.
19. El entablar lazos de amistad con los paciente durante
el transcurso de la psicoterapia:
- a) es una condición necesaria para facilitar la tera--
pia.
 - b) es un buen recurso para que el paciente no idealice
al terapeuta.
 - c) puede ser señal de contratransferencia y por lo --
tanto obstaculizar la terapia.
 - d) es señal inequívoca de que el psicoterapeuta tiene
un alto nivel de adaptación.
20. Puedo experimentar una crisis o desgaste profesional -
si:
- a) me involucro en muchos proyectos demandantes y es--
timulantes.
 - b) debo hacer cosas en mi trabajo que carecen de sig--
nificado.
 - c) mi vida personal se caracteriza por luchas y con--
flictos.
 - d) mis pacientes se quejan mucho y no mejoran.

21. Creo que el agotamiento profesional:

- a) ocurre únicamente a aquellos profesionales que han tenido una preparación deficiente.
- b) es inevitable y debemos aprender a vivir con él.
- c) puede ser evitado si encuentro maneras de satisfacerme y nutrirme.
- d) puede o no ocurrir dependiendo del tipo de pacientes con los que trabaje.

22. A mi juicio el hecho de que el terapeuta busque satisfacer sus necesidades a través del paciente es:

- a) totalmente adecuado ya que la psicoterapia es, en última instancia, una interrelación y como tal debe satisfacer a ambas partes.
- b) posible que suceda en ocasiones y opere así como una ayuda para que el psicoterapeuta no caiga en crisis de desgaste profesional.
- c) antiético pues el psicoterapeuta debe tener en cuenta como objetivo principal el bienestar del paciente.
- d) irrelevante cuando el paciente está de acuerdo en ello, y no muestra indicios de que le produzca algún inconveniente.

23. De los siguientes, mi mayor temor cuando pienso en iniciarme en la consulta profesional, es:

- a) que cometa errores.
- b) que mis pacientes no cambien lo suficientemente rápido.
- c) identificarme mucho con los problemas de mis pacientes.
- d) no saber bastante o no ser lo suficientemente hábil al usar las técnicas.

24. Si yo tuviera fuertes sentimientos, positivos o negativos por un paciente, creo que debería:

- a) discutir mis sentimientos con el paciente.
- b) guardármelos y esperar que eventualmente desaparezcan.

- c) discutir mis sentimientos con un supervisor o colega.
 - d) aceptar mis sentimientos como naturales a menos -- que empiecen a interferir con la relación terapéutica.
25. No me sentiré listo para dar consulta o terapia a otros hasta que:
- a) mi propia vida esté libre de problemas.
 - b) yo haya experimentado la consulta o terapia como paciente.
 - c) me sienta con mucha confianza y sepa que seré eficaz.
 - d) me vuelva una persona consciente y desarrolle la habilidad de reexaminar continuamente mi propia -- vida y relaciones.
26. Si un paciente diera muestras evidentes de tener fuertes sentimientos de atracción o rechazo por mí, yo --- creo que debería:
- a) ayudar al paciente a elaborar estos sentimientos y comprenderlos.
 - b) gozar de esos sentimientos si fueran positivos.
 - c) referir mi paciente a otro psicólogo.
 - d) dirigir las sesiones a áreas menos emocionales.
27. De las siguientes motivaciones, aquella que más expresa mi razón de querer ser Psicólogo es:
- a) mi deseo de ayudar a la gente a encontrar sus respuestas dentro de sí misma.
 - b) mi esperanza de cambiar al mundo de alguna manera.
 - c) mi deseo de continuar creciendo junto con las demás personas.
 - d) el prestigio y el estatus que yo asocio con el ser psicólogo.
28. Cuando considero el hecho de involucrarme en una profesión de servicio social, como lo es la de Psicólogo, -- lo que más valoro es:
- a) el dinero que espero ganar.

- b) la seguridad que imagino tendré en el trabajo.
 - c) el conocimiento de que estaré íntimamente involucrado con gente que busca una vida mejor.
 - d) el crecimiento personal que espero sentir a través de mi trabajo.
29. Yo veo la psicoterapia como:
- a) un proceso de reeducación para el paciente.
 - b) un proceso mediante el cual se les enseña a los pacientes valores nuevos más apropiados para vivir.
 - c) un proceso que les permite a los pacientes tomar decisiones respecto a sus propias vidas.
 - d) un proceso para dar consejo y establecer metas para los paciente.
30. Con respecto a los juicios de valor dentro de la psicoterapia, los terapeutas deberían:
- a) sentirse libres de hacer juicios sobre la conducta de sus pacientes.
 - b) transmitir activamente sus propios valores cuando ellos piensen que sus pacientes necesitan un nuevo sistema de valores.
 - c) permanecer neutral y mantener sus valores fuera del proceso terapéutico.
 - d) alentar a los pacientes a cuestionar sus propios valores y a decidir sobre la calidad de su propia conducta.
31. Los psicoterapeutas deberían:
- a) enseñar a sus pacientes conductas y valores deseables.
 - b) estimular a los pacientes a buscar dentro de sí y descubrir valores que tengan significado para ellos.
 - c) reforzar los valores dominantes de la sociedad.
 - d) muy sutilmente, si acaso, retar el sistema de valores del paciente.

32. Respecto a apreciar y comprender el sistema de valores de pacientes que son culturalmente diferentes a mí:
- a) creo que lo más importante es que yo lea e interprete los mensajes no verbales.
 - b) veo como mi responsabilidad aprender sus valores y no imponer los míos a ellos.
 - c) creo que debo tratar a estos pacientes de la misma manera o con el mismo enfoque que trato a los pacientes de mi misma cultura.
 - d) creo que lo más adecuado sería referirlos a un psicoterapeuta que posea sus mismos valores.
33. Si un paciente viniera a mí con un problema y yo viera que debido a mis valores no podré ser objetivo, yo debería:
- a) aceptar al paciente por el reto de volverme más tolerante con la diversidad de valores.
 - b) decirle al paciente al inicio mis temores respecto a nuestros valores en conflicto.
 - c) referir al paciente a otra persona.
 - d) intentar influenciar al paciente a que adopte mi forma de pensar.
34. Cuando el psicoterapeuta se identifica con los problemas y la persona del paciente hasta el grado de no poder diferenciar sus sentimientos de los del paciente:
- a) la relación psicoterapéutica ha llegado a su grado máximo y está a punto de resolverse.
 - b) el psicoterapeuta está en posición de entender de lleno el problema del paciente y por lo tanto de aconsejarlo adecuadamente.
 - c) esto es un indicador de que el psicoterapeuta está frente a una persona con una gran capacidad para comunicarse.
 - d) esto es un indicador de que se está llevando a cabo el fenómeno de la contratransferencia.
35. Yo referiría un paciente a otro terapeuta:
- a) si el paciente mostrara mucho desagrado por mí.
 - b) si yo no tuviera mucha experiencia en trabajar con la clase de problema que presenta el paciente.

- c) si viera que mis propias necesidades y problemas - se interponen en el camino de ayudar al paciente.
 - d) si el paciente pareciera desconfiar de mí.
36. Mi posición ética respecto a los valores en psicoterapia es que, como terapeuta, yo debería:
- a) nunca imponer mis valores a un paciente.
 - b) exponer mis valores, sin imponerlos a mis pacientes.
 - c) informar a mis pacientes lo que yo considero ser - los valores apropiados.
 - d) mantener mis valores fuera de la relación terapéutica.
37. El principal criterio para determinar si soy competente para ejercer es:
- a) que tenga un título para hacerlo.
 - b) que haya tenido entrenamiento, supervisión y experiencia en las áreas en las que deseo ejercer.
 - c) que mis pacientes sientan que están recibiendo ayuda.
 - d) que me sienta seguro y confiado de lo que estoy haciendo.
38. Respecto a dar terapia a los amigos, yo creo:
- a) pocas veces es inteligente aceptar un amigo como - paciente.
 - b) debe hacerse raras veces y únicamente si se declara - claro que la amistad no interferirá con la relación terapéutica.
 - c) la amistad y la terapia no deben mezclarse.
 - d) debe hacerse únicamente si les parece apropiado -- tanto al paciente como al terapeuta.
39. Respecto a la confidencialidad, creo que:
- a) bajo ninguna circunstancia debo romperla.
 - b) es ético romperla bajo circunstancias especiales.
 - c) para romperla debo siempre pedir primero permiso autorizado a mi paciente.

- d) puedo romperla cuando converse con colegas.
40. Los terapeutas deben dar por terminada la terapia con un paciente cuando:
- a) el paciente decide hacerlo y no antes.
 - b) ellos juzgan que es tiempo para hacerlo.
 - c) es claro que el paciente no está beneficiándose con la terapia.
 - d) el paciente se estanca.
41. Una relación sexual paciente y terapeuta es:
- a) ética si el paciente la inicia.
 - b) ética si el terapeuta decide que es por el bien del paciente.
 - c) ética únicamente cuando el paciente y el terapeuta discuten el tema y están de acuerdo con la relación.
 - d) nunca ética.
42. Respecto a tocar frecuente y sistemáticamente a los pacientes, creo que:
- a) no es inteligente ya que puede ser mal interpretado por los pacientes.
 - b) debe hacerse únicamente cuando el terapeuta sienta genuinos deseos de hacerlo.
 - c) es una parte importante del proceso terapéutico.
 - d) es ético cuando el paciente lo solicita.
43. Considero la homosexualidad como:
- a) una desviación sexual.
 - b) una alternativa sana a la sexualidad.
 - c) un problema social.
 - d) una característica del individuo.
44. Yo creo que la educación continua:
- a) debería ser una meta importante en el entrenamiento y práctica de la psicoterapia.
 - b) es una opción sólo para quienes cuentan con los recursos económicos necesarios.

- c) puede contribuir a aumentar la clientela y el prestigio del psicoterapeuta.
45. Generalmente los Códigos Éticos para psicólogos se aplican:
- a) desde el nivel de estudiantes que realizan prácticas o servicio social.
 - b) desde el nivel de pasantes de la carrera de psicología.
 - c) a psicólogos titulados y de estudios superiores únicamente.
 - d) a psicoterapeutas, investigadores y a quienes supervisen a los estudiantes de la carrera únicamente.
46. Las instituciones que preparan psicoterapeutas deberían seleccionar a sus estudiantes:
- a) por sus antecedentes y capacidad académica principalmente.
 - b) según el grado en que posean características personales necesarias para ser buenos terapeutas (como lo definen los resultados de las investigaciones).
 - c) por su edad, experiencia y nivel socioeconómico.
 - d) la selección es un proceso discriminativo con el que estoy en desacuerdo ya que todas las personas deben tener las mismas oportunidades.
47. Acerca de los honorarios profesionales, yo creo que:
- a) el psicoterapeuta debe ajustar la remuneración de sus servicios profesionales a los recursos económicos de quien lo solicite.
 - b) el psicoterapeuta debe establecer una cuota fija - por sus servicios y dejar que el paciente se responsabilice de ella.
 - c) el psicoterapeuta debe solicitar el 30% de los ingresos del paciente.
 - d) el paciente debe decidir sobre el monto del pago - por consulta.

48. Si yo como psicoterapeuta tuviera un paciente que perdiera su trabajo y por lo tanto ya no pudiera cubrir mis honorarios profesionales, creo que:
- le indicaría que debemos suspender la psicoterapia hasta que él se encuentre de nuevo en posibilidad de pagar mis honorarios.
 - lo referiría a un psicoterapeuta cuyos honorarios sean más bajos que los míos.
 - continuaría la psicoterapia bajo el entendido de que empezará a pagarme en cuanto perciba de nuevo ingresos.
 - le daría crédito cargándole los intereses correspondientes.
49. Acerca de los honorarios profesionales por concepto de psicoterapia, creo que:
- sería mejor si el factor honorarios no existiera ya que así, el trato psicoterapéutico sería más puro o efectivo.
 - en nuestra cultura lo que se regala es visto sin valor y lo costoso como algo que pertenece a una jerarquía superior, por lo tanto, los honorarios deben ser elevados para que la labor psicoterapéutica sea apreciada.
 - están supeditados a las circunstancias, sin rigidez, sin enorme laxitud procurando que la psicoterapia quede en las mejores condiciones posibles tanto para el paciente como para el psicoterapeuta.
 - debo aplicar un mismo criterio a todos los pacientes para así, asegurarme un ingreso que cubra dignamente mis necesidades.
50. Respecto a la responsabilidad del psicólogo clínico con la comunidad, considero que:
- el psicólogo debe educar a la comunidad respecto a la naturaleza y disponibilidad de los servicios psicológicos.
 - el psicólogo debe participar en la modificación de aquellos patrones sociales que necesitan ser cambiados.
 - los asuntos de la comunidad quedan fuera del panorama propio de un psicólogo clínico.
 - el psicólogo debe dejar que los pacientes por sí mismos descubran que servicios están disponibles para que así su motivación al cambio sea auténtica.

HOJA DE RESPUESTAS

EDAD: _____ SEXO: _____ ESCOLARIDAD: _____
 UNIVERSIDAD: _____ FECHA: _____

- | | | | | | | | | | |
|-----|-------|---|---|---|-----|---|---|---|---|
| 1) | a | b | c | | 26) | a | b | c | d |
| 2) | a | b | c | | 27) | a | b | c | d |
| 3) | a | b | c | | 28) | a | b | c | d |
| 4) | a | b | c | | 29) | a | b | c | d |
| 5) | a | b | c | | 30) | a | b | c | d |
| 6) | a | b | c | | 31) | a | b | c | d |
| 7) | a | b | c | | 32) | a | b | c | d |
| 8) | a | b | c | | 33) | a | b | c | d |
| 9) | _____ | | | | 34) | a | b | c | d |
| | _____ | | | | 35) | a | b | c | d |
| 10) | a | b | c | d | 36) | a | b | c | d |
| 11) | a | b | c | d | 37) | a | b | c | d |
| 12) | a | b | c | d | 38) | a | b | c | d |
| 13) | a | b | c | | 39) | a | b | c | d |
| 14) | a | b | c | d | 40) | a | b | c | d |
| 15) | a | b | c | d | 41) | a | b | c | d |
| 16) | a | b | c | d | 42) | a | b | c | d |
| 17) | a | b | c | d | 43) | a | b | c | d |
| 18) | a | b | c | d | 44) | a | b | c | |
| 19) | a | b | c | d | 45) | a | b | c | d |
| 20) | a | b | c | d | 46) | a | b | c | d |
| 21) | a | b | c | d | 47) | a | b | c | d |
| 22) | a | b | c | d | 48) | a | b | c | d |
| 23) | a | b | c | d | 49) | a | b | c | d |
| 24) | a | b | c | d | 50) | a | b | c | d |
| 25) | a | b | c | d | | | | | |

Gracias por su cooperación.