



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"VISIÓN PANORÁMICA DE LA ODISEA DE LA PSICOTERAPIA:
ANÁLISIS DE LOS ASPECTOS IMPLICADOS EN EL PROCESO"

T E S I S

Que para obtener el título de
Licenciado en Psicología

P r e s e n t a :

Becerra González Cruz Edgardo

No. Cuenta: 9753731-3

Asesores: Mtro. Andrés Mares Miramontes
Mtra. Rocío Trón Álvarez
Lic. Azucena Hernández Ordoñez



Tlalnepantla de Baz, Edo. de México

2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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

Resumen.....	4
Introducción.....	5
1. Bosquejo del estado actual de la psicología.....	12
2. La psicología clínica.....	33
2.1 Definición.....	33
2.2 Formación del psicólogo clínico.....	35
2.3 Funciones del psicólogo clínico.....	40
3. La psicoterapia.....	47
3.1 Definición.....	47
3.2 Dinámica de la psicoterapia.....	51
3.2.1 Las técnicas terapéuticas.....	52
3.2.2 Las variables del terapeuta dentro de la psicoterapia.....	54
3.2.3 Los factores no específicos.....	75
4. La ética.....	78
4.1 La ética profesional.....	79
4.2 La psicoética.....	80
4.2.1 Los puntos de referencia básicos de la psicoética.....	81
4.2.1.1 Los principios morales.....	83
4.2.1.1. a) El principio de beneficencia.....	83
4.2.1.1. b) El principio de autonomía.....	86
4.2.1.1. c) El principio de justicia.....	86
4.2.1.2 La inseparabilidad de los principios.....	87
4.2.1.3 Las normas psicoéticas básicas.....	88
4.2.1.3. a) La regla de confidencialidad.....	88
4.2.1.3. b) La regla de veracidad.....	89
4.2.1.3. c) La fidelidad a las promesas hechas.....	90
4.3 La psicoética en la psicoterapia.....	92

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

5. El vínculo terapéutico.....	110
5.1 La alianza de trabajo.....	114
5.2 La transferencia.....	116
5.3 Intercambio personal.....	122
5.4 Autenticidad, empatía y aceptación incondicional.....	125
5.4.1 Autenticidad.....	126
5.4.2 Empatía.....	128
5.4.3 Aceptación incondicional.....	131
5.5 El estilo terapéutico.....	134
5.6 La conclusión del tratamiento.....	140
6. Reflexiones.....	145
Consideraciones Finales.....	195
7. Referencias Bibliográficas.....	200
8. Anexo.....	208

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El trabajo presente tiene como finalidad exponer las reflexiones entorno a los elementos que se juegan dentro del proceso terapeutico basandose en la idea de que son múltiples elementos que distan mucho de la objetividad con que se les pretende visualizar. La tesis está dividida en cinco capitulos. Los dos primeros que pueden llamarse básicos: bosquejo del estado actual de la psicología y la psicología clinica, crean la antesala para exponer, en otro capitulo, lo referente a la psicoterapia. En ese espacio se describe la existencia de factores especificos y no especificos dentro del proceso psicoterapeutico y se abre la necesidad de hablar sobre ellos. Asi se retoman argumentos en relación con la ética y el vinculo terapéutico. En el apartado de las reflexiones se afirma la necesidad de reconocer en los factores no especificos el papel más importante del proceso terapéutico, al inconsciente como el principal actor en ellos y en general a la psicoterapia como el crisol de una relación entre dos seres humanos, con verdades diferentes, desde la cual se espera ayudar a quien así lo solicita.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuando me acerco a alguien que necesita ayuda, encuentro fuerzas en la certidumbre de que puedo recurrir a algo más grande que yo. Puedo llamarlo Dios, Espíritu, Energía, Conciencia, Amor. Yo lo llamo Dios. Y percibiéndolo con intensidad me siento capaz de hacer las cosas simples que realmente cuentan

Alice Norman

INTRODUCCIÓN

La psicología enfrenta al estudiante en formación a un gran abanico de opciones profesionales, tantas que resulta digno de un trabajo especial. Tan sólo una de ellas fue la inspiración para el actual trabajo: la psicoterapia. De ella se ha escrito mucho, ya sea para sostener su existencia como para derrumbarla. Sin embargo, persisten las mismas dudas: ¿qué pretende? ¿cómo se determina? ¿qué cosas se involucran en tal proceso? Desde algunos puntos, cada cuestión corresponde a otras más y a respuestas puntuales. Empero, la situación se dificulta más aquí pues ¿en qué se sustentan los que afirman que la psicoterapia procura el bienestar del usuario del servicio psicoterapéutico?, ¿en qué, los que afirman que la psicoterapia depende de la eficacia técnica? y, ¿en cuáles bases se apoyan quienes aseguran es la personalidad del terapeuta el factor esencial y director del curso de la terapia?

La idea básica de trabajo es que dentro del proceso terapéutico se juegan múltiples elementos que distan mucho de la objetividad con la que se pretenden visualizar. Por lo tanto aquí se pretendió discutir los aspectos que están implicados en la dinámica de la psicoterapia, tomando en cuenta los argumentos que presenta la literatura en torno a estos y que los señala como: 1) los que consideran que el factor fundamental que decide las directrices, y por ende el resultado terapéutico, son las técnicas terapéuticas (p.ej. la entrevista); 2) los que mantiene que las variables del terapeuta son las relevantes (p.ej. el autoconocimiento); y, 3) los que defiende la relevancia de

TESIS CON
TEMAS DE ORIGEN

los factores no específicos como determinantes de los resultados (p.ej. el vínculo existente entre el terapeuta y el paciente).

Para ello se empleó una línea analítica de textos, o lo que se denomina estudio exploratorio-descriptivo. Este consiste en recabar información para reconocer, ubicar y definir el problema obteniendo un panorama más preciso de la situación, conociendo las variables que se asocian, y así señalar los lineamientos de futuras investigaciones (Rojas, 1981). Por tanto se realizaron lecturas que permitieron analizar cuáles son los elementos que se juegan dentro de la terapia, así como plasmar las ideas que resultaron de su análisis, colocándolas en tela de juicio. Así, el trabajo se dividió en cuatro capítulos, cada cual trabaja cosas diferentes en aras de los elementos de la psicoterapia, siendo el resultado el siguiente¹.

En el primer capítulo se realiza un análisis referente al estado actual de la psicología. Se podrá dar cuenta de que en su despredimiento de la filosofía y la teología, la psicología tuvo que definir una materia de trabajo, con cualidades ajenas a las divinas -manejada desde el pensamiento griego antiguo hasta el siglo XVII- y sí con características más terrenales. El resultado entonces fue el estudio de la conciencia como el propio de la psicología y la introspección como el método correspondiente. Más tarde, la psicología de la conciencia encontró en sus propios razonamientos la antítesis que dio lugar, en el siglo XIX, al estudio del inconsciente. Para algunos de sus estudiosos, la psicología adquiriría matices de verdadera ciencia puesto que ésta construía su objeto a partir de nociones teóricas-conceptuales y no a partir de su propio descubrimiento; mientras que para otros, la psicología retornaba al mundo de

¹ Cabe aclarar que a lo largo del texto el lector se encontrará con el uso indiferenciado de los términos profesional profesional de la salud psicólogo terapeuta y psicoterapeuta para hacer alusión a la persona que presta los servicios de psicoterapia; mientras que los términos cliente, usuario, persona, paciente, sujeto y otro hacen referencia a quien solicita el servicio terapéutico. El motivo obedece a dos cosas principalmente: a un estilo particular de redacción y a la amplia gama para referir a los participantes de la terapia.

lo intangible y lo mágico. Tal situación permitió, en el mismo siglo, la incursión en el campo psicológico del método científico experimental, de gran éxito hasta entonces en las ciencias orgánicas.

Y, si bien se reconoce por tradición que la psicología se instaure como ciencia a partir del establecimiento del laboratorio de Wundt en 1879, este trabajo promueve los argumentos necesarios para reflexionar sobre esta postura y edificar así la idea de que tal mérito se debe al conductismo, quien por razones epistemológicas, establece un objeto de estudio, categorizado y depurado, con su respectiva forma de aprehenderlo, metodológicamente coherente al propósito. Sin embargo, gnoseológicamente, el conductismo encuentra su mayor obstáculo y, a pesar de señalar a la conducta como el objeto de la psicología, sitúa de nueva cuenta a esta disciplina en el dilema de lo cierto o no de su carácter científico.

Al final de este capítulo, el lector podrá encontrar algunos argumentos necesarios para reflexionar sobre la personalidad científica o ideológica de la psicología.

En el segundo capítulo se habla de la psicología clínica, pues ella representa las bases en la que algunos autores descansan la práctica terapéutica. Podrá leerse que diferentes definiciones de psicología clínica coinciden en señalar que es un área de la psicología general, que se encarga de explicar la génesis y mantenimiento de los trastornos psicológicos, que aplica los principios básicos de la psicología general, y que aplica estos principios a una situación particular, con el objetivo de buscar el bienestar del usuario.

Es menester entender, desde ahí, que el psicólogo clínico debe recibir un adiestramiento con características particulares. Así la exposición se encauzó hacia la formación del psicólogo clínico, donde se encontraron diversas opiniones de lo que

debe considerarse dentro de los espacios y programas académicos. En la última parte del capítulo se expone lo que en la opinión de diversos autores son las funciones del psicólogo clínico. De esta forma se aterrizó en la psicoterapia.

De tal modo, en el tercer capítulo se exponen algunas consideraciones en torno al proceso terapéutico. Las definiciones expuestas le otorgan un carácter que va desde un enfoque de solución de problemas hasta una relación entre dos personas, terapeuta y paciente, donde lo importante es la atención de lo que al último le aqueja.

En este capítulo se deja ver que existen muchas alternativas psicoterapéuticas, hecho que dificulta determinar, aquello que posibilita o impide el éxito o buen curso de una terapia. Por tanto, en un apartado se aborda la dinámica de la terapia donde se dice que existen tres formas de entender los factores que influyen en la terapia. Estos son: las técnicas, las variables del terapeuta y los factores no específicos.

Otra parte del trabajo se enfoca en estos factores no específicos. En cuanto a estos, se habla de la ética y el vínculo terapéutico, en un cuarto y quinto capítulo respectivamente.

En el cuarto capítulo se aboga por la ética como el estudio de la moralidad y al "ethos" de una profesión como el conjunto de normas y actitudes que juzgan la actividad de un profesional. La psicoética en este sentido es la encargada del estudio de los dilemas éticos en la relación establecida entre un terapeuta y un paciente. La psicoética comprende tres principios básicos -el de autonomía, el de beneficencia y el de justicia- que corresponden a otras tantas normas éticas -la de confidencialidad, la de veracidad y la de fidelidad.

Todo esto señala el accionar del terapeuta en, al menos, cinco situaciones: la

competencia, las relaciones duales, la confidencialidad, las relaciones profesionales y la representación pública. Cada situación alude, respectivamente, al reconocimiento que hace el terapeuta de sus propias habilidades, al procedimiento adecuado para sobrellevar la relación terapéutica fuera del espacio de la terapia, a la apertura y manejo de información que posibilita para él y para el otro, al trabajo con otros profesionales y al manejo de su papel e investidura fuera del campo estrictamente profesional. Todas y cada una es expuesta bajo la opinión de diversos autores y, en algunas ocasiones, con pasajes que las ilustran.

En el quinto capítulo se trabaja el vínculo o alianza terapéutica. Éste puede entenderse, como se expone a lo largo del trabajo, desde diferentes lugares. Desde la perspectiva de la variables del terapeuta y del paciente, el vínculo existente entre estas dos personas se señala como los acuerdos entablados en torno a los procedimientos del espacio terapéutico, así como a las manifestaciones de empatía que puedan existir entre ambos participantes; y, más concretamente se refiere al hecho de ser auténtico, empático para con el otro y a aceptarlo incondicionalmente, lo que se traza comúnmente como vínculo o alianza terapéutica.

El vínculo o alianza terapéutica conlleva diversos elementos tales como la alianza de trabajo -establecimiento de las metas y tareas de la terapia-, la transferencia -sentimientos depositados hacia la imagen que el otro representa-, el intercambio personal -el compartir sentimientos en el espacio terapéutico-, el estilo terapéutico -la forma particular de ser y de llevar el proceso terapéutico que tiene el terapeuta- y la posibilidad de conclusión del tratamiento. Todos estos se revisan por separado.

Al final aparecen la reflexiones, producto del trabajo realizado, donde se desarrolla una propuesta desde la cual entender a la psicología y a la psicoterapia y desde la cual delimitar los elementos presentes en el proceso terapéutico, lanzada desde una

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

perspectiva que pretende integrar diversas nociones conceptuales sobre la oportuna base epistemológica y filosófica.

CAPÍTULO 1

1. BOSQUEJO DEL ESTADO ACTUAL DE LA PSICOLOGÍA

A través de su formación los psicólogos se encuentran con una gran cantidad de interrogantes que permanecen sin respuesta, una de ellas se refiere a lo que es la Psicología. Comúnmente, y por comodidad de términos, se dice que es una ciencia; algunos dicen que estudia el comportamiento, otros, que estudia los procesos intrapsíquicos, unos más que estudia la interacción del hombre con el medio que lo rodea, etcétera.

La psicología occidental ha crecido tanto, a partir de sus orígenes históricos, que ahora reina cierta insatisfacción con el propio término "psicológico" en tanto que descripción de un campo fundamental de la conducta humana. Tal es el efecto de ello sobre el estudio de la conducta humana que resulta imposible separar las modalidades psicológicas de modelos sociológicos, biológicos o ecológicos (Watts, 1992).

A cierto nivel de especialización, las divisiones del saber científico echan a andar juntas, precisamente porque han avanzado lo suficiente para ver que el propio mundo va junto en sí mismo, por más nitidamente que se disciernen sus partes (Watts, 1992). Pero para poder entender su conexión, cada una debe tener al menos una clara idea de aquello a lo que se enfoca.

De aquí la controversia siempre creciente sobre la necesidad de la unificación de cada ciencia bajo un lenguaje descriptivo común a todos sus departamentos; y también, sobre todo, la importancia cada vez mayor de la descripción, de la comunicación, de los modelos de signos y señales de la propia ciencia que representan y explican el modelo estructural del mundo (Follari, 1982; Watts, 1992).

En la revisión de diversos textos psicológicos, que hace Braunstein (1975), se

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

encuentra que los respectivos autores no cumplen satisfactoriamente con lo que ellos mismos plantean como objetivo: definir el objeto de estudio de la psicología.

En la marcha, Braunstein se encuentra con objetos propios de la disciplina nombrados como el mundo moral, actividad psíquica o fenómenos psíquicos, mente o vida mental. Todas estas se pueden englobar en un común denominador, precepto filosófico conceptual, la conciencia. En otro caso, algunos autores ponderan como objeto de estudio de la psicología al comportamiento, a la interacción con el ambiente, a las respuestas presentadas por el organismo ante los estímulos ambientales (fuera de los reflejos y otras respuestas somáticas) y a las operaciones fisiológicas, motrices, verbales y mentales. En tal situación, vale la pena hacer uso del término conducta para poder englobar a tales concepciones. En algunos otros casos, se presentan términos como personalidad que pretenden contemplarse desde ambas categorías, conciencia y conducta, ya que es definida como un sentimiento interior y como un acto observable.

Según ese autor, sólo en ciertas ocasiones el objeto de la psicología fue señalado como el ser humano real y concreto. El problema en tales situaciones se encuentra al momento de señalar como cualidades de este objeto, aspectos mentales, subjetivos, y/o conductuales, objetivos.

Desde el análisis, Braustein (1975) se plantea también la siguiente incógnita: si las respuestas ambientales son propias del estudio psicológico ¿qué marca la diferencia entre las ciencias orgánicas -la fisiología, la biología y la anatomía- y la psicología?

Cuando el objeto de estudio es la conducta, el lector se encuentra con que dicho término alude a la serie de respuestas que presenta un organismo de la interacción con su ambiente. Estas respuestas pueden ser de dos tipos: sencillas y somáticas o

menos sencillas y no somáticas. Las primeras corresponden al ámbito de la fisiología y la biología mientras que las segundas son propias de la disciplina psicológica, desde entonces, dada la definición de tal objeto de estudio, ciencia psicológica.

El problema que Braunstein halla en tales afirmaciones explícita un problema que arrastra la psicología desde sus intentos de separarse de la fisiología, la objetivización de su materia de estudio.

Si se entiende que las respuestas menos sencillas (más complejas) son las pertenecientes al campo psicológico, queda la posibilidad que estas se refieran a las conductas psíquicas (puesto que las más sencillas son las respuestas reflejas y las somáticas); y si bien en los años recientes se ha intentado purificar el término psíquico, por autores como Ellis y Beck (Caballo, 1991), quienes lo definen como las operaciones verbales interiorizadas, las valoraciones, los reportes verbales y las interpretaciones de los eventos socioambientales, el tema no se agota ahí.

En las posturas que afirman que la conducta es la respuesta de un organismo ante los cambios del medio, los autores no temen disolver la materia psicológica con la de la biología, indiferenciando una de la otra, dice Braunstein.

La pregunta que surge al calce, en ese texto, cuestiona la posibilidad de que el objeto de la psicología pueda ser visto, entonces, por distintas ciencias. La solución expone que si bien se sigue hablando de una ciencia psicológica, la psicología es un enfoque, una manera de considerar hechos de experiencia, que es complementaria de otros como el biológico, el sociológico, etcétera y cuyo cometido es analizar los mismos hechos. Al margen, la respuesta no es tan sencilla. Por el momento basta decir que tal objeto de estudio no puede tomarse en aislado ni en un conglomerado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Braunstein (1975) engloba así a los objetos de estudio de la psicología, según lo expuesto por los autores por él revisados, en tres grandes grupos: los que emplean conceptos con definiciones tautológicas (el objeto de estudio de la psicología es el psiquismo humano) o no definidos (psicología es la ciencia de la vida mental —donde vida mental no es en ningún momento definida) o definidos con mayor o menor claridad. En este orden de ideas, Braunstein afirma que a pesar de todo las diferentes concepciones pueden percibirse desde dos concepciones generales conciencia y conducta. Dichos términos, permanecen desde hace muchos años en los discursos psicológicos como ejes de diversas producciones teóricas y posibilitan la defensa de las diferentes escuelas e ideologías fundadas en torno a tales teorías. Sin embargo no puede eruirse su inmutabilidad puesto que son esas mismas categorías las que son empleadas para cuestionarse entre sí y para sus adentros. Y el caso más próximo que viene a la pluma es el de la conciencia.

En su definición etimológica, psicología se traduce como tratado o estudio del alma (logos= estudio o tratado, psique = alma, espíritu). En su uso inicial, psicología remitía a todo aquello concerniente a lo que el humano atribuyera dones, virtudes, habilidades o cualidades divinas, ya que eso era el alma. En su carácter inicial, el alma (sustancia inmortal, por cualidad, indistinta al cuerpo, de origen divino y propia de los humanos) era concedida a los ámbitos metafísicos y teológicos, donde se enfatizaba su emanación divina y la eternidad de su existencia (Braunstein, 1975; Watts, 1992).

Este carácter sustancial se oponía a otro, el del cuerpo por lo que resultó bastante sencillo especificar a cada quien su labor. Los filósofos y los teólogos encargados del estudio de los andares del alma y los anatomistas y fisiólogos de los haberes del cuerpo humano.

Para Braunstein (1975) resulta difícil asegurar en qué momento se laicizó el alma,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

desprendiéndose de todas esas cualidades que le eran atribuidas², para transmutarse en lo que se conoce como conciencia, con características más terrenales y del dominio del propio humano, con lo que se dispuso un paso más previo al enamoramiento por lo objetivo y lo tangible³. Aunque la respuesta aparece en los mismos renglones, pues sólo cuando la conciencia, subjetivizada y objetivizada, cargada de atributos específicos, es nombrada como tal se aparta de otra "cosa": el alma.

Se dice que tal transición se permeó por toda una serie de fenómenos sociales e individuales. En el camino destacan los trabajos de San Agustín, Santo Tomás de Aquino y René Descartes⁴.

San Agustín, seguidor del maniqueísmo, sectarismo religioso y filosófico, entendía al igual que su escala de pensamiento, que el mundo estaba dividido y que se caracterizaba por las dualidades, el bien y el mal, la luz y la oscuridad, el espíritu y la materia. Sin embargo, contrariamente a la filosofía bajo la cual se formó, San Agustín concebía junto con la corriente platónica que tal distinción no podía ser tan extremista y rígida. El mundo de las ideas, noción del filósofo griego de la antigüedad, servía como el puente entre el mundo divino y el terrenal, propio del ser humano (Mueller,

² En la conjunción de la filosofía griega con la judía, se intentó demostrar que el mundo de Dios sólo estaba al alcance del hombre únicamente a través del permiso o destinación del primero (Mueller, 1993)

³ Con ello se abre la posibilidad al dualismo que indicaba la existencia del mundo de la deidad, de las almas y las ideas, y el mundo terrenal, del cuerpo. La responsabilidad del hombre sobre sus propios actos fue en todo momento marcada a pesar de señalarse que el queneracer del hombre y su termino estaban planeados por Dios (Mueller 1993).

En la obra de los filósofos de la Grecia antigua, se evidenciaba la conjunción entre el alma y el cuerpo, de hecho no es sino hasta el siglo XVII que se introdujo la separación radical entre el alma y el cuerpo (Lopez, 1995). En efecto, el dualismo encuentra refuerzo en la lucha entre el estado y la iglesia existente durante la Edad Media. Es entonces que se dice que la filosofía griega encontró su cristianización en dos periodos del Medievo. El primero, Platón, con San Agustín y el segundo, Aristoteles, con Santo Tomás de Aquino (Mueller, 1993)

⁴ Es importante una breve exposición de la postura de estos autores para poder entender el dilema etimológico de la psicología, así como para comprender el camino que llevo a la conformación de dos maneras diferentes de entender a la psicología, el estudio de la conciencia y el estudio de la conducta.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1993).

Para Santo Tomás existía una sola verdad, una es la aprehendida por los sentidos y la otra es la proporcionada por Dios, ambas se superponen en muchos sentidos. La primera correspondería a la verdad terrenal y la segunda a la verdad divina. Esa sola verdad existe sólo a partir de la conjunción de las dos verdades descritas.

El carácter de la verdad obtenida a través de los sentidos proviene sólo de los animales y de los seres humanos. Lo insustancial, como Dios y los ángeles carecen de cuerpo y por lo tanto de una cualidad propia de éste, el pensamiento deductivo. Sólo el hombre goza de éste y al igual que el mundo de las ideas de Platón, es el puente entre los dos mundos o verdades, o mejor dicho una cualidad que aproxima más al hombre a la verdad absoluta, insistiendo, producto de la suma de dos verdades mencionadas (Mueller, 1993).

El puente entre las concepciones de alma y de conciencia se asentaba, destituyéndose a la segunda de las propiedades insustanciales y divinas de la primera. Sólo que sería hasta el trabajo de Descartes cuando esto se concretiza.

La tesis de Descartes se puede resumir como una frase que afirma que el hombre no es este cuerpo material, dado que su completa esencia consiste en pensar. Tal existencia está determinada por el conjunto de operaciones mentales del pensamiento.

En este sentido, Descartes asigna la cualidad máxima a la razón, tal y como en su momento lo hiciera Sócrates. Sus puntos de vista coinciden en que sólo la razón puede proporcionar el conocimiento de la verdad, por lo que el hombre no debe guiarse por sus sentidos (Braunstein, 1975).

Descartes afirmaba que no se puede fiar de lo que dicen los sentidos, puesto que también cuando se sueña se cree estar viviendo algo real, y tal parece que no exista algo que distinga las sensaciones en estado de vigilia y en estado de sueño. La pregunta a la que llega inicialmente Descartes es: ¿cómo se puede estar seguro de que la vida entera no es un sueño? Y es en este punto donde decide continuar su planteamiento filosófico, punto nodal donde los trabajos filosóficos topaban y a partir del cual todo trabajo interrogativo sobre la realidad implicaba implementar dudas sobre todo, lo que volvía el trabajo filosófico más difícil.

Partiendo de la primicia de que cuanto más evidente resulte algo al pensamiento tanto más segura es su existencia, Descartes se percató de que al dudar de todo, lo constante era la duda y como tal evidenciaba que su pensamiento permanecía constante, por lo tanto existía (Mueller, 1993).

“Yo había advertido desde mucho tiempo antes, como he dicho más arriba que, en lo que atañe a las costumbres es necesario a veces seguir opiniones que se saben muy inciertas como si fuesen indubitables; pero desde el momento en que me propuse entregarme ya exclusivamente a la investigación de la verdad pensé que debía hacer todo lo contrario y rechazar como absolutamente falso todo aquello en lo que pudiera imaginar las más pequeñas dudas para ver si después de esto quedaba algo entre mis creencias que fuese enteramente indubitables. Así fundándome en que los sentidos nos engañan algunas veces, quise suponer que no había cosa alguna que fuese tal y como ellos nos la hacen imaginar; y en vista de que hay hombres que se engañan al razonar aún en las más simples materias de geometría y juzgando que yo estaba tan sujeto a equivocarme como cualquier otro, rechacé como falsas todas las razones que antes había aceptado mediante

demostración y finalmente, considerando que los mismos pensamiento que tenemos estando despiertos pueden también ocurrirnos cuando dormimos, sin que en este caso ninguno de ellos sea verdadero, me resolví a fingir que nada de lo que hasta entonces había entrado en mi mente era más verdadero que las ilusiones que mis sueños. Pero inmediatamente después caí en la cuenta de que, mientras de esta manera intentaba pensar que todo era falso, era absolutamente necesario que lo que yo pensaba, fuese algo; y advirtiendo que esta verdad: lo pienso, luego existo era tan firme y seguro que las más extravagantes oposiciones de los escépticos eran incapaces de conmoverla pensé que podía aceptarla sin escrúpulo como el primer principio de la filosofía que andaba buscando. Luego examinando con atención lo que yo era y viendo que podía imaginar que no tenía cuerpo y que no había ni lugar alguno en que estuviese, pero que no por eso podía imaginar que no existía, sino que, por el contrario, del hecho mismo de tener ocupado el pensamiento en dudar de la verdad de las demás cosas se seguía muy evidente y ciertamente yo existía; mientras que si hubiese dejado de pensar, aún hubiera tenido ninguna razón para creer en mi existencia, conocí por eso que yo era una sustancia cuya completa esencia o naturaleza consiste sólo en pensar y que para existir no tiene necesidad de ningún lugar ni depende de ninguna cosa material de modo que este yo, es decir el alma, por la que soy lo que soy, es enteramente distinta del cuerpo, y hasta más fácil de conocer que él, y aunque él no existiese, ella no dejaría de ser todo lo que es" (Braunstein p.28-29).

Puede decirse que este fragmento del texto Discurso del Método, de 1637, con el célebre pienso, luego existo marca el comienzo de la psicología de la conciencia.

Al afirmar que la realidad exterior ofrece características alcanzables a la razón, como son su medida y peso, en general todo lo cuantificable, con lo que puede aprobarse o descartarse su existencia, según el mundo de la razón -en cambio sus características cualitativas, como el color, el olor, son susceptibles de los sentidos de tal forma-, Descartes constata dos formas distintas de realidad, el pensamiento, propio de la razón y el alma, y la extensión, propia de la materia y de los sentidos. El dualismo se corrobora y con ello se abren paso, sobre él, el dominio de la conciencia y sus funciones mentales (Mueller, 1993).

Ahora bien, hasta aquí la breve revisión del camino que constituyó el rompimiento del término alma con sus particularidades divinas para convertirse en lo que se conoce como conciencia. El problema, sin embargo, apenas comienza ya que, dice Braunstein (1975), los diferentes libros de psicología eluden definir el término o bien se da por entendido como una evidencia, que se alcanza intuitivamente y de la que todos participamos verdaderamente. En este ejercicio se pudo comprobar que textos como el de Sarason (1994) no proporcionan una definición de lo que es la conducta, a pesar de afirmar que el estudio de la misma es lo propio de la psicología.

La importancia radica en que una vez entendido de que el objeto de estudio de la psicología es tal cosa, explícita o implícitamente, en las diversas escuelas teóricas en psicología, resulta que, como se dijo, se define al mismo tiempo su propuesta metodológica, más adecuada para su abordaje.

Por ejemplo, concibiendo a la conciencia como objeto de estudio y siendo esta balde de distintas funciones, como las sensaciones, percepciones, atención, memoria, juicios, emociones, sentimientos y voluntad, el procedimiento idóneo es aquel donde el sujeto examina sus propios contenidos de conciencia (Braunstein, 1975).

Esa observación interior, introspección o *insight*, proporcionó vasto material evidencial de la existencia de la conciencia, por lo que su determinación como objeto de estudio no fue cuestionado en forma tal que posibilitara un tambaleo en sus cimientos, pese a las dudas críticas y razonamientos de Kant y Comte.

El objeto se mueve entonces en un continuo donde participa en su reconstrucción y reformulación, puesto que la metodología que evoca posibilita la aparición de argumentos que replantean las preguntas que interrogan por el objeto. En este orden de ideas se expone lo siguiente.

El objeto de estudio psicológico no posee un ciclo vital, al menos hasta ahora. Es decir, no concluye su desarrollo con la acuñación del término o concepción de la conciencia. Más bien, en evolución, encuentra sus confrontaciones.

En efecto, fue en el seno de la doctrina de la conciencia donde Sigmund Freud en el año de 1900 publicó su obra *princeps* la interpretación de los sueños, con la que inauguraría una escuela psicológica vigente hasta estos días, y a partir de la cual se han derivado muchas otras, modificando o ampliando algunos de sus principios.

La conciencia, muchas veces nombrada como el yo regulador, se convertía en el instrumento que permitía el conocimiento real de la Realidad y en el principal obstáculo para dicha consecución. En efecto, Freud, distinguió las funciones de la conciencia como los productos de un agente cuyo trabajo se superpone al de ellos. El inconsciente, según Freud opera como el filtro entre lo que se percibe del mundo exterior y lo que queda plasmado en el psiquismo o alma del ser humano. Su trabajo operacional es, en toda ocasión, contrario a lo solicitado para la convivencia humana,

por lo que debe valerse de un traductor que en tal caso es la conciencia ⁵ (Braunstein, 1975).

Lo que en ella reside, por tanto no es de primera mano, no es la realidad directa sino completamente subjetivizada por las relaciones entre el individuo y su entorno. Ahí radica su falsedad.

La revolución teórica de Freud en relación con las tesis de Descartes pueden precisarse en las líneas anteriores. Para el primero no existía el pienso luego existo. Por el contrario, la existencia se determinaba en tanto el sujeto -a su entorno- como cuerpo, tiende al placer y a la satisfacción del deseo (Braunstein, 1975).

Las apreciaciones psicoanalíticas instauradas por Freud, retoman lo que diversos pensadores previos a él argumentaban como cualidad indispensable de lo humano, lo social. El placer, en tanto principio. No es sino en la medida en que se agrupa con el deseo y es sobre éste en lo que la sociedad juega un papel de suma importancia. Efectivamente, una de las funciones del grupo social es la de modelar y encauzar el deseo en función de las necesidades del conjunto de la estructura cultural. La problemática de la conciencia, del psiquismo y del inconsciente humano se maximiza al aspecto colectivo (Marx y Hillix, 1995).

Para la conciencia, su existencia fundada en la razón, la función pensar podía ser su representante, desligada del cuerpo, de todo soporte material y espacial. Desde el

⁵ Es aquí donde aparece en toda su magnitud el revolucionario descubrimiento de Freud, el cual no encaja con su modelo empírico de ciencia y de hombre, pues la dimensión descubierta no es empírica. Lo inconsciente no se ve, ni huele, ni se toca, no puede ser observado por los sentidos, pero se infiere, se deduce, si se extrae de la experiencia de uno mismo, por introspección más que por inducción empírica. Y, cosa admirable, este descubrimiento coincide con el de los físicos cuánticos cuando desde principios del siglo XX investigaban el mundo profundo del átomo, que resultó también la dimensión no empírica de la materia y en nuestros días el mundo de los "cuarks" o subatómico. Es un hecho que la energía atómica no se ve, ni se oye, ni se toca, no puede ser observada por los sentidos, sino que se deduce y saca por la experiencia del observador sobre la materia que observa (Brito, 1998).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

psicoanálisis la psique del hombre se plantea diferente, puesto que la conciencia implica un doble juego: reconocimiento del sujeto desde y para sí mismo pero a la vez desconocimiento de que como tal está sujeto y sometido a las exigencias del mundo exterior y a las pulsiones que buscan en el placer. La conciencia, lejos de ser el todo en el psiquismo humano, es para el psicoanálisis una instancia más subordinada al inconsciente y al mundo social (Braunstein, 1975; Mueller, 1993; Marx y Hillix, 1995; Freud, 1999).

Por si esto fuera poco, una de las funciones atribuidas por tradición a la conciencia, la gobernabilidad y enjuiciamiento de las conductas del hombre sobre los eventos, en términos de lo que es bueno o malo en general, es seriamente confrontada por la psicología del inconsciente. Desde ahí, el conocimiento interior, más bien obedece a la manera en que el sujeto incorpora y asume la autoridad, restricciones, prohibiciones de las personas que le rodean y de la sociedad en su conjunto para referir o fantasear una realidad. En suma, la conciencia moral se delega a las normas culturales y a lo que cada sujeto asume de ellas en su formación (Freud, 1999).

La conciencia, posterior a la revolución psicoanalítica, no conservó en absoluto las cualidades atribuidas por Descartes y otros filósofos de la antigüedad, ni siquiera en su concepción más laica. Sí, la teoría analítica desechó presupuestos tales como que la conciencia existe y da existencia al ser humano a través de la realización de una función específica: pensar (Braunstein, 1975).

El uso del término conciencia encontró así adversidades en sus propios preceptos. Sin embargo el obstáculo teórico del uso del término conciencia no llegó sólo con el psicoanálisis. Sus adversidades encontraron bases en otro de los preceptos clásicos e indispensables.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

La posibilidad de saber o conocer las cualidades y características de las funciones de la conciencia fue para Watson lo que lo individual, dominio y existencia de la conciencia, por el sólo hecho de funcionar positivamente, fue para Freud.

La tarea de la psicología, para Watson tenía que ser algo más que la mera pretensión de llegar a conocer la estructuración, funcionamiento y nombramiento de la conciencia. En este trabajo reflexivo, Watson cuestionaba la utilidad de ese saber, argumentando la incapacidad que tiene de modificar y evitar los cambios en la conducta humana que para él son los causantes de los problemas humanos (Braunstein, 1975). Según él:

"la psicología tal como la ve el conductista, es una rama puramente objetiva y experimental de la ciencia natural, su meta teórica es la predicción y el control de la conducta. La introspección no constituye una parte esencial de sus métodos, y el valor científico de sus datos no depende de que se presenten a una interpretación fácil en función de la conciencia. En sus esfuerzos por obtener un esquema unitario de la respuesta animal, el conductista no reconoce ninguna línea divisoria entre el hombre y el bruto. La conducta del hombre, con todo su refinamiento y complejidad, no es más que una parte total de investigación del conductista... Parece haber llegado el momento de que la psicología descarte toda referencia de la conciencia; de que no necesite ya engañarse al creer que su objeto de observación son los estados mentales" (Marx y Hillix, 1995 p.162).

En otras palabras, el objeto de estudio de la psicología es la función de adaptación al medio que tiene la conducta del organismo

Según Braunstein (1975), el conductismo de Watson no presenta ninguna revolución

ante los paradigmas que daban sustento a los trabajos teóricos de otras escuelas filosóficas y psicológicas, tal como lo dicen algunos autores. De hecho, si se recuerda el trabajo de los funcionalistas como William James y Edward Thorndike se evidenciaba en ellos una preocupación por responder al qué hacen los hombres y por qué lo hacen.

Por eso se dice que si bien el conductismo rechaza al sistema estructuralista y al funcionalista, la ruptura epistemológica no se da con éste último. El estructuralismo, a pesar de emplear el término conciencia, enfatiza la importancia del estudio de las funciones de la vida mental o conciencia que podían ser entendidos como respuestas presentes ante ciertos estímulos.

Este modelo y los trabajos de Pavlov dieron la base filosófica, teórica y experimental para intervenir en el comportamiento, así como la posibilidad material de modelar el instinto y la ley comportamental que devino de la matriz epistemológica: O --> S, operacionalización propia del conductismo (Noriega y Gutiérrez, 1995).

Es prudente aclarar en este momento que se ha dado por entendido que el uso del término conducta es propia del conductismo, sin embargo no debe pensarse de tal manera. Previo a los trabajos de Watson, existieron modelos que describían sus objetos de estudio como conductas, tal es el caso del funcionalismo como ya se explicó. Pero se echaba mano, de manera indistinta, de tal término y de otros como vida o funciones mentales o respuestas. No obstante, como también se dijo, se reconoce en la teoría watsoniana la virtud de sentar las bases de una psicología antimentalista sistematizada con un lenguaje común, explícito, y un método, el experimental, y un objeto definido, la conducta (Braunstein, 1975; Marx y Hillix, 1995).

Véase lo que el conductismo significa para la psicología precedente y actual, según

Braunstein (1975). Con dicha teoría se instaura un nuevo objeto de estudio, pasando de los estados mentales a la conducta; lo que llevó al empleo de un método diferente cambiando la introspección por la experimentación objetiva; con lo que se pretendía más que la descripción de la vida mental, la predicción y control de la conducta. Además, se erigían nuevos límites para el campo psicológico y para el ejercicio del psicólogo. Esto es, con los antecedentes en la biología, el conductismo pudo transportar las cualidades de lo psicológico, de lo puramente humano a lo animal; y en cuestiones del quehacer profesional abrió las puertas de los consultorios, hospitales y trabajos de escritorio a la tecnicidad solicitada en diversas áreas del desenvolvimiento humano donde el psicólogo puede dar su opinión y consejo acerca de las mejores manera de predecir y controlar la conducta de las personas.

Es en este orden de ideas, en que diversos autores, como Braunstein (1975) y Follari (1982), coinciden y señalan que el conductismo equipara al humano con un organismo animal. El primer autor hace una revisión del concepto de organismo y halla que es referido como un conjunto de órganos de un cuerpo vegetal o animal y las leyes bajo las cuáles se rigen o como un cuerpo organizado de partes interdependientes que comparten una vida común conformando la estructura material de una planta o un animal. La inquietud de Braunstein argumenta que la vida cultural, económica, social del hombre se reduce, desde aquí, a lo biológico.

Lo humano entendido de tal forma, desconoce los mecanismos específicos de producción de esas conductas, tomando sólo una parte de ellas obturando la explicación del todo intersubjetivo, lo cual permanecería invisible. Lo psíquico, independientemente de la concepción que se le quiera dar a tal término, no tiene lugar en esta idea (Follari, 1982) ⁶.

⁶ Es evidente que el hombre es un ser en el mundo, como decía Heidegger (1999) y, más concretamente, un ser en el mundo de su cuerpo, de su psique y de su ambiente físico y social.

El medio, como el caldo de cultivo de las conductas humanas es seriamente cuestionado en tanto que se le equipara con las cualidades naturales propias del ambiente de los animales. Para Braunstein, el medio en que viven los hombres, la sociedad humana con su organización y división de clases hace pasar de contrabando la idea de que la sociedad humana en su conjunto es natural, con lo que se promueve la centralización del conductismo como teoría ultraderechista partidaria de los sectores del poder de las estructuras vigentes en las sociedades humanas. Es decir, en la sociedad de clases, con sus desigualdades, trabajadas en lucha, se presenta al individuo como el medio al que debe adaptarse. El papel de la psicología se sitúa, entonces, en un medio como herramienta al servicio de las cúpulas del poder para el dominio de sus disidentes a través del aislamiento o etiquetación social de lo inadaptado (Follari, 1982). Se entiende así la pretensión del conductismo de predecir y controlar la conducta ⁷.

Si bien es cierto que el resto de las psicologías que precedieron al conductismo fueron empleadas en el mismo sentido, se ha atribuido a éste y a la psicometría el mayor uso de métodos en aras de la corrección de los males sociales. Como ejemplo, basta darse la oportunidad de leer el texto de López Ramos (1995) donde se describen los usos de la psicología como vinculación a la represión política de las formas de pensamiento que discrepaban de las oficiales.

El encargo social de la psicología, emanado de las clases dominantes, actúa entonces como telón de fondo en el escenario donde el conductismo tiene un papel protagónico, ya que, según Watts (1992), se asigna a los sujetos el lugar que deben ocupar en función de la tarea encomendada.

⁷ La psicología es una de las disciplinas que sufre la metamorfosis de la presión de los valores dominantes (López, 1989).

Sin embargo la crítica más dura al conductismo no es por plegarse a los criterios de científicidad de la física y la biología o por la aplicación inmoderada del método científico a los humanos, hasta hacer de él la medida de existencia de las cosas (Noriega y Gutiérrez, 1995) ⁸, sino que es en relación con su definición de objeto. Al respecto, Braunstein (1975) asegura que el objeto del conductismo debe ser cuestionado desde su instauración más que desde su enunciación. En otras palabras, el objeto de cualquier ciencia debe ser producido a través de un trabajo teórico y no descubierto o encontrado. El objeto de una ciencia no es una cosa o una modificación visible en las cosas sino que es un sistema de conceptos producido por los científicos para explicar a las cosas y sus modificaciones. "El objeto de la ciencia es pues un objeto formal y abstracto, a diferencia de los objetos empíricos de la vida cotidiana" (Braunstein, op.cit. p.41).

Lo que se traduce como que el objeto de una ciencia como la física no es "silla" sin el sistema de conceptos que incluye "masa", "espacio", "tiempo", etcétera.

La conducta del conductismo se define por ser un hecho, y su método de estudio es la observación y la experimentación. El conductista por tanto se preocupa más por predecir que por las causas. Así, queda claro para Braunstein (1975), que en el

⁸ Hay que recordar que durante su cometido la ciencia se interesa solo en clases de eventos, es decir en aquellos que por sus características no pueden ser señalados como únicos e irrepetibles. Su proceder, por tanto, es analítico, desglosando los elementos que permiten la agrupación de eventos en clases. Los criterios necesarios para considerar que algo es ciencia son cinco. El primero alude a la definición de un objeto propio de estudio que no se traslade con el de otras ciencias y con la correspondencia con el dominio empírico concreto. El segundo refiere a los procedimientos metodológicos para clasificar esos eventos y seleccionar sus propiedades. El tercer criterio trata de una formulación de conceptos y definiciones y reglas básicas de los eventos, datos y operaciones que coordinan las investigaciones científicas y las observaciones con los eventos y objetos que tiene dicha ciencia. El cuarto criterio habla de la integración de las observaciones no relacionadas y contradictorias, mediante la derivación de conceptos que reflejan las propiedades de los eventos. El quinto criterio es el relativo a los nuevos dominios empíricos y conceptuales necesarios para el cumplimiento de la función heurística esencial en todo sistema teórico. El quehacer científico es, entonces, un modo de conocimientos y no un contenido específico que parte de la posibilidad teórica de segmentar lo concreto en abstracciones, ajustándose a criterios epistemológicos y lógicos arbitrarios, que validen su análisis técnico. Por tanto el solo uso de la metodología experimental no valida un campo de estudio como científico (Rodríguez, s/a).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

conductismo no hay especificidad del objeto pues se permite que la biología y la sociología compartan el elemento "objeto" del discurso del saber.

Para Braunstein (1975), "lo poco que llevamos dicho alcanza, no obstante, para afirmar ya que, desde una perspectiva epistemológica, la psicología que da como objeto la conducta no es ciencia; es colección de datos y experiencias" (p.42). Esto aún a pesar de que la continuidad de los postulados de cada teoría conductual aparece de forma casi impecable (Noriega y Gutiérrez, 1995).

Efectivamente, el conductismo ha sido atacado para su visión molecular dentro de la ciencia, evidenciada en la definición de objeto y técnicas de trabajo. Sin embargo, es importante destacar que estas críticas son elaboradas en su mayoría, como es el caso de Braunstein, por autores situados desde la visión molar del quehacer científico. Ante tales dilemas lo mejor es elaborar los propios criterios al margen de lecturas empalmadas de las diferentes posturas. Dado que en esta ocasión, no se dispone del tiempo, ni del espacio, además de no ser el objetivo del presente trabajo, dejamos tal discusión para trabajos posteriores ⁹.

Dada la aparente inespecificidad de su objeto se contempla, comúnmente, la pregunta que interroga por el carácter científico de la psicología, o mejor aún, la que cuestiona si la psicología es una ciencia o una ideología. La respuesta no es sencilla ni por más, de pronta solución. De hecho, actualmente, tal discusión permanece dentro de las aulas de formación de los psicólogos, a tal magnitud que trasciende a los diferentes niveles o áreas de su ejercicio, cuestionándolos seriamente.

⁹ Cada corriente psicológica hace su historia, sea para apoyar, justificar, descartar o vanagloriarse de sus acciones, sus procederes sobre los individuos. Lo que hace más evidente que nos ubiquemos en la complejidad de su reconstrucción, puesto que la psicología es una ciencia donde el flujo de las calificaciones permite hacerse partícipe de discursos como el científicismo, la defensa de una ideología o un pragmatismo fácil que permite alejarse de la necesidad de replantear el objeto a definirse y a historiar en la psicología (Mondragón, Ochoa y Velasco, 1989).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Si la psicología se ocupa de la conciencia y de la conducta, no es una disciplina científica. La psicología es epistemológicamente una ideología, porque con lo expuesto en el análisis de los términos conciencia y conducta se pudo comprobar que ambos son representaciones ideológicas de la realidad tal como se presenta a la intuición (en el caso de la conciencia) o a los razonamientos experimentales y a los sentidos (en el caso de la conducta). De tal forma, la conciencia y la conducta constituyen el campo de lo experimental e ideológico que debe ser cultivado por el trabajo científico (Braunstein, 1975).

Desde esta visión se piensa que deben producirse los conceptos que puedan servir como instrumentos teóricos capaces de transformar dichas representaciones ideológicas (en los modelos de la conciencia y de la conducta) en el conocimiento del movimiento que las ha producido ¹⁰.

Es decir, para una mejor comprensión, debe considerarse que conceptos como "agresión", "motivación" o "asociación", son nociones, puesto que no explican nada sino que por el contrario deben ser explicadas.

Según Braunstein (1975) éste es precisamente el inicio del trabajo científico. "La práctica ideológica comenzaba en el nivel de las "representaciones", las trabajaba y desembocaba en la producción de nociones. La práctica científica se hace cargo de estas nociones, las define como abstracciones simples y las toma como materia prima que tendrá que ser elaborada para dar cuenta, para apropiarse teóricamente, de la realidad. Todo trabajo requiere instrumentos. Y la práctica científica tiene su

¹⁰ "No puede aceptarse la psicología sino como un conglomerado no unívoco desde el punto de vista teórico, y por esto lleno de incongruencias y puntos ciegos: la psicología no es un conjunto de leyes y conceptos coherentes, sino una especie de collage teórico que debe ser decantado" Follari, R. (1982, p. 38), sin desdeñar las concepciones primarias de lo humano como espiritual, aunque es necesario advertir que así como existe un psicologismo es posible caer en un espiritualismo, el cual consiste en creer que lo espiritual es el único nivel de la experiencia humana (Brito, 1998)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

instrumental propio; ya no se trata de instrumentos técnicos ni de observaciones sistemáticas y rigurosas. Los instrumentos de la práctica científica son teóricos, son conceptos, productos de una práctica teórica previa, la ruptura epistemológica" (p.45).

El resultado de tal trabajo teórico es un conocimiento que no conserva nada de las representaciones que fueron el punto de partida del proceso, ni de los instrumentos utilizados en él. "Es conocimiento de la estructura de producción de los efectos y conocimientos de la apariencia que esos efectos arrojaron a nuestros sentidos y aparatos de registro de un primer momento" (Braunstein, 1975 p.45).

Así, si el trabajo teórico de la psicología se da en términos de la conciencia y de la conducta, por ende se desenvuelve en el campo de la práctica ideológica. Y no por ello es inútil, más bien al contrario, pues resulta necesario para aportar la materia prima del quehacer científico (Braunstein, 1975).

Hasta aquí, se presentan los argumentos necesarios para ilustrar el estado actual de la psicología. Pueden escribirse muchas líneas en relación a otros tanto textos que abordan esta cuestión; sin embargo, dado no ser el objetivo del actual trabajo debe quedarse sólo con esta revisión pues se han dado los lineamiento generales que exponen tal problemática y que configuran los planteamientos para el espacio reflexivo posterior donde se abordará su análisis.

Por tanto, teniendo en cuenta que este escrito pretende hablar de psicoterapia, no puede hacerse sin antes escribir sobre psicología clínica, por lo que se hace necesario exponer algunos elementos de misma.

CAPÍTULO 2

2. LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Al hablar de psicoterapia se ha hecho necesaria la exposición de los dilemas en torno al estado actual de la psicología, para así poder entender lo que para algunos es la inespecificidad del campo psicológico. Es preciso aclarar que para algunos autores, como se leerá más adelante, la psicoterapia es un ejercicio propio de un profesional de la psicología o de un estudioso de los fenómenos psicológicos o procesos terapéuticos.

El profesional de la psicología encuentra como posibles vías de formación y ejercicio abanicos de opciones teórico-filosóficas, desde las cuales desempeñara un cometido particular. Una de estas es la psicología clínica. Ella representa las bases en las que algunos autores descansan la práctica terapéutica. su amplitud exige la presentación que sigue.

2.1 DEFINICIÓN

Gómez (1981) dice que la psicología clínica es un área aplicada de la psicología general que se ocupa de buscar, instrumentalizar e implementar los principios que llevan a una comprensión del carácter único de una persona - cliente, paciente, consultante o como se le quiera llamar - que se encuentra en dificultades, y cuyo objetivo fundamental es reducir el malestar que esa persona experimenta, ayudándola a funcionar de una manera más satisfactoria y adecuada tanto para sí misma como para las personas que constituyen su marco de referencia social.

Goldenberg (1973) y Rotler (1971) mencionan que la psicología clínica se puede definir como una rama de la psicología que investiga y aplica los principios psicológicos a la situación única y exclusiva de los pacientes con el fin de reducir sus

tensiones y ayudarles a funcionar en forma eficaz y con mayor sentido, así como procurar que el individuo tenga una mejor adaptación a la realidad.

Yates (s/año), señala que la psicología clínica es el intento por utilizar sistemáticamente aquel cuerpo de conocimientos empíricos y teóricos que han resultado de la aparición del método experimental en psicología y de las disciplinas afines (fisiología y neurofisiología), para con ello explicar la génesis y mantenimiento de patrones anormales del comportamiento, y aplicar dicho conocimiento al tratamiento o prevención de estos por medio de estudios experimentales controlados de caso único, tanto de un modelo descriptivo como de remedio.

Finalmente, se puede señalar que las anteriores definiciones coinciden en los siguientes cuatro puntos: 1) la psicología clínica es un área de la psicología general; 2) se encarga de explicar la génesis y mantenimiento de los trastornos psicológicos; 3) aplica los principios básicos de la psicología general; y, 4) se aplican estos principios a una situación particular, con el objetivo de buscar el bienestar del usuario.

Estas afirmaciones serán reflexionadas posteriormente. Por el momento basta asegurar que si el psicólogo pretende dedicarse al terreno de la psicoterapia su formación y ejercicio no pueden permanecer del todo distante a este análisis.

Por tanto, el presente trabajo se centrará en exponer el material pertinente que posibilite abrir la discusión sobre lo que sucede dentro de la terapia. A continuación se aborda la formación del psicólogo clínico, partiendo del hecho de que el psicoterapeuta debe poseer una formación institucional, generalmente en psicología, para poder obtener su licencia de actividad profesional. Más adelante se ilustra cuáles son las diferentes actividades que desempeña el psicólogo clínico, siendo la psicoterapia una de ellas. Posteriormente, se expone lo relacionado a la psicoterapia,

su definición, desde diferentes marcos teóricos, quiénes la integran y qué de ella se estudia para su mejor comprensión.

2.2 FORMACIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO

Los psicólogos clínicos deben contar con muchos conocimientos referentes a los contenidos básicos y tradicionales de su campo: fisiología, anatomía, historia y sistemas, aprendizaje, percepción, desarrollo humano, conducta comparativa, psicología social, metodología de la investigación, técnicas de asesoría, psicopatología, teorías de la personalidad y psicoterapia intensiva, individual y de grupo (Garfield, 1979). También deben tener un amplio conocimiento del ser humano en su campo experiencial y cultural, el cual se puede lograr mediante la literatura o a través de la adopción de roles al estilo de las producciones dramáticas (Rogers, 1993). Asimismo, deben estar en continua supervisión y educación porque se verán inmiscuidos en situaciones muy diversas con los pacientes; conocer los modelos terapéuticos y de entrevista; tener bases de psicofarmacología, a pesar de no estar facultado para recetar fármacos; capacitarse para realizar estudios de personalidad en niños, adolescentes, adultos y ancianos que impliquen discusión, fundamentación del diagnóstico, pronóstico y recomendaciones terapéuticas (Ribes, 1980).

Pérez (1982) y Bernstein y Nietzel (1988), refieren las ideas de David Shakow quien proponía en 1942 que los psicólogos clínicos, de los Estados Unidos de Norteamérica, debían recibir un entrenamiento a nivel de doctorado cubriendo así un currículum de cuatro años incluyendo uno de internado - que sería en el tercer año, ya que posteriormente regresarían a la facultad a concluir su formación y su tesis. Las áreas en las cuales el clínico debe ser formado deben ser: psicología general, psicodinámica del comportamiento, métodos de diagnóstico, métodos de investigación, disciplinas afines y psicoterapia.

El "informe Shakow" contempla tres recomendaciones importantes sobre el entrenamiento clínico:

1. Debe encauzarse en primera instancia y de manera más importante como un psicólogo.
2. Debe ser tan riguroso como cualquier otra área de la psicología.
3. Debe dirigirse hacia la evaluación, la investigación y la terapia.

Además, señala los siguientes puntos como principios generales para los programas clínicos de posgrado:

1. Psicología general, psicodinámica del comportamiento, métodos diagnósticos, métodos de investigación, disciplinas relacionadas y psicoterapia.
2. El contenido debe estar organizado alrededor de la teoría y la práctica.
3. Desde el primer año de posgrado, el estudiante debe estar en contacto con los elementos clínicos, con el material humano y con el material "normal", que solicita un contacto clínico.
4. Conjuntar la enseñanza con otras disciplinas.

Con ello pretende:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. Fomentar la madurez y crecimiento de las características de personalidad.
2. Fomentar el sentido de responsabilidad.
3. Desarrollar la habilidad de ver más allá de la responsabilidad de su trabajo, pues es una deuda con la sociedad.

Para la obtención de la licencia, Shakow informa de los siguientes requisitos:

Administrativos: haber cumplido 30 años de edad, ser ciudadano norteamericano y tener residencia por un período mínimo de cinco años (hablar mal de política se considera una muestra de carácter moral pobre).

Educativos: doctorado en psicología, aprobado por la APA.

Experienciales: uno o dos años, supervisado por el comité, parte de esta experiencia puede ser el posdoctorado. Se les pedirá carta de recomendación de sus supervisores.

Costo del examen: entre 50 y 100 dólares.

El examen consta de 150 a 200 reactivos objetivos que abarcan la psicología general (p.ej. aprendizaje social, motivación, fisiología), metodología, conducta y ética profesional; puede ser necesario, además, un examen oral, según lo considere o no conveniente el comité. Si se reprueba un área del examen se repite, sin embargo, el comité no permite más de dos oportunidades para presentar el material.

Por su parte, en México, Ribes (1980), desde el enfoque comunitario e integral, propone la programación de un módulo de psicología clínica donde se debe partir de la especificación del papel que ha de desempeñar el psicólogo clínico en el contexto

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

social, lo cual depende de la descripción de la población a la que irá dirigido el servicio y, por otra parte, del tipo de problemas concretos a los que eventualmente se enfrentará. En cuanto al primer punto, dadas las necesidades de intervención en el país, la aproximación deberá ser más comunitaria que individual. En relación al segundo punto, los problemas a enfrentar, se cree que la mejor alternativa es obtener datos de la práctica comunitaria para suplir la ausencia de investigación en este terreno.

Este enfoque de formación de los psicólogos clínicos denominado "conductual comunitario" tiene dos características principales: a) pretende romper con el trabajo uno a uno, para llevar al psicólogo clínico al trabajo comunitario; y b) es conductual, porque emplea una metodología que trabaja con definiciones conductuales, así como con criterios de cambio y la verificación de los resultados obtenidos.

El psicólogo clínico también debe prepararse en el campo de la salud, estudiando todo lo concerniente a las enfermedades más comunes de un país y en las que puede tener una incidencia más directa, al brindar orientación y algún tipo de asesoría para cambiar el estilo de vida del enfermo o involucrarse para brindar calidad de vida. Por tanto debe conocer las características de enfermedades como: diabetes, osteoporosis, hipertensión, asma, insuficiencia renales, mal de Alzheimer, SIDA, cáncer, etcétera (Ribes, 1980).

Por tanto, con lo expuesto hasta aquí, se dice que los programas de formación para un psicólogo clínico deben estar enfocados hacia un plano científico y profesional, debido a que ha habido quejas sobre la preparación de los graduados, por lo que se debe considerar que un programa cuya duración sea de cuatro años deba ahora extenderse a seis o siete años. Más aún, se dice con frecuencia que el estudiante-profesional está menos capacitado para cumplir las investigaciones de la tesis -o tiene

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

menos interés en hacerlas-, y que de hecho las normas de calidad de estas se han ido reduciendo (Mensh, 1971).

La insatisfacción respecto a la formación que reciben los psicólogos ha impulsado a la creación de algunas alternativas en cuanto a la dirección que debe tomar la construcción profesional. Una de ellas afirma que se debe preparar a los psicólogos exclusivamente como hombres de ciencia. La segunda, que se deben preparar como profesionales. La tercera, que conjunta a las expuestas, afirma que deben prepararse en dos ramas una para el trabajo científico y otra para el profesional. De esta manera, se han propuesto diversos planes que abarcan por lo menos cuatro años de estudio en nivel básico -con un modelo basado, principalmente, en el de salud-enfermedad- y posteriormente un grado de doctorado, que incluye experiencias supervisadas en un hospital. En lo que respecta al plan de estudios resalta la importancia que tiene la experiencia especializada en materia de psicoterapia (Aponte, 1996).

Algunos programas se dirigen a profundizar en un desarrollo científico más completo, concretamente en el cuerpo epistemológico, metodológico y técnico de la clínica -de acuerdo al marco teórico que se vaya a manejar en la institución-, donde se proponga el entrecruzamiento de teorías y prácticas de investigación y reflexión ética, sostenidas en un clima de respeto por la diversidad individual; otros pugnan por un modelo de formación que integre la supervisión en vivo y el desarrollo de habilidades con base en el trabajo realizado por el terapeuta en formación, haciéndole tener contacto con su vida misma (por ejemplo, en la relación terapeuta-familia, el estudiante debe investigar, durante su formación, a su familia de origen). Esta visión resalta la importancia de ampliar los programas que promueven la enseñanza de los valores morales y la espiritualidad en la formación de los psicólogos clínicos, ya que las personas que acuden a terapia carecen muchas veces de familia, comunidad o religión y solicitan al terapeuta, guía, orientación y ejemplos (Mc Daniel y Landau-Stanton, 1986).

2.3 FUNCIONES DEL PSICÓLOGO CLÍNICO

A través del tiempo se han venido dando diversos nombres a las actividades o funciones que desempeñan los psicólogos clínicos. Por ejemplo, Garfield (1979) describe que antiguamente a cierto tipo de trabajo que emprendía el psicólogo se le llamaba "remedial", porque buscaba corregir o mejorar ciertas inhabilidades específicas; por ejemplo, dificultades para la lectura, trastornos de lenguaje y otros que suponen una necesidad de re-educación, los cuales eran atendidos en clínicas psicológicas o psicoeducativas de las universidades o en las clínicas comunitarias de orientación.

Sin embargo, en los últimos 45 años los psicólogos clínicos no se han preocupado por continuar las tareas "remediales" para ninguna aptitud o actividad en especial (Garfield, 1979); aunque en eso, y en varios aspectos que se mencionarán más adelante, consista la función del psicólogo clínico.

Para Marzlier y Hall (1987) el psicólogo clínico tiene muchas actividades tales como: entrenamiento a otros profesionales, desempeño en administración y consejo, incursionando en servicios de salud y colaborando en investigaciones; mientras que para Harsch (1983) su función es la de identificar, clasificar y analizar problemas de adaptación, así como evaluar programas encaminados a la prevención y solución de dichos problemas, optando por alternativas adecuadas a la realidad nacional.

Gomezjara (en Ortega, 1990), indica que el psicólogo clínico realiza actividades de aplicación, clasificación, interpretación y reporte de las pruebas psicológicas, evaluando principalmente el nivel de funcionamiento en aspectos como percepción de señales, procesos cognoscitivos y emocionales, comportamiento social, verbal, etcétera. También, desempeña labores de psicoterapia individual y grupal, actividades

recreativas y educacionales, de enseñanza, capacitación, etcétera.

Otra área de trabajo es la intervención en crisis, donde puede actuar de manera rápida y precisa en casos como intento de suicidio, violaciones, pérdidas afectivas, pérdida de empleo, falta de solvencia económica, extravíos, etcétera (Nugent, 1990; Bellack, 1993).

También puede trabajar con las consecuencias secundarias de un problema físico, cuando ninguna solución médica es apropiada para el problema primario (Marzillier y Hall, 1987; Harrsch, 1983). Por ejemplo un paciente con cáncer, recién enterado del diagnóstico, se deprime y reacciona negativamente contra todo lo que le rodea: rechaza al médico, se aleja de su familia, deja de comer y comienza a preocuparse por el futuro. El médico sólo puede brindar algún tipo de tratamiento y recetarle medicinas, sin ofrecer soluciones a las reacciones secundarias, como: posible pérdida de cabello, la inapetencia, debilidad, etcétera. el estado de ánimo del paciente, con gran seguridad, comenzará a deteriorarse y es entonces cuando el psicólogo puede ofrecer apoyo emocional, orientación y guía para resolver sus preocupaciones y aflicciones, logrando así una mejor calidad de vida. Otro caso muy común es la intervención para procurar la recuperación física de los deportistas. Si uno de ellos se lesionara y considera imposible su reintegración al trabajo físico, puede perder el ánimo e irse venciendo paulatinamente; ante esta situación el psicólogo proporciona motivación y algún tipo de orientación personal.

El psicólogo trabaja también con niños y adolescentes, laborando en el sector privado o en instituciones públicas, como hospitales, cárceles, centros de higiene mental, de asistencia familiar, empresas, etcétera (Nugent, 1990). Independientemente de la edad, las personas atendidas por el psicólogo pueden ser retrasadas mentales, inválidas, internas en hospitales, etcétera.

Ribes (en Ortega, 1990) afirma que otras de sus funciones son: realizar entrevistas, utilizar técnicas psicoterapéuticas, asesorar en situaciones laborales, de familia o grupo social.

Dependiendo de su entrenamiento, intereses y experiencia, el psicólogo clínico puede tratar una multitud de problemas, como: desacuerdos familiares, problemas de aprendizaje, insatisfacción sexual, delincuencia, depresión, trastornos alimentarios, enuresis, criminalidad, etcétera (Berstein y Nietzel, 1988).

El psicólogo clínico, entonces, se encuentra con una amplia gama de actividades en el campo laboral. No obstante, se pueden mencionar seis actividades o funciones principales, las cuales son descritas por Berstein y Nietzel (1988) de la siguiente manera:

1. Evaluación. El psicólogo clínico recaba información de sus pacientes acerca de muchos aspectos: conducta, problemas, actividad intelectual, etcétera. Esta información puede utilizarse para hacer un diagnóstico, ayudar en la elección vocacional, seleccionar personal para un empleo, describir características de personalidad y proporcionar así un tratamiento adecuado. Para llevar a cabo la evaluación echa mano de ciertas técnicas o herramientas como la entrevista, las observaciones directas y los "test" o pruebas psicométricas. El psicólogo clínico planeará una estrategia para evaluar mejor la naturaleza del problema y así desarrollar un conjunto de tácticas para manejar los conflictos del paciente.

2. Investigación. Este es uno de los dos aspectos que distinguen a esta rama de otras profesiones que se basan en ayudar a los demás, de hecho, se considera que es el área donde los psicólogos clínicos han realizado sus mayores y más valiosas aportaciones.

Los psicólogos de hoy día tienen la capacitación necesaria para realizar una excelente investigación, que abarca una diversidad de áreas como son: validación de pruebas, diagnóstico, ajustes de personalidad, teoría psicoanalítica, lesión cerebral, desórdenes neuróticos y psicóticos, etcétera.

La investigación difiere de sus objetivos y del medio en que se realiza, ya que a veces se ubica en un ambiente controlado pero artificial de un laboratorio, o bien, en circunstancias naturales pero caóticas.

3. Enseñanza. Se centran en dar cursos y clases de diferentes grados en universidades. Las técnicas de enseñanza son las tradicionales: clases, sesiones de discusión y demostración, laboratorios, investigación de campo, etcétera. Se busca equilibrio entre la dirección del alumno, y el desarrollo de su interdependencia. No obstante no toda la enseñanza se enmarca en el contexto académico, también se da en la misma práctica de la profesión con cursos didácticos a estudiantes relacionados con un tema específico.

4. Consultoría. Los psicólogos clínicos pueden ayudar y aconsejar a organizaciones sobre distintos tipos de problemas. Aquí se puede combinar la investigación, el diagnóstico, el tratamiento y la enseñanza.

Los aspectos fundamentales de la consultoría son: orientación u objetivo de la consulta, programación y administración, determinación de responsabilidades, etcétera. De modo general, puede aconsejar sobre el cómo manejar una situación, discutir con ejecutivos, elaborar nuevos programas para la selección de personal, etcétera.

5. Administración. Esta función incluye la supervisión del funcionamiento diario de una

institución. Su cometido es coordinar las actividades del personal, planear y organizar los recursos, distribuir presupuestos, desarrollar y llevar a cabo las políticas de la institución, redactar informes, escribir propuestas, atender visitas, representar a la institución en reuniones, etcétera.

6. Tratamiento. Este consiste en ayudar al paciente a resolver los problemas psicológicos que lo angustian. Tradicionalmente el tratamiento ha sido individual, pero se pueden encontrar variaciones como la intervención en pareja, en familia o en grupo. El tratamiento puede tener como objetivo disminuir la angustia, el problema de conducta, o bien, la prevención de problemas. Puede brindarse el servicio en consultas o como parte de la atención que dé alguna institución. Para alcanzar sus metas, el psicólogo puede recurrir a principios teóricos y procedimientos técnicos, que explican la aparición de los problemas psicológicos y su correspondiente recuperación. A dicha intervención se le llama psicoterapia.

Si bien no todos los psicólogos clínicos se dedican a todas estas actividades, es la combinación de investigación, evaluación e intervención, lo necesario para dar la forma y esencia de la psicología clínica, así como para entender, en términos psicológicos, la conducta humana y los conflictos internos, respetando a la persona en su individualidad e intentando ayudarla en sus necesidades. Por lo que no parecería exagerado decir que el 99 por ciento de los psicólogos clínicos se dedican a una combinación de estas seis actividades: evaluación, tratamiento, investigación, enseñanza, consultoría y administración (Berstein y Nietzel, 1988).

De acuerdo con lo anterior, se puede resumir que el psicólogo clínico ha de insertarse en los departamentos de psicología de facultades y universidades, de hospitales médicos y psiquiátricos, de clínicas de salud mental, del ejército, de centros de desarrollo infantil, de escuelas o instituciones de educación especial, de prisiones, de

asilos, de industrias y de otras muchas áreas.

Este trabajo se centrará en la última función descrita: la psicoterapia. Antes de iniciar la exposición de lo que a ésta se refiere, es de suma importancia especificar que, como en cualquiera de las otras actividades, el desempeño del psicólogo depende de la orientación teórica con que trabaje.

CAPÍTULO 3

3. LA PSICOTERAPIA

Bucay (1999) menciona que en el universo psicológico habitan más de 250 formas de psicoterapias, que se corresponden más o menos con otras tantas posturas filosóficas. Estas escuelas son todas diferentes entre sí, en la ideología, en la forma o en el encuadre; pero apuntan todas a un mismo fin: el bienestar del usuario. Quizá en lo que no se pongan de acuerdo es en lo que para cada una de ellas quiere decir "bienestar", pero lo más importante es que enfatizan, como factor común, el ejercicio del psicólogo para conseguir dicha meta. A este ejercicio se le conoce como PSICOTERAPIA y al psicólogo en cuestión PSICOTERAPEUTA.

3.1 DEFINICIÓN

Por el momento, se mencionan cinco aproximaciones psicoterapéuticas por ser las más representativas.

En primer lugar se menciona a Insúa (1985) quien, desde una aproximación médica, dice que la psicoterapia es la utilización de los factores psicológicos, en cualquier actividad médica y el desarrollo de técnicas especiales para el manejo preciso y eficiente de esos factores por parte de un médico que se especializa en tales procedimientos. El terapeuta no necesariamente es un psicólogo, sino que también puede ser un médico, un psiquiatra, un neurólogo o cualquier persona que se capacite para dar terapia.

De acuerdo a esta definición existe la posibilidad de que cualquier profesional del área de la salud que reciba la formación y el entrenamiento necesarios puede ser en un momento dado calificado como apto para el trabajo psicoterapéutico.

La segunda aproximación psicoterapéutica es la conductual, la cual señala a la psicoterapia como un enfoque de solución de problemas, de cambio de conductas o de ayuda a la mejoría del comportamiento de una persona a través de la interacción interpersonal. En ella se entremezclan la evaluación y la intervención para generar valoraciones continuas de progreso. Las acciones del psicólogo deben surgir a partir de estas formulaciones basadas en los datos y predicciones comprobadas. Entre estas acciones se encuentran el entrenamiento asertivo, la desensibilización sistemática, el reforzamiento por fichas, el establecimiento de contratos, etcétera (Kazdin, 1978; Garfield, 1979; Delgado, 1983; Caballo, 1991).

Concretamente, desde esta perspectiva, se requiere que se establezca una atmósfera de confianza. Por lo general, el terapeuta logra esto de una manera rápida al comunicar y aclarar que (1) él comprende y acepta al cliente, (2) que los dos están trabajando juntos y, (3) que el terapeuta dispone de los medios para ayudar al paciente en la dirección que él desea (Goldstein, 1973).

Como tercera aproximación tenemos a la humanista, en la que se considera que la relación terapéutica es el único elemento esencial en la psicoterapia. Carl Rogers, el fundador de la terapia centrada en el cliente, sostiene que:

"..el acento en la terapia radica en la experiencia directa de la relación...el proceso de la terapia, de acuerdo con esta hipótesis, se considera un sinónimo de la relación experimental entre el cliente y el terapeuta...la terapia consiste, entonces, en experimentar al sí mismo (*self*) en una amplia variedad de formas en una relación emocional significativa con el terapeuta. Se considera que las palabras, del cliente o el orientador, tienen importancia mínima si se les compara con la relación emocional actual que existe entre ambas personas." (Rogers, 1993, pp.172-173).

El psicoanálisis, como cuarta aproximación, considera a la psicoterapia como un medio para el insight, donde el psicoanalista se esfuerza por obtener un tipo de relación diferente a la del terapeuta rogeriano. En palabras de Freud, la psicoterapia:

"...requiere que el médico niegue al paciente que ansía el amor la satisfacción que tanto anhela. El tratamiento se debe llevar a cabo en un estado de abstinencia; no solamente de tipo corporal, o privación de todo aquello que se desea, debido a que es probable que una persona enferma no pueda tolerar esto. Pero [sí] como un principio fundamental que se permite que el deseo y las ansias del paciente permanezcan, y sirvan como fuerzas que lo impelen a trabajar por lograr los cambios que debe labrar" (Freud, 1985, p.173).

En otras palabras, en el psicoanálisis la psicoterapia -aunque no nombrada de tal forma- es un instrumento para lograr un propósito determinado, el cual consiste en demostrar al paciente que su conducta actual está determinada por las experiencias en sus periodos tempranos de desarrollo.

Por último, encontramos la perspectiva ecléctica. Frederick Thorne (1973) principal defensor de esta aproximación, menciona que el eclecticismo no se llena de las ventajas "especiales" de la exclusividad, novedad o propiedad del conocimiento "especial" que se encuentra implicado en otras escuelas, cuyos defensores a menudo convierten estos atributos en atributos personales. Con "especial" debe entenderse a los objetos de estudio y metodologías empleadas por otros marcos conceptuales.

Este autor distingue su versión de psicoterapia de la de cualquier otro enfoque para que no aparente ser una simple acumulación caótica de ideas y de técnicas. Así, el eclecticismo requiere una formulación válida de cada caso clínico. En palabras de Thorne "es probable que la consideración más importante al utilizar el enfoque

ecléctico sea la condición del cliente, su estado mental y existencial, su estado sintomático y la dinámica subyacente a su condición. El terapeuta ecléctico presta atención a todos estos factores y pone en una balanza las necesidades a corto plazo. A medida que se desenvuelve el manejo del caso, el cliente descubre cada vez un mayor número de elementos de su problema, profundizando sobre las causas subyacentes. El ecléctico tiende a rechazar las formas tradicionales para manejar los problemas y en lugar de eso tiende a reaccionar de una manera extemporánea a los nuevos descubrimientos. La selección de métodos persiste de una manera continua y reactiva a medida que se transpiran los nuevos hallazgos" (Thorne, 1973, p.470).

En suma, tomando en cuenta los anteriores puntos de vista, se puede decir que la psicoterapia es un método para inducir cambios en la conducta, en los pensamientos o en los sentimientos de una persona, por medio de técnicas terapéuticas y así denominada como el mayor vehículo jamás inventado para curar los males psíquicos de la sociedad y lograr niveles sin paralelo de crecimiento personal. Algunos autores como Follari (1982) consideran, sin embargo, que la psicoterapia es sólo un deporte que se practica en interiores, inventada por una clase media consentida que tiene poco de qué preocuparse, ahora que la tecnología la ha rescatado de los problemas cotidianos que supone la supervivencia. Esta afirmación se tomará más adelante, en las reflexiones.

Lo cierto es que la psicoterapia, en general, beneficia a un gran número de personas, pero ¿a qué se debe tal beneficio?, es decir, ¿qué aspectos de la psicoterapia son los que favorecen los resultados positivos o determinan resultados no deseados?

Puede pensarse, como lo hace Gavino (s/a), que este hecho es preocupante y concierne a los psicoterapeutas, quienes diariamente se enfrentan a una variedad de alteraciones y pacientes, no sabiendo a menudo cuál será el resultado de su

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

intervención; sin embargo también puede no ser así. El trabajo que se lleva a cabo dentro del espacio terapéutico se ve permeado por muchos elementos que resultaría difícil e inútil señalar. Difícil dado su múltiple variedad y enredada fisiología, e inútil porque al señalarlos deben nombrarse y de esta manera pierden, en mucho, su carácter subjetivo. Empero, este apunte no desdeña el análisis en torno a ellos.

3.2 DINÁMICA DE LA PSICOTERAPIA

Comúnmente se ha apuntado que dentro del proceso terapéutico o tratamiento psicológico existen cuatro elementos: el terapeuta, el paciente, las técnicas y el (los) problema (s).

Es evidente que los diferentes modelos psicoterapéuticos tienen formas muy distintas de referir lo que se hace en psicoterapia, aún a pesar de tener un principio en común: los participantes. Expresado en palabras sencillas, existe un individuo que sufre. Sus propios recursos, la ayuda de amistades, las vacaciones ansiadas y la comprensión familiar ya no son suficientes antidotos para el sufrimiento que experimenta. De tal forma se refiere al primer participante de la terapia: el cliente. El segundo participante de la psicoterapia es el terapeuta. Él es alguien que a través de un entrenamiento y experiencia, especializada, posee una preparación para ayudar al cliente y luego interactuar con él de tal forma que aprenda a manejar sus problemas actuales de una manera más eficiente (Berstein y Nietzel, 1988).

Las técnicas representan lo científicamente potencial de ser aplicado. Son extensiones de las redes conceptuales y de la razón del aplicador que tienen como propósito hacerse participe, intervenir o modificar el fenómeno estudiado. La psicoterapia con base en los modelos teóricos médicos y psicológicos requiere retroalimentarlos, por lo que echa mano de las técnicas que cada uno de ellos propone. Mientras que el

problema o motivo de consulta de la persona es aquel conglomerado de quejas y demandas que presenta el propio paciente y el entorno en el que vive, que influyen sobre aspectos importantes de su vida o de su ambiente. Son por lo general conductas susceptibles de observación y transformación. Las quejas refieren a lo que va mal y se quiere eliminar, a lo que causa problema, lo negativo. Las demandas suelen referirse a lo que se quiere adquirir, lo positivo (Caballo, 1991).

Esta visión genera a su vez tres posturas: 1) la que considera que el factor fundamental que decide las directrices, y por ende el resultado terapéutico, son las propias técnicas terapéuticas; 2) la que mantiene que las variables del terapeuta son las relevantes; y, 3) la que defiende la relevancia de los factores no específicos como determinantes de los resultados (Gavino, s/a). Cada una de estas se contraponen a las otras dos extendiendo el campo de indagación.

3.2.1 Las técnicas terapéuticas

En este campo no son pocos los textos que exponen las características y fundamentos de las diferentes técnicas empleadas en cada escuela psicoterapéutica (Gavino, s/a). Y aunque en algunos, tal es el caso de los trabajos de Wolpe (1993), Caballo (1991) y Minuchin y Fishman (1999), se subraya la importancia del papel del terapeuta en su aplicación, suponen, de inicio, que su correcta aplicación determina el curso o desviación de la terapia.

Hablar de cada una, o al menos de las más importantes o representativas de cada escuela, implica un esfuerzo amazónico, puesto que no bastaría con una repetición textual de lo que otros autores dicen, sino que además bien valdría la pena analizar cada uno de los principios que las sustentan. Si se agrega a que tal ejercicio ha venido realizándose por diversos autores, convirtiéndose en un tema por demás agotado,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

resta decir que es sensato hablar en el sentido que encauza el propósito implícito de este trabajo, que es algo de lo que casi no se habla en las aulas de formación: lo que hay detrás de las técnicas, lo propio del terapeuta, lo específico y lo inespecífico. No obstante se empleará la exposición de la técnica común, por excelencia, para cada psicoterapia, con el fin de encaminar al lector en la tesis.

Así, se encuentra a la entrevista, como ejemplo de la primera de las posturas mencionadas más arriba.

La entrevista es parte de la evaluación y del proceso terapéutico. Su importancia radica en que es con ella con la cual se establece, en muchas de las ocasiones, el primer contacto entre el usuario o paciente y el terapeuta. De esta manera permite establecer la relación terapéutica y obtener información con la que se tomarán las decisiones clínicas (Morganstern, s/a).

Su principal meta, como técnica de evaluación, es la identificación del motivo de consulta y del problema, por lo que se recomienda indagar todo lo relevante para el desarrollo de una terapia eficaz, al margen de las consideraciones éticas y económicas (Morganstern, op.cit.).

Algo que destacar dentro de esta conceptualización es que se descansa en la entrevista, y en general en la evaluación, para determinar los lineamientos futuros de la terapia, destacando como focos del tratamiento las metas del cliente y/o las del terapeuta. Sin embargo, debe reflexionarse al respecto, ya que los clientes que acuden por sí mismos a terapia rara vez tienen claros sus problemas y objetivos futuros (Klienke, 1995).

Lo mismo sucede en el caso del terapeuta, ya que como dice Lacan (1999) éste no

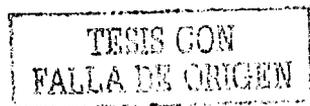
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sabe nada de lo que se necesita obtener del paciente y que lo que hacen los terapeutas en su mayoría son interpretaciones de sus propias expectativas; además, surge la pregunta: ¿es deseable que los terapeutas asuman el rol de llevar a los clientes en una dirección que va mucho más allá de lo presentado, es decir más allá de un problema visto tan sólo a los ojos del terapeuta? por ejemplo ¿tiene derecho, el terapeuta a "orientar" a una ama de casa "oprimida" hacia un estilo de vida diferente o un trabajo mejor?.

Finalmente, de este modo, en el que se resalta como primordial el efecto de la técnica en el proceso psicoterapéutico, un tratamiento psicológico consta de los siguientes elementos: terapeuta, paciente, problemas y técnicas. Hasta hace poco tiempo tales elementos, principalmente los dos últimos, han sido ampliamente estudiados. Así, se ha pretendido encontrar técnicas específicas para problemas concretos. Sin embargo, nunca el éxito ha sido cien por ciento asegurado desde esta línea. Las causas de tal efecto no son claras, pudiendo deberse a que la técnica no se haya aplicado adecuadamente, a que no se tratase del problema identificado y objetivo de la intervención, o a que estuviesen incidiendo variables ajenas al problema, es decir, relacionadas con el terapeuta, con el paciente y/o con la propia relación entre ambos. En ello radica la importancia del apartado siguiente.

3.2.2 Las variables del terapeuta dentro de la psicoterapia

Es difícil que provoque sorpresa saber que las variables que el psicoterapeuta aporta a la psicoterapia, afectan a dicho proceso. Estas van desde el hecho de poseer una orientación teórica o terapéutica específica hasta el papel de la personalidad, de la calidez o de la sensibilidad. Freud (1997) reconoció los efectos potenciales de la personalidad del psicoanalista en el proceso de psicoanálisis. Para "evitar" que estos factores personales afectaran la terapia, recomendó que los analistas atravesaran



análisis periódicos de modo que aprendieran a reconocerlos y controlarlos. De cierto modo, Rogers (1993) presenta el otro lado de la moneda e hizo de las cualidades del psicoterapeuta, como son la aceptación y calidez, las piedras angulares de la terapia.

A pesar de que Freud pudiera haber enfatizado los aspectos negativos y Rogers los positivos, ambos establecieron los escenarios para una comprensión de la función de las variables del psicoterapeuta en el proceso de terapia. Por desgracia, aunque casi todos concuerdan en que las variables de éste son importantes, existe mucho menor acuerdo en la especificidad de estas. El modo en que las características del psicoterapeuta contribuyen al resultado de la terapia se ha convertido en una importante área de la investigación (Lambert y Bergin, 1983).

Actualmente para ejercer como psicoterapeuta, el psicólogo no sólo requiere recibir una formación académica aceptable, como se revisó anteriormente; sino que, además, debe poseer algunas características o habilidades personales que le permitan desarrollar esta actividad. Estas características, según Pérez (1982) son: originalidad y capacidad para manejar los recursos, curiosidad, interés por las personas en tanto que individuos; *insight* sobre su propia personalidad; sensibilidad a las complejidades motivacionales; tolerancia; capacidad para soportar tensiones y presiones; capacidad para ser afectivos; aceptación de responsabilidades; integridad y autocontrol; sentido de los valores éticos; amplia cultura; e interés por la psicología. Aun cuando esta especie de superhombre debe ser poco frecuente entre los psicoterapeutas, de todas formas la especificación de sus características ideales revela el interés que se tiene por darle seriedad a la profesión.

Es así que Weiner y Bordin (1985) comentan que la psicoterapia ofrece a los clientes reunirse con regularidad con una persona que los escucha, respeta su dignidad y trata conscientemente de comprenderlos y ayudarlos. El ser aceptados como personas

merecedoras de respeto y de recibir atención individualizada de un profesional preparado que aplica sus conocimientos en bien de ellos, contribuye sin duda a que los clientes se sientan mejor consigo mismos y con respecto a lo que les espera en el futuro. Por consiguiente, la atención que proporciona el psicoterapeuta durante la terapia favorece al cambio, ya que incrementa las expectativas de modificación del cliente; además, el que se le conceda dignidad, respeto y un servicio profesional sincero, sirve para que la persona mejore su autoestima y confianza en sí mismo, con lo que se le facilita lograr un cambio positivo de conducta.

La atención que el terapeuta proporciona al cliente se ha traducido, de acuerdo al modelo señalado por Rogers (1993), en mediaciones de empatía, cordialidad y autenticidad.

La empatía es la capacidad de escuchar con interés a los clientes y ponerse en su lugar para comprenderlos. Consiste en demostrar sensibilidad hacia sus necesidades, consideración por el problema que los aqueja y comprensión por las dificultades que lo llevaron a buscar la ayuda del terapeuta. Empatía no significa ser curioso ni entrometerse; tampoco es limitarse a intuir los motivos que influyen en la conducta humana. Mas bien se refiere a comentar con solicitud las esperanzas, temores, conflictos y preocupaciones específicas que afectan al cliente como individuo único.

La cordialidad es la cualidad que permite a los terapeutas crear una atmósfera en la que sus clientes pueden sentirse a salvo, seguros y respetados como personas. Implica valorarlos como individuos por sí mismos; aceptar todo lo que digan o hagan como algo que merece entenderse; abstenerse de juzgar sus actos o asumir responsabilidad por sus decisiones; mantener constantemente una actitud amistosa, receptiva y no autoritaria; así como comunicar un auténtico interés y compromiso. Ser cordial no significa ser tolerante con los sentimientos del cliente ni eludir la tarea de

hacer un examen crítico de las características de su conducta que son contradictorias o incongruentes con su talento o aspiraciones. Quiere decir que los terapeutas procuran abordar dichos aspectos del tratamiento sin dañar la dignidad de sus clientes ni su derecho a llevar el tipo de vida que han elegido.

Autenticidad, esta cualidad de los terapeutas influye en los clientes y favorece que hablen con franqueza, veracidad y sin ponerse a la defensiva. Consiste en hacer participar a los segundos en un encuentro personal directo, en el cual los terapeutas son individuos francos y sinceros que sólo dicen lo que piensan y hacen lo que les agrada y es cómodo y natural para ellos. Esto no significa que unos y otros se opongan a hablar de sus opiniones, recuerdos y preocupaciones. Más bien quiere decir que cualquier cosa que decidan revelar los terapeutas, debe representar un aspecto real de sí mismos e independientemente de la manera que elijan para expresarlo tiene que ser congruente con su personalidad.

Expuesto todo lo anterior, surge la siguiente duda: ¿existe un conjunto de rasgos de personalidad que debe poseer el psicoterapeuta ideal? Krasner (1963) observó, con ironía, que la bibliografía de investigación presentaba al psicoterapeuta ideal como: "maduro, bien adaptado, compasivo, tolerante, paciente, amable, discreto, que no elabore juicios de valor, aceptante, permisivo, no crítico, cálido, agradable, interesado en los seres humanos, respetuoso, que estime y trabaje por una relación interpersonal democrática con todas las personas, libre de prejuicios raciales y religiosos, que tenga una meta valiosa en la vida, amistoso, alentador, optimista, fuerte, inteligente, sabio, creativo, ingenioso, artístico, orientado hacia la ciencia, competente, confiable, un modelo que el paciente pueda seguir, lleno de recursos, sensible en términos emocionales, consciente acerca de sí mismo, perspicaz acerca de sus propios problemas, espontáneo, con sentido del humor, que se sienta seguro de su persona, maduro acerca del sexo, que crezca y madure con las experiencias vitales, que tenga

una alta tolerancia a la frustración, confiado en si mismo, relajado, objetivo, analítico, consciente de sus prejuicios, no ser vil, humilde, escéptico pero no pesimista o modesto... del cual se pueda depender, consistente, abierto, honesto, franco, dedicado a una sentido profesional y encantador" (p. 16-17).

Ciertamente ningún humano, claro está incluyendo a los psicoterapeutas, puede poseer todos estos rasgos. Por tanto, como señalan Goldstein, Heller y Sechrest (1966), es dudoso si el concepto de "ideal" sea útil. Según ellos, cualquier estudio que se centre en un sólo rasgo o a un pequeño conjunto de rasgos parece tener mucho sentido. Tomar todos estos rasgos en conjunto hace que el mensaje sea mucho menos coherente.

A continuación se exponen las habilidades que debe poseer el psicoterapeuta ideal, descritas en el trabajo de Díaz y Fontana (1997), englobando la opinión de diversos autores en las siguiente categorías ¹¹:

¹¹ A las categorías elaboradas por Díaz y Fontana (1997) se han agregado las citas de otros autores, según fuera el caso.

Autoconocimiento

- * Ser capaz de evaluar el proceso de ayuda y el desempeño personal con respecto a la intervención e interacción con el paciente (Rogers, 1993).
 - * Debe contar con una gran capacidad reflexiva para "ponerse en los zapatos" de otras personas, así como para apropiarse de las experiencias propias y ajenas.
 - * Tiene que ser lo suficientemente hábil como para reconocer que él no es ningún rescatista de pacientes, ni tiene todo el control para conducir por sí solo la terapia. Debe aceptar que sólo es un guía.
 - * Debe tolerar ansiedad y frustración.
 - * Conocer y vigilar sus expectativas propias, así como sus emociones, creencias, sentimientos y valores para no juzgar a los pacientes en base a ellos.
- Tener un completo autoconocimiento es de gran importancia, ya que permite implicarse de una manera efectiva en las relaciones interpersonales (Morgansten, s/a; Cormier y Cormier, 1994).

Claridad y precisión

- * Necesita continuar con la dirección de la terapia, como ésta haya sido planteada hasta que la "vena" central se haya agotado.
- * Tener su objetivos y metas bien definidos a la hora de del tratamiento.
- * Debe reconocer la individualidad de las personas, y su derecho a ser únicas, por lo que necesita aprender a conocer a cada uno de sus pacientes y predecir su comportamiento de forma individual.
- * Ser capaz de averiguar, en la primera entrevista, qué es lo que le ocurre al cliente (Morgansten, s/a; Cormier y Cormier, 1994).
- * Ser hábil para ayudar a la gente a desarrollar nuevas perspectivas sobre ellos y sus problemas, no perdiendo de vista el objetivo de la terapia.
- * Tener la capacidad para establecer un contrato con el paciente.
- * Saber clasificar el problema presentado, sin etiquetar, sólo delimitando qué es lo que pasa (Cormier y Cormier, 1994).
- * Ayudar al paciente a clarificar qué es lo que desea al asistir a terapia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Observación, atención y percepción

- * Ser hábil para engancharse y poner atención en lo que el paciente le diga.
- * Debe ser bueno para escuchar y captar información verbal y no verbal.
- * Ser sensitivo y observador hacia las pequeñas expresiones y manifestaciones del cliente, desde observar con detenimiento cómo va vestido, la apariencia general del cuerpo, su contacto visual, postura, cómo estrecha la mano y su tono de voz.
- * La observación es de suma importancia, ya que permite entender los diversos procesos que el cliente experimenta y en esa medida, proponer un tratamiento adecuado (González y Martínez, 1988).
- * Tiene que concentrarse en lo que el paciente no puede explicar (Cuevas y Uribe, 1995).
- * Debe prestar atención a todos los signos, marcas y eventos importantes.

Comunicación

- * Variar sus tonos de voz, según lo que necesite hacerle saber a la persona y el impacto que le quiere causar.
- * Debe ser bueno para escuchar y captar información verbal y no verbal.
- * Debe tener una buena dicción y un adecuado dominio del espacio con su propio cuerpo.
- * Ser capaz de dar respuestas adecuadas verbal y no verbalmente.
- * Debe saber mandar mensajes afectivos de manera verbal y no verbal.
- * Tener mucho tacto para dar a conocer sus conclusiones.
- * Debe convencer muy bien al paciente de que conoce muy bien su profesión, empleando un lenguaje seguro y convincente.
- * Debe expresar sus ideas con seguridad y sin titubeos para que su trabajo sea creíble.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cultura y conocimientos generales

- * Saber identificar las características personales y culturales de sus pacientes y establecer ciertas adaptaciones para lograr un mejor entendimiento. En este sentido tendrá que estar muy pendiente del contacto visual que el cliente usa, su velocidad al hablar, el lenguaje que emplea y sus variaciones, su lenguaje corporal y expresiones faciales.
- * Debe ser capaz de proponer un gran abanico de alternativas terapéuticas a las personas.
- * Tiene que expandir y clarificar sus experiencias (Cuevas y Uribe, 1995).
- * Ha de contar con una amplia cultura general, ya que el psicólogo clínico no debe ser solamente un "médico" o un especialista, pues debido a los problemas con los que se enfrenta, no existe un profesional al que le sea más necesario un fondo básico de cultura que al psicólogo clínico. Por tanto debe estar enterado de las cosas y actividades que abarcan la historia cultural del hombre: rituales, folklore, arquitectura, escultura, música, teatro, pintura, dibujo, literatura, danza, poesía y superstición. Esto es para que pueda comprender plenamente a sus pacientes y les plantee alternativas que correspondan a su forma de vivir.

Comprensión

- * Tiene que esforzarse por comprender realmente al cliente (Cuevas y Uribe, 1995).
- * Debe brindar apoyo y soporte al paciente para que tome sus propias decisiones (Rogers, 1993).
- * Su trato debe ser sin ningún tipo de amenaza.
- * Esforzarse genuinamente con sus pacientes, quienes lo percibirán y entonces se logrará una mejor relación terapéutica, que beneficiará mucho para que se produzca el cambio (Cuevas y Uribe, 1995).

Improvisación

- * Debe saber manejar las interrupciones que otras personas hagan a las sesiones para que la consulta no se vea afectada, tanto las interrupciones físicas como las llamadas por teléfono o los timbrazos en el consultorio.
- * Deberá ser diestro para improvisar cambios en el transcurso de las sesiones, o por si sus propuestas no son del todo aceptadas por el paciente.
- * De vez en cuando debe hacer uso del sentido del humor, para amenizar la sesión terapéutica.

TESIS CON
FALLA DE ORFEN

Cuidado

- * Debe crear una buena atmósfera y espacio agradable en donde se llevará a cabo la consulta, pues muchas veces la gente siente miedo de buscar ayuda.
- * Debe procurar estar relajado y tranquilo durante sus sesiones.

Otras

- * Debe ser un integrador efectivo de ideas y habilidoso para resumir internamente lo que dice el paciente.
- * Hábil para realizar intensas exploraciones de los problemas.
- * Debe ser muy intuitivo, siendo capaz de armar historias con lo que escucha del paciente.

De acuerdo con la American Psychological Association (APA)

1. Capacidad intelectual y juicios superiores.
2. Originalidad, versatilidad e ingenio.
3. Curiosidad fresca e insaciable. Capacidad de autoaprendizaje.
4. Interés en las personas como individuos y no como material de manipulación. Consideración por la integridad de las demás personas.
5. Insight de las propias características de personalidad.
6. Sensibilidad frente a las complejidades de la motivación que cada paciente tenga para acudir a buscar orientación.
7. Falta de arrogancia.
8. Laboriosidad y hábitos de trabajo metódico. Capacidad para tolerar las presiones.
9. Aceptación de la responsabilidad
10. Cooperatividad.
11. Integridad, autocontrol y estabilidad.
12. Sentido de los valores éticos.
13. Interés profundo en la psicología, especialmente en sus aspectos clínicos.

TESIS CON
FALLA DE OPORTUNIDAD

Aspectos que deben evitarse en el psicólogo clínico

- * Restar importancia al problema que trae el paciente a terapia.
- * No improvisar, aferrarse a llevar a cabo la sesión y el tratamiento tal y como lo había planeado.
- * No permitir que algún paciente proponga una estrategia para cambiar.
- * Creer que sólo muchos años de terapia cambiarán realmente a un paciente.
- * Concentrarse solamente en el pasado del cliente.
- * Negarse a definir el objetivo de la terapia.
- * Ser pasivo, inactivo, reflexivo, silencioso y precavido.
- * Subestimar al paciente, considerándolo poco hábil para lograr mejoría.
- * En la medida de lo posible debe evitar: exclamaciones de sorpresa o excesiva preocupación, juicios moralistas o críticas, promesas falsas, manifestaciones de impaciencia, discusiones, comentarios innecesarios, interrupciones inadecuadas, antipatía o distracción (Garfield, 1979).

Como se ha revisado, es lógico pensar que cuando se hace referencia a las variables del psicoterapeuta se debe considerar tanto su historia personal como la laboral; es decir, lo que ha experimentado durante su vida, en el ámbito familiar -donde se incluyen su sistema de creencias, actitudes, emociones, etcétera-; en el escolar -que implica su formación, expectativas, preferencias teóricas, la ética profesional-; y en el laboral -asegurarse de que se cuenta con los recursos y la capacidad necesarios para satisfacer las peticiones del cliente- (Phares, 1994).

Es obvio que todas estas variables influyen de forma directa en su formación y sobre la manera en que enfrenta las situaciones a las que se expone en la terapia. Gavino (s/a) señala que se manifiesta en la conducta dentro de la sesión clínica, en la habilidad para aplicar las tácticas adecuadas que permitan conseguir los fines terapéuticos y en la forma de comportarse en la relación interpersonal con el paciente. La conducta dentro de la terapia se refiere a las tácticas que éste utiliza para conseguir los fines u objetivos, la habilidad enfatiza la forma competente de aplicar las tácticas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

y el comportamiento interpersonal hace referencia a la manera en que el psicoterapeuta se relaciona con el paciente.

Se puede detectar de forma clara que existen muchas variables que juegan un papel importante en los cambios terapéuticos. Tales variables pueden ser las expectativas de éxito y la motivación por parte del cliente y del psicoterapeuta, el lugar del que parten al comienzo de la terapia, o las atribuciones que ambos participantes hacen respecto a la psicoterapia (Gavino, s/a). De esta manera, dentro del proceso terapéutico, el psicoterapeuta influye en sus clientes, lo acepte o no, con todas aquellas variables que lo contextualizan o lo rodean, y viceversa, el psicoterapeuta es influenciado por las variables del usuario.

Una sugerencia que hace Mahoney (1988), es la de considerar la influencia de las creencias (religiosas, morales, etcétera) del propio terapeuta y evitar tocar ese sistema de valores y creencias en el cliente. Esto con el fin de colocar la responsabilidad del terapeuta lejos del pasado experiencial del paciente y evitar convertirse en un nuevo elemento de su historia de aprendizaje.

La labor del psicoterapeuta es tratar de establecer una relación amistosa y respetuosa con el usuario ya que, al comunicarse con él de forma reservada pero amistosa, interesada y comprensiva, puede reducirle las preocupaciones y ganar su confianza. Por lo mismo, debe comunicar comprensión, atención y honradez (sin prometer el alivio de todos los síntomas pero declarando sus intenciones de proporcionar la intervención más efectiva posible) a sus clientes, para que sigan con la terapia hasta el final y se beneficien al máximo.

Concretamente, el psicoterapeuta lleva consigo, a la terapia, variables que influyen en la forma en que el usuario lo percibe, lo observa y en la actividad, energía,

expresividad, viveza y riqueza de palabras que este último emplea dentro del proceso psicoterapéutico, lo cual repercute en su implicación y enganche, favoreciendo así evidenciar su forma de ser, de actuar, de hablar y de expresarse. Son ejemplos de las variables del psicoterapeuta su sistema de creencias, su formación y su manera de actuar en diversos contextos, por citar algunas (Gavino, s/a).

Es así que las expectativas del paciente dependen de la percepción que tenga del terapeuta y de la concordancia de ésta con su idea de cómo tiene que ser un terapeuta. La distribución de responsabilidad con respecto a la causa de su problema y a su probable cambio también se ve influida: a mayor responsabilidad del paciente por salir del problema menor será el esfuerzo en el tratamiento clínico y a menor responsabilidad mayor esfuerzo y menos probabilidades de éxito (Phares, 1994).

Para Ulrich (1990) las variables del terapeuta de mayor importancia para el curso de su ejercicio son aquellas que tienen que ver con el "ethos" de su profesión.

Así, en todo momento los psicoterapeutas deben tratar de proteger el derecho a la intimidad que asiste a sus clientes. Se considera éticamente aceptable discutir la información personal de un paciente sólo con otros profesionales que también le estén prestando algún servicio y/o a menos que el paciente dé su consentimiento, por escrito, para que esa información se comunique en otra parte.

Las relaciones sexuales con los pacientes son juzgadas como prácticas indebidas. Esta es una norma ética y se avala con el argumento de que las relaciones sexuales con un cliente pueden producir diversos efectos perjudiciales en él, la capacidad del psicoterapeuta para ser objetivo queda reducida por esa relación personal, el cliente es explotado por la pericia y el poder de influencia sobre el paciente para que se entregue al acto sexual, y es probable que la terapia se vea afectada por cuestiones

de abandono, falta de respeto, y una disminución en la autoestima del paciente.

Ulrich (1990) también menciona que por cuestiones éticas, todos los que estudian al ser humano deben preguntarse, con gran cautela y detenimiento, ¿quién es el que controla?¹² -¿cómo podemos proteger los derechos de los pacientes o del controlado?, ¿quién elige los objetivos hacia los cuales se dirigirá el sujeto? y ¿cómo definir en un marco de referencia?-, ya que el tipo de control y de medición científica que se obtiene en el laboratorio al trabajar con animales, que tampoco está libre de variaciones, nunca lo obtendremos en las instituciones o en situaciones con personas. En un experimento muy riguroso el experimentador tiene que realizar el diseño, de manera que se relacione significativamente con la conducta del sujeto. En esta medida, el sujeto controla la conducta del experimentador. Todos estamos determinados, ninguno es el motor del primero.

También, se debe aceptar que el clínico no tiene la respuesta final a todos los problemas y que siempre habrá problemas éticos como resolver conflictos entre lo que es bueno para el individuo que no lo es para el grupo o viceversa (Mahoney, 1988).

Todos los puntos señalados pueden ayudar al psicoterapeuta en muchos aspectos, de los que principalmente se destacan: tener una idea de lo que se puede lograr utilizando diferentes perspectivas de conocer al ser humano, la influencia que se puede llegar a tener sobre la gente con las diversas ideologías manejadas en la Psicología, dentro de un proceso terapéutico y sobre todo tener una perspectiva mucho más amplia de cómo probabilitizar en mayor medida el éxito en la terapia. Obteniendo una retroalimentación de todo ese proceso, como consecuencia, y corregir o perfeccionar los métodos utilizados para continuar añadiendo experiencias personales, autocríticas,

¹² Esta pregunta es propia, también, de la reflexión de otros autores como Follari (1982), Watts (1992), Lopez (1995), Klienke (1995) y Haley (1999b).

construtivas y reconstructivas.

Hágase un paréntesis... hasta aquí se han expuesto aspectos que refieren la formación del psicólogo clínico y las funciones que éste realiza, incluyendo a la psicoterapia. Esta se define como un método para inducir cambios en la conducta, en los pensamientos o sentimientos de una persona, o bien como un vehículo para curar los males físicos y lograr el crecimiento personal.

En la psicoterapia participan, regularmente, dos personas: un psicoterapeuta y un cliente o usuario, ambos con características personales que se entremezclan en el proceso terapéutico.

Sin embargo, algunas investigaciones han dejado de lado esta interacción como variables de estudio de los aspectos que influyen en la terapia, centrandose su atención en el problema, por el cual se consulta, o en las técnicas o paquetes terapéuticos, empleados por el psicoterapeuta. Esto se presenta porque existe dificultad para identificar las variables de ambos y analizar su posible influencia dentro de la terapia en curso. Por ello es conveniente, estudiar por separado cuáles son las variables del cliente o usuario, que influyen en la terapia, y cuáles son las del terapeuta. En este caso hay una ponderación en estas últimas.

El psicoterapeuta, al elegir dar un servicio, es el primer responsable en la relación terapéutica y debe estar al tanto de las variables de él mismo que influyen en terapia por ser quien guía o propone el rumbo de estas dentro del proceso (França-Tarragó, 1996; Klienke, 1995).

Algunas investigaciones que se han aproximado al estudio de estas variables y de su posible influencia en el proceso terapéutico o psicoterapia son las siguientes:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Weinstein (1998) evaluó la relación entre la alianza terapéutica y el destino del tratamiento. Seleccionó a 24 pacientes de ambos sexos, de condición socio-económica baja, al acudir a su primera consulta. Se formaron tres grupos: 1) pacientes que abandonaron la terapia antes de la quinta sesión; 2) pacientes que abandonaron la terapia después de la quinta sesión; y, 3) pacientes que terminaron la terapia de 25 sesiones. Se les entrevistó y se videograbaron las entrevistas. Concluyó que la variable más significativa y constante es el compromiso del psicoterapeuta, su actitud, su muestra de aceptación, su comprensión por su problemática y el compromiso que le demostró al paciente. También determinó que lo más importante de la alianza terapéutica, en la psicoterapia, es la adherencia al tratamiento que depende más de las características facilitadoras del terapeuta que de las del paciente.

En este sentido, McCluskey (1997) realizó un estudio para identificar la adaptación entre el paciente y el terapeuta, entendiéndola como la comunicación personal, existente dentro de la psicoterapia, que permite acomodar las experiencias que afectan al usuario. Los participantes fueron nueve psicólogos, tres psiquiatras y tres trabajadores sociales cuya experiencia mínima en el campo profesional era de dos años y medio. Se dividieron en dos grupos: Gpo. 1, a éste se le presentaron tres videos (duración máxima 1 1/2 minutos) en los que se exponían casos donde había una buena adaptación; y, Gpo. 2, a éste se le presentaron tres videos donde no había adaptación entre el terapeuta y el paciente. En base a su experiencia tenían que identificar si había o no una buena adaptación.

Los resultados fueron los siguientes: en el primer grupo, más de la mitad (67%) estuvieron indecisos, el 19% acertó al afirmar que había una buena adaptación y el 11% restante erró al decir que no había buena adaptación; en el segundo grupo 42% permaneció indeciso mientras que el resto dijo no haber adaptación alguna. El autor concluye que se requiere la enseñanza de estrategias terapéuticas que sensibilicen

al profesional en relación a la comunicación que entabla con su paciente, ya que ésta resulta elemental dentro del proceso terapéutico.

Grunebaum (1986) realizó un estudio para determinar el grado de "daño" generado al paciente, como resultado de una intervención terapéutica. Concibe que dicho daño se produce por la intervención terapéutica, entendida ésta como las acciones que realiza el psicoterapeuta en dicho proceso. Paara cumplir su objetivo entrevistó a 47 personas (psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales, tanto hombres como mujeres) que hubiesen recibido asistencia terapéutica, y que hubiesen sentido un "daño" de ella. Se pedía a las personas que describieran, en detalle, el juicio de daño que tenían sobre su experiencia como paciente. También se les pidió que ejemplificarán los aspectos centrales, por los cuales creían se habían generado esos "daños". Asimismo, debían explicar las características del daño (síntomas y repercusiones en sus relaciones interpersonales). Las respuestas se catagorizaron en: 1) ningún daño; 2) daño moderado; 3) daño serio; y 4) daño severo. El mismo autor atribuye las características a las respuestas.

Los resultados se describen en dos partes, en la primera se expone la comparación entre las categorías hechas por el autor y las realizadas por los entrevistados; en la segunda se enumeran las variables del terapeuta presentes en terapia (relaciones terapéuticas rígidas y distantes, enojo del terapeuta, involucramiento sexual, relaciones emocionales con el terapeuta, idiosincracia del terapeuta). Concluye que los terapeutas descritos como rígidos o distantes atribuyen sentimientos de culpa a sus pacientes generando daño serio, mientras que los que se involucran emocional o sexualmente con sus pacientes generan daños severos, haciendo que la terapia resulte peligrosa para el paciente en cuestión.

En esta línea, Conte (1989) trabajó con las actitudes de los profesionales estudiando

su opinión acerca de los aspectos éticos y cómo es que se desarrollan, diseminan y ejecutan los códigos profesionales. Empleó un cuestionario de 103 ítems, con 25 terapeutas, en los cuales se describen métodos y conductas que pueden considerarse como no éticos o como prácticas indebidas para los psicoterapeutas. Estos estaban organizados en una escala del 0 al 3 donde: 0- práctica aceptable; 1-práctica inapropiada; 2-práctica no ética; y 3-terreno de práctica indebida. Se encontró que proporcionar datos sin autorización del paciente a otros es "inapropiado" pero no es "no ético". El contacto sexual se considera dentro de los "terrenos de práctica indebida". Prometer la cura de síntomas es una conducta "no ética" o una conducta "inapropiada". Los autores concluyen que las prácticas hoy consideradas como anti-éticas pueden llegar a ser acciones de práctica indebida dentro de algún tiempo. La carencia de preceptos éticos en psicoterapia es un tema complejo y ambiguo. Este es un aspecto que debe considerarse en la práctica profesional ya que puede llegar a afectar la calidad de vida del paciente.

Straker y Becker (1997) realizaron una investigación con el objetivo de explorar la experiencia terapéutica en la psicoterapia, desde la perspectiva del terapeuta en funciones de terapeuta y de cliente. Participaron siete terapeutas que hubieran recibido terapia. Fueron entrevistados en dos ocasiones y se les pidió que comentaran su experiencia en ambas posiciones. Desde su papel como terapeutas, mencionaron que existen factores activos dentro de la psicoterapia y que estos son un ingrediente de la posible efectividad de la misma. Estos factores son: relaciones emocionalmente cargadas cuando se ayuda a la persona, problemas conceptuales para explicar los problemas, contrato y papel terapéutico, participación del paciente, alianza terapéutica, transferencia y contratransferencia.

Desde su perspectiva como clientes, mencionaron que las descripciones del terapeuta pueden ser anticipadas por ser diferentes de las de él como usuario. En cuanto al

insight, palabra que los autores emplean aludiendo a la experiencia del terapeuta en su totalidad, para los entrevistados es de suma importancia, ya que va implícito emocionalmente aún cuando al inicio sólo es algo abstracto; mientras que para los clientes es como una reflexión, se convierte en un objeto de transición porque es producto de sentimientos de él y de palabras del terapeuta cuya función es transformar la inercia de los estados anímicos. También, mencionan que cuando existen momentos de cambio (pasar de un estado emocional desagradable a uno agradable, de tristeza a alegría, etc.) la experiencia de mayor trascendencia es la corporal, es decir, lo importante es el contenido no verbal. Por último, los autores señalan que los sujetos que participaron (que son terapeutas y habían sido también pacientes), plantean una nueva idea: el terapeuta juega, dentro del proceso terapéutico un doble rol sujeto y objeto, el mismo y el otro, pudiendo tomar la posición del observado al ser observador y viceversa.

Haas (1997) realizó un trabajo que tuvo como propósito enumerar los principios-guía que deben ser considerados por los psicoterapeutas dentro del proceso terapéutico. Consultó la opinión de 15 psicólogos, retirados y activos, de la Universidad de Wetschester, con una experiencia, en la práctica psicoterapéutica, de 30 años mínimo. Se empleó una entrevista no-estructurada, se grabaron las sesiones y se agruparon los resultados cualitativamente y desde el criterio del autor. De esta manera se encontraron los siguientes principios-guía:

1. Conocimiento de sí mismo. Es importante que haya experimentado la situación como paciente para, de esta manera, minimizar la tendencia a proyectar sus propias necesidades en la relación terapéutica, de un tratamiento específico. Se permite así un mayor respeto por el cliente y establecer empatía con él, ya que es una base para la comprensión de su situación.

2. Conocimiento de la teoría. Existe una tendencia a atacar la ortodoxia. Sin embargo, adoptar una escuela como base, es lo que permite la apertura, la modificación e improvisación dentro del proceso, y principalmente posibilita considerar las estrategias que se consideran óptimas para una situación en particular.

3. Proteger los principios y la privacidad. En relación al punto anterior, procurar los lineamientos que describe la aproximación teórica permitirá una terapia con resultados óptimos a corto plazo. Además es importante conocer el código ético, acentuando la privacidad en el proceso, así como el control (como en el punto 1, evitar la identificación). También es importante no evitar reconocer el vínculo comercial (servicio-cliente) del proceso, sin ponderar en él.

4. Desarrollar el propio estilo. Dentro de la terapia, la persona del terapeuta es más importante que su método. Es esencial la conexión personal positiva con los clientes. El método y el estilo pueden transformar el sistema de creencias, y viceversa. No olvidar creer en la terapia, en la habilidad propia para conducirla y en el potencial de los clientes para ayudarse a si mismos. Creer en el poder de sentir, reconocer la relación persona-persona en la terapia. Contemplar siempre la estrategia de escuchar cuidadosamente. Estar atentos a las nuevas sugerencias haciendo participe al cliente de ellas. En general, creer siempre en uno mismo.

5. Emplear la experiencia familiar del aquí y ahora. Una buena manera de ayudar al paciente es traer, si lo requiriera el caso, una sesión conjunta con los miembros de su familia y/o con las personas más cercanas a él.

6. Conectarse con el (niño) interior del paciente. Los terapeutas con una perspectiva psicoanalítica (9) señalaron que una manera de ayudar al cliente es contemplar la noción que quien representa la vida del paciente, durante el proceso, es el niño más

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

que el adulto. Todos los entrevistados coincidieron en señalar que es importante conectarse con el paciente enfatizando la comprensión y el lenguaje empleado durante las sesiones terapéuticas.

7. Contemplar otras opciones teóricas (ser ecléctico). Principalmente si el marco de referencia no aporta resultados aparentes, el uso combinado de técnicas es una opción permanente. Por ello los terapeutas necesitan una amplia experiencia y diferentes habilidades para determinar su propia modalidad de tratamiento (lo cual se relaciona con el punto 4).

8. Contemplar y encarar la muerte. Situar la terapia en la dualidad vida-muerte para concientizar y procurar la conexión real-personal con el cliente y su vida, así como con el terapeuta

9. Disfrutar la práctica, para así enriquecer la experiencia de aprendizaje y crecimiento del cliente y del terapeuta.

10. Otros. Como mantenerse vigoroso, alimentarse sanamente y realizar ejercicio para generar una buena impresión.

Como conclusión, el autor expone a la psicoterapia como una experiencia de delicado balance entre la relación interpersonal (cliente-terapeuta) y la implicación, que resulta determinante, de los principios antes enumerados.

Como se puede dar cuenta, las investigaciones hasta aquí expuestas se centran en la investigación de la interacción cliente-psicoterapeuta y los efectos que puedan tener en la terapia. Excepto los trabajos de Conte (1989) y de Straker y Becker (1997) que centran su atención en las opiniones de los mismos terapeutas respecto a elementos

presentes en la terapia. En el primero existe un sesgo al considerar sólo los aspectos éticos, en cambio el segundo debe ser considerado con detenimiento.

En ellos, no se encuentra el intento de dar cuenta de las características que el terapeuta lleva consigo a la psicoterapia, influyendo en ella, abordándolo desde su propia opinión. Tampoco se encontró indicio alguno de este trabajo en México. El trabajo de Haas (1997), en cambio, proporciona una aproximación diferente, más extensa y rica de posibilidades de análisis de las variables del psicoterapeuta dentro de la terapia.

Con lo expuesto ¿debe pensarse entonces en la categorización y entrenamiento de las posibles variables del terapeuta o apostar por el carácter insuficiente e inoperante de esta actividad recargándonos en lo subjetivo existente en la terapia? ¿es o no importante la relación existente entre el terapeuta y el usuario? ¿de qué depende? ¿debe sustentarse en alguna idea teórica más que en una aproximación epistemológica, por qué? ¿debe racionalizarse su uso y su aplicación? ¿cómo se aprende en las aulas de formación? ¿es o no factible pensar al terapeuta como persona mecanicista y sin sentimientos?

Resulta claro que no existe un acuerdo que señale la respuesta a tales cuestiones ni el número y cualidad de las variables que el terapeuta lleva consigo a la terapia. De igual forma ningún trabajo queda libre de crítica al señalar total dominio de las categorías conductuales, objetivas o subjetivas, del terapeuta, sobre el proceso psicoterapéutico. En algunos casos los autores no se aventuran a hacer tales afirmaciones y dejan espacio a los factores, que sin posibilidad de ser nombrados, afectan la intervención.

Por ejemplo, Morganstern (s/a) quien dice que actualmente no existe un marco de

referencia homogéneo para la terapia y la extensa variedad de problemas existenciales o "trastornos de los 80's" -como la apatía, el letargo, el descontento y la falta de dirección y sentido- los cuales demandan que los terapeutas aprendan a tratarlos, llama la atención afirmando que "si un terapeuta no siente compasión genuina por el estado de sus pacientes y tiene un fuerte deseo de aliviar su sufrimiento haría un gran favor a la psicoterapia si se dedicara a otros quehaceres" (p.118). Pero, ¿en qué se basa este autor al hacer semejante pronunciación?. En su trabajo, argumenta diversos estudios que informan sobre las valoraciones de los clientes respecto a los terapeutas, a los que consideran más empáticos, congruentes y tolerantes, por encima de clínicos experimentados y hábiles en el manejo de la técnica. Ejemplos de estas investigaciones son las que se presentaron anteriormente.

Ante esto, se puede coincidir con la idea de la existencia de factores no específicos dentro de la terapia por lo que, a continuación, se hablará de ellos.

3.2.3 Los factores no específicos

En las palabras de Gavino (s/a) se halló sustento para afirmar que los factores no específicos existen y son quizás determinantes para el curso del trabajo psicológico. Por supuesto es que va surgiendo la necesidad de hablar de la conjunción de las técnicas y las variables en un sólo camino: la psicoterapia. Empero, otra información señala que al margen de esta suma hay elementos que apuntan ser los más importante y los directrices de aquellas dos.

Se leerá entonces un capítulo que habla de ética y otro que habla sobre el vínculo terapéutico. Es menester del que escribe aclarar que si bien "factor no específico" alude a "algo" sin nombre o que es incapaz de ser nombrado debe partirse de una idea general que, con el apoyo de los textos leídos, conformen los argumentos necesarios

para la construcción de nuevos paradigmas desde los cuales pensar la dinámica de la terapia. Es cierto también señalar que en la sección anterior se expusieron los trabajos que consideran a la ética como una de las variables del terapeuta presentes en su ejercicio clínico de tratamiento; no obstante, en ellos subyace la idea de ser un fenómeno propio, en exclusiva, del terapeuta. Esto, considerado como ética doentológica no puede entenderse en el contexto más amplio en el que se da la psicoterapia: el encuentro de dos seres humanos, donde se supone que uno, generalmente el paciente, tiene más problemas que el otro, por lo que solicita su ayuda. Tal hecho podrá aclararse en las líneas siguientes. Iniciese entonces.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO 4

4. LA ÉTICA

La ética es el estudio de la moralidad. La palabra moral o moralidad viene del latín "mos-mores" y significa costumbres o carácter. La palabra ética viene del griego "ethos" y significa lo mismo que la anterior. Ética y moralidad son enseñadas por las instituciones con el propósito expreso de que sean cumplidas por las comunidades para el propio beneficio de la sociedad (Hierro, 1992).

Ética o Filosofía moral es también la disciplina filosófica que reflexiona de forma sistemática y metódica sobre el sentido, validez y licitud de los actos humanos individuales y sociales en la convivencia humana. Para ello utiliza la intuición experiencial humana, tamizada y depurada por la elaboración racional (França-Tarragó, 1996).

Ética o moral aluden así al modo subjetivo que tiene una persona o grupo de encarnar los valores morales, es la ética o filosofía moral vivida y experienciada (França-Tarragó, 1996). Es pues la ética, en el sentido tradicional, a la que se asigna la cualidad de guiar la conducta de los hombres (Hierro, 1992).

La ética valora la objetividad de las acciones humanas en la convivencia a la luz de los valores morales, más que la subjetividad de las personas. Intenta pues, encontrar los criterios universales que eliminen la arbitrariedad de las relaciones humanas y lleven a la posibilidad de plenitud del hombre. Lo importante es, entonces, que no describe si "está bien" o "está mal" sino que trata de justificar racionalmente si puede considerarse "bueno" o "malo" para todo ser humano (Savater, 1999).

La función del especialista en ética es, por tanto, la de ser testigo crítico de las prácticas profesionales arbitrarias y ser portavoz de las cosas y minorías no tomadas

en cuenta.

4.1 LA ÉTICA PROFESIONAL

El término profesional proviene del latín *professio* cuyas raíces son "confessus" y "professus". Ambas indican confesión pública. La palabra profesión se empleó por primeras veces para la consagración religiosa, concretamente, para definir a las personas que ejercen determinada actividad con dedicación total (França-Tarragó, 1996).

Desde la sociología, el término "profesión" es empleado para referir al grupo humano con cuerpo coherente de conocimientos, empalmados a una teoría unificadora, aceptada ampliamente por sus miembros; con capacidades y técnicas basadas en dichos conocimientos, con prestigio social reconocido y con expectativas explícitas de confiabilidad moral, expresadas en un código ético (França-Tarragó, 1996).

El "ethos" de una profesión, por tanto, es el conjunto de actitudes, normas y maneras de juzgar las conductas morales de quienes la ejercen (Klienke, 1995).

Es un error argumentar que las interrogantes éticas pueden ser evitadas por una correcta técnica; de la misma manera que es un error confundir lo que es básicamente un asunto de transferencia con los asuntos éticos (Holmes y Lindley, cit. en França-Tarragó, 1996 p. 15).

El "ethos" de una profesión es entonces el conglomerado de las actitudes vividas por el profesional y la tradición propia de interpretación de cuáles son las formas correctas de comportarse de esta profesional con las personas. Posibilita la fidelidad a la responsabilidad profesional y evita la desviación respecto a los patrones usuales. Por

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

tanto, el "ethos" fomenta tanto la admisión de sus miembros como la conformación de una tradición de las conductas profesionalmente correctas (França-Tarragó, 1996).

4.2 LA PSICOÉTICA

Dentro del conjunto de las éticas profesionales la bioética ocupa un lugar privilegiado. A ella se refiere como disciplina cuyo objeto es el estudio sistemático de todos los problemas éticos de las ciencias de la vida incluyendo la vida en su aspecto psíquico (França-Tarragó, 1996).

Se asegura entonces que la psicoética se relaciona en tanto adquiere su identidad con la bioética. La primera toma como objeto de estudio los dilemas éticos de la relación establecida entre los profesionales de la salud y los pacientes.

No se debe perder de vista que la dinámica de la psicoterapia, objeto del que se ha venido hablando, recae en la relación entre un psicólogo y una persona que solicita su capacitación profesional. Es una relación de dos sujetos activos, es una relación dual (Gavino, s/a). Por ello la psicoética ocupa su lugar situándose en la relación diádica su objeto de estudio y no sólo en aquello que compete al profesional, porque se sobreentiende que el paciente, persona o cliente tiene sus respectivos deberes y derechos en dicha relación. De esta manera la práctica de los profesionales de la salud mental es algo que atañe a la sociedad en su conjunto y no sólo a una asociación, congregación, etcétera, en un ejercicio deontológico (França-Tarragó, 1996).

Una de las expresiones de la psicoética aplicada son los códigos éticos. Estos son una organización sistemática del "ethos" profesional, o sea de las responsabilidades morales del rol social del psicólogo y de las expectativas, derechos y obligaciones de

las personas en relación con el profesional ¹³. El código garantiza y fomenta a la profesión ante la sociedad y es una base mínima consensuada de los acuerdos a respetar. En consecuencia el código es un medio para promover la confianza mutua entre el profesional de la salud y una persona que requiere sus servicios (Klienke, 1995).

Su papel más importante es ser un instrumento educativo para formar la conciencia ética tanto del profesional que tiene que cumplirlos como del público quien se informa sobre las expectativas adecuadas hacia la atención de un profesional de la salud mental.

4.2.1 Los puntos de referencia básicos de la psicoética

Es necesario, de principio, señalar los diferentes planos o componentes del discurso ético. Para ello la revisión se remite al texto de França-Tarragó (1996).

Los primeros, los valores éticos, son aquellas formas de ser o de comportarse que, por configurar lo que el hombre aspira para su propia plenitud y/o la del género humano, se vuelven objetos de su deseo más irrenunciable. Los busca en toda circunstancia, tiende hacia ellos sin que nadie se los imponga. No todos tienen la misma jerarquía y con frecuencia entran en conflicto entre sí. Para esto es

¹³ Si se intentara sistematizar los contenidos concretos que suelen tener los códigos de ética psicológica contemporáneos, podría decirse que generalmente proponen los deberes o procedimientos éticos: 1. Promoción del bienestar de las personas. 2. Mantenimiento de la competencia y la profesionalidad. 3. Protección de confidencialidad y la privacidad. 4. Actuación terapéutica con responsabilidad. 5. Evitación de toda explotación o manipulación (en las transacciones de tipo económico, en la experimentación, en el abuso sexual, en la propaganda y difusión engañosa que se haga en los medios de comunicación social, en la enseñanza de la psicología). 6. Relación humanizadora y honesta entre colegas. 7. Mecanismos de solución ética a problemas específicos.

Si se trata de una relación dual, de alguna manera, los miembros de la sociedad deben participar en la conformación de los criterios éticos que han de llevarse a cabo en la relación profesional-persona. En consecuencia, en la génesis y redacción de los códigos éticos de una profesión concreta los representantes de los "usuarios" deberían estar de alguna manera presentes [Tomado del texto de França-Tarrago, 1996].

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

imprescindible saber cuál es el valor ético último o máximo, aquel innegociable merecedor de ser alcanzado en cualquier circunstancia. Entre las teorías éticas denominadas personalistas existe el supuesto que el valor último o supremo es tomar siempre a la persona humana siempre como fin y nunca como un medio para otra cosa que no sea su propio perfeccionamiento como persona. Dicho sea de paso, persona alude a todo individuo que pertenece a la especie humana.

Los segundos, los principios morales, son un imperativo categórico justificable por la razón humana como válidos para todo tiempo y espacio. Los principios permiten saber cómo deben practicarse en una situación determinada. Los principios morales fundamentales son el de autonomía, el de beneficencia y el de justicia. Todos ellos son expresados en la abstracción indicando un "deber".

Los terceros, las normas morales, son aquellas prescripciones que establecen qué acciones de una cierta clase deben o no deben hacerse para concretar los principios ético básicos en la realidad práctica. En la práctica profesional hay tres normas éticas básicas en toda relación con los clientes: la de veracidad, la de fidelidad a los acuerdos o promesas y la de confidencialidad. Todas las normas quedan subordinadas a los principios morales.

Los últimos, los juicios éticos particulares, son aquellas valoraciones concretas que hace un individuo, grupo o sociedad cuando compara lo que sucede en la realidad con los deberes éticos que está llamado a cumplir.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.2.1.1 Los principios morales

4.2.1.1. a) El principio de beneficencia

El deber de hacer el bien -o al menos de no perjudicar- proviene de la ética médica, concretamente, la antigua máxima latina: "primero que nada no dañar". Desde aquí se piensa que el daño que se puede provocar en otros es más rechazable que el omitir hacer el bien en ciertas circunstancias; puesto que a nivel ético el no perjudicar no es más que una cara del mismo imperativo moral: el de hacer el bien. No perjudicar no es más que una parte del principio de beneficencia. El deber de no perjudicar es el mínimo deseable.

El principio de beneficencia tiene tres niveles. Uno señala que debe hacerse el bien, al menos no causando el mal o provocando un daño a otros intencionalmente.

Si bien se han dado múltiples interpretaciones de lo que es un daño -concepto estrechamente vinculado con el de bien- algunos lo han asociado a los males prohibidos por el Decálogo, otros lo entienden como los trastornos relacionados con la reputación, la propiedad o la libertad, que detrás de un daño hay un interés frustrado contra la voluntad. Otros usan una definición más estrecha limitándolo al daño físico o mental. Pero parece claro que al hablar de un daño se hace referencia a una carencia de bien o supresión del bien buscado.

Los otros niveles señalan que debe hacerse el bien ayudando a solucionar determinadas necesidades humanas, respondiendo a las demandas de ayuda de los clientes; además de que debe hacerse el bien a la totalidad de la persona, sin limitarse a la demanda puntual. Tratar de satisfacer la necesidad de la persona en la totalidad

de su ser ¹⁴.

Proceder de esta última manera podría ser interpretado por algunos eticistas como puesta en práctica del poder de beneficencia mientras que, por otros, como un paternalismo injustificable, o la actitud ética que considera que es justificado obrar contra o sin el consentimiento del paciente, para maximizar el bien y evitar el perjuicio de la propia persona o de terceros ¹⁵.

La dificultad que surge con el paternalismo ético es saber cuándo una acción paternalista está justificada moralmente o no. Asumir una actitud paternalista en contra de la voluntad de otra persona para evitar daños graves a terceros puede estar justificada moralmente.

Una posición contraria a la anterior sería la de los autonomistas que afirman que el paternalismo viola los derechos individuales y permiten demasiada injerencia en el derecho a la libre acción de las personas.

Para ellos únicamente el riesgo de dañar a otros justificaría la inhibición de una determinada conducta, pero nunca cuando esta conducta se refiere al propio sujeto de la acción. Algunos distinguen entre paternalismo débil y fuerte. El primero se justificaría para impedir la conducta referente a uno mismo o a terceros, siempre que

¹⁴ El lector puede recordar como ejemplo el caso de las esterectomias. En muchos de los casos, los médicos argumentan a la paciente que la extirpación de determinado órgano resulta más provechoso que su conservación; sin embargo se deja de lado el significado momentáneo y procedente de la intervención quirúrgica; es decir, se reduce lo humano al funcionalismo de un organismo.

¹⁵ Haley (1999b) al respecto llama la atención y dice que muchos terapeutas creen que es excesivo pretender que ellos dictaminen cual de diversas situaciones sociales es la mejor y tomen decisiones en nombre de sus clientes; también les parece que se necesita poseer gran sabiduría para aceptar la responsabilidad de cambiar a la gente sin revelar lo que saben sobre su caso. De ahí que muchos prefieran compartir sus opiniones con el cliente y hacerlo responsable de su cambio. Empero si se le forma para ser un experto debe estar dispuesto a asumir la responsabilidad y conocer el procedimiento a seguir en una amplia gama de situaciones.

dicha conducta sea notoriamente involuntaria o irracional; o cuando la intervención de un profesional sea necesaria para comprobar si la conducta es consciente y voluntaria. El paternalismo fuerte, en cambio, sería aquella actitud ética que justifica la manipulación forzosa de las decisiones de una persona consciente y libre cuyas conductas no están perjudicando a otros pero que, a juicio del profesional implicado, son irracionales o perjudiciales para el propio paciente. Desde un punto de vista de una ética personalista estaría justificado el paternalismo débil pero no el fuerte.

En el caso de la práctica psicológica, un paternalismo débil sería la actitud del psicólogo que considera que las persona no están en condiciones de decidir sobre las posibilidades que estiman adecuadas con respecto al tipo de intervención psicológica que se le va a aplicar. En estos casos se duda que el paciente esté actuando autónomamente. La decisión de beneficiar a la persona no atenta contra su autonomía, sino que busca protegerla de la irracionalidad no autónoma, con la base de no violar la autonomía de la persona.

Un paternalismo fuerte sería aplicar técnicas de condicionamiento en contra de la voluntad de la persona con la intención de hacerle un bien.

J. L. Pinillos afirma que "la obligación moral del psicólogo es poner al sujeto en el lugar de decidir por sí mismo. Este es el elemento justificativo de la intervención psicológica. Intervenir en un sujeto para hacerle dueño de sí, para que sea él quien en plenitud de facultades, pueda decidir por sí mismo lo que quiere hacer, sí efectivamente luchar contra las estructuras o acomodarse a ellas" (França-Tarragó, 1996 p.28).

El principio de beneficencia, es algo que involucra al psicólogo también en aquellas situaciones en que su puesta en práctica, puede violentar la voluntad de la persona. Es tarea del psicólogo distinguir una situación de la otra.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.2.1.1. b) El principio de autonomía

Este principio alude a la capacidad de todo individuo humano de gobernarse por una norma que él mismo acepta como tal, sin coerción externa. Expresa la ausencia de coerción sobre la capacidad de acción y pensamiento del individuo.

La autonomía tiene que ver con la capacidad del individuo de autodeterminarse por propia voluntad, cayendo en la cuenta de que nada interfiere con su decisión. Es un derecho que debe ser respetado para que el hombre pueda buscar su valor máximo.

El principio de autonomía deriva del mutuo consentimiento que entablen los individuos, por lo que se hace una condición necesaria para la existencia de una comunidad moral. De éste se genera una obligación social: la de garantizar a todos los individuos el derecho de consentir antes de que se tome cualquier tipo de acción con respecto a ellos, protegiendo a los que no pueden decidir por ellos mismos.

4.2.1.1. c) El principio de justicia

Es aquel imperativo moral que obliga a la igual consideración y respeto por todos los seres humanos, evitando todo tipo de discriminación, brindando eficazmente a todos los ciudadanos la igualdad de oportunidades para acceder al común sistema de libertades abiertas para todos.

Se debe garantizar el derecho de todo ciudadano a la igual oportunidad de buscar la satisfacción de las necesidades o escoger sacrificar cualquiera de estas, para alcanzar otras consideradas como prioritarias.

4.2.1.2 La inseparabilidad de los principios

El respeto por la autonomía, el principio de hacer el bien y el de justicia indican los deberes primarios de todo ser humano y los derechos inalienables de las personas y de los pueblos. Son columnas fundamentales de la ética personalista. Estos principios no involucran sólo a la relación individual, sino a la de cualquier grupo humano dentro de la sociedad con respecto a otro; y aún en la relación entre los estados. De ahí que se apliquen a cualquier ética las debidas acomodaciones a cualquier práctica profesional.

Por tanto no puede decirse que exista un único principio ético a partir del cual los dilemas de la práctica profesional puedan resolverse o superarse. Deben articularse para que se pueda entablar una adecuada relación ética entre el profesional, la persona y la sociedad; además para que pueda acrecentarse el valor ético supremo de la dignidad de la persona humana en su conciencia, autonomía y comunitariedad.

Por el contrario si el ejercicio profesional sólo tuviese en cuenta el principio de autonomía terminaría obrándose con una ética individualista, libertarista o solipsista. Si sólo se tuviera en cuenta el principio de justicia podría caerse en una ética colectivista, totalitarista o gregarista. Si sólo se aplicara el deber de hacer el bien podría caerse en una sociedad paternalista o verticalista.

4.2.1.3 Las normas psicoéticas básicas

Las tres reglas éticas fundamentales tienen que ver con la confidencialidad, la veracidad y la fidelidad.

4.2.1.3. a) La regla de confidencialidad

La regla de la confidencialidad refiere a la tradición de que el psicólogo debe guardar el secreto de todas las confidencias que le haga una persona durante una relación. Se relaciona con conceptos tales como: confidencia, confianza, respeto, seguridad, intimidad y privacidad. Implica la protección de toda información considerada como secreta, comunicada entre personas. Alude al derecho que tiene cada persona de controlar la información referente a sí misma, cuando la comunica bajo la promesa - implícita o explícita- de que será mantenida en secreto.

No obstante surge una serie de interrogantes ante esta norma ética: ¿es la confidencialidad un deber absoluto? Si no lo fuera ¿en qué casos se puede romper y en favor de quién? ¿quién es el dueño de esa información? ¿quién puede utilizarla?

Toda persona tiene derecho a que se guarde como secreto, cualquier información que ella haya confiado al profesional en el transcurso de la relación. Este deber no es absoluto. Existen dos condiciones que rompen la regla. En el código ético de la Asociación Americana de Psicología (APA) se señala que dicha información no será comunicada a menos que se cumplan ciertas condiciones importantes. Por ejemplo, cuando la misma persona solicita al psicoterapeuta que exponga la información que está en la historia clínica o cuando alguna instancia legal así se lo demanda.

Hay entonces múltiples ocasiones que podrían llevar al profesional a preguntarse si no está ante una de esas excepciones. Por ejemplo, ¿qué pasaría si un paciente revela durante las sesiones de terapia, que tiene intenciones de asesinar a otra persona a la que considera ofensora? ¿o que ha planeado suicidarse? ¿qué hacer ante un paciente que ha decidido casarse, pero que se niega terminantemente a informar a su novia que tiene una decidida e irreversible tendencia homosexual, evidenciada en la relación con

el psicólogo? ¿qué debe hacer si un miembro de la pareja tiene sida, pero se niega a revelar ese dato a la pareja que está sana?

4.2.1.3. b) La regla de veracidad

Entre los filósofos griegos la falsedad tenía que ser un instrumento de los médicos para beneficiar a los pacientes, al igual que los medicamentos, para curar las enfermedades. Se les permitía mentir siempre que fuera para beneficio de ellos.

Existen tres nociones de mentira. Una es aquella disconformidad entre lo que se dice y lo que se piensa, pero con la intención consciente de engañar al otro. Otra, la falsedad, se refiere a toda la afirmación que es portadora de datos falsos pero que se hace sin la intención de engañar ni perjudicar a nadie. La última, alude al acto de ocultar la verdad que otra persona tiene el legítimo derecho a saber, refiere también a la omisión de información.

Cuando se entabla la relación profesional-persona se establece un acuerdo implícito de que la comunicación se basará sobre la verdad y no sobre la mentira. Por eso, la fundamentación ética de la norma de veracidad está en el principio de respeto por la autonomía de las personas. Este deber no es absoluto ¹⁶.

Si hubiera un acuerdo entre ambas partes, en la cual se estableciera que una de ellas pudiera engañar a la otra, entonces tal acuerdo no sería entre iguales y por consiguiente no se estaría considerando a la persona como un fin en sí misma.

¹⁶ La opinión de los escritores, en este sentido, es encontrada. Para algunos como Yalom (1998, 1998b) y Bucay (1999), la revelación de la personalidad del terapeuta ante sus pacientes, al igual que sus intenciones en cuanto al tratamiento, es lo que permite estrechar la relación y encauzar al éxito la intervención. Para otros como Haley (1999b) al negarse a trazar un límite entre ellos y sus pacientes, al insistir en compartirlo todo, los clínicos no sólo corren el riesgo de fracasar sino también de hacerle daño al cliente.

La veracidad sería claramente inmoral en los casos en que con ella se quiera confundirlos pensamientos o sentimientos de la persona para hacerle daño o explotarla; pero en aquellas situaciones en que el engaño es imprescindible para lograr beneficiar o no perjudicar a la persona, la calificación de inmoral a dicha conducta se hace más difícil.

Al fin, la regla de veracidad debe quedar subordinada al principio de no perjudicar a los demás. Debe cumplirse siempre que no entre en conflicto con el deber profesional de respetar un principio moral.

4.2.1.3. c) La fidelidad a las promesas hechas

La fidelidad es una promesa y se entiende como el compromiso que una persona asume de realizar u omitir algún acto en relación con otra persona. Por fidelidad se entiende, al mismo tiempo, una virtud y una norma, en este caso concreto la obligación que genera en una persona, el haber hecho una promesa o haber aceptado algún acuerdo.

Aunque la mayoría de las profesiones no poseen algo que se puede llamar juramento, algunas si lo tienen. No obstante, podría afirmarse que, cuando un profesional acepta el código de ética de sus colegas, de alguna manera está haciendo una especie de juramento o, por lo menos, una promesa implícita -asumida públicamente- de que va a brindar sus servicios con competencia y responsabilidad, de acuerdo al compromiso formulado en dicho código ético. La integración de todo psicólogo a un colegio de profesionales que tenga código de ética, de hecho, implica un compromiso público de que se va a cumplir, así como una afirmación de que los pacientes pueden tener esa confianza sin verse decepcionados.

Lo que indica la promesa implícita de ambos participantes en la terapia es un "me comprometo a hacer todo lo posible de mi parte para que usted pueda satisfacer la necesidad que lo trae a mi consulta, siempre que usted confíe en mi ciencia y mi arte y eso no implique perjudicar a terceros. Si eso es así, lo mantendré informado de todo lo que le competa con el fin de que usted ejerza su derecho a decidir", y en respuesta un "me comprometo a confiar en usted y a seguir sus sugerencias para obtener lo que necesito, si esto está dentro de las posibilidades de su ciencia y de su arte, si garantiza que ejerza mis derechos como persona y ciudadano y no atenta contra mis valores éticos" (França-Tarragó, 1996 p. 50).

El profesional que actúa como *imago* paternal, agente de servicios específicos, que está por encima del cliente y decide los medios, condiciones y límites del servicio que presta, admite que la persona intervenga en la decisión, solamente en lo que se refiere a aceptar o no, el resultado final que él quiere lograr con la intervención del profesional.

En otro caso, el profesional que se desempeña como agente del cliente decide lo elemental en la relación. Según este esquema -opuesto al anterior- el profesional es un empleado del cliente, y éste es el que manda lo que aquel debe hacer, modulando su influencia de acuerdo al dinero que paga el profesional.

El profesional como asesor calificado y comprometido con la persona es el que se ciñe al acuerdo ético entre él y la persona en una relación de dos sujetos libres, autónomos y éticamente rectos, que se benefician mutuamente de la relación para buscar que uno y otro pueda ejercer sus legítimos derechos o deberes para consigo mismos y para con la sociedad. La relación se basa en la libertad y en el necesario flujo de la información para que cada uno tome las decisiones que le corresponden en derecho.

La norma de fidelidad siempre tiene que considerarse subordinada al principio de no perjudicar, lo mismo que al principio de autonomía. Una vez más las reglas de veracidad y fidelidad deben cumplirse siempre que no entren en conflicto con los principios éticos fundamentales.

4.3 LA PSICOÉTICA EN LA PSICOTERAPIA

Se ha afirmado, en más de una ocasión, que de nada sirve conocer cuáles son los criterios razonablemente justificados de la moralidad, los valores, principios y normas éticos o tener un método correcto para la toma de decisiones, si el profesional no encarna en su propia vida, de forma permanente y constitutiva de ser, a esos referenciales.

Todo saber ético, si no quiere ser estéril, ha de buscar lograr la conversión de cada ser humano hacia los valores. Más que respetar al otro por estar en su derecho debe buscarse ser uno mismo una persona predispuesta al respeto por el otro por el mero hecho de ser personas. "Si uno conoce lo que es la justicia no por ello se es, en seguida justo " (França-Tarragó, 1996 p.53).

Podría decirse con toda razón, que si se tuvieran profesionales y personas respetuosas de la autonomía, justos y benevolentes, no habría necesidad de la reflexión ética. Más aún, podría afirmarse que todos los dilemas éticos se resolverían sin necesidad de la metodología ética si se tuviera el mecanismo para hacer que los hombres y mujeres se volvieran plenamente virtuosos. La multiplicidad de concepciones éticas y la fragilidad de la condición humana hacen imposible esa

situación ¹⁷.

Como profesional que presta un importante servicio a otras personas, el psicólogo se ve obligado a mantener unos principios éticos para garantizar una terapia eficaz. Estos principios éticos, son en su mayoría adoptados voluntariamente por el psicoterapeuta.

Klienke (1995) asegura que los criterios éticos básicos a los que debe ceñirse la actividad del psicólogo refieren a la competencia, a las relaciones duales, a la confidencialidad, a las relaciones profesionales y a la representación pública.

En cuanto a la competencia se espera que los psicoterapeutas reconozcan los límites de su actividad, principalmente de sus técnicas, ya que al momento de ofrecer sus servicios deben emplear sólo aquellas estrategias para las que estén debidamente calificados gracias a su formación y experiencia (França-Tarragó, 1996). Al respecto

¹⁷ Ante ello, la Asociación Americana de Psicólogos elaboró 3 niveles fundamentales de sanción para casos en que sea necesario corregir las conductas de infracción al Código de Ética. Cualquiera de estos niveles de sanción pueden variar de intensidad según se hagan 'en privado' o 'en público'.

Nivel 1: Cuando se trata de conductas ambiguas, inapropiadas o que causan daño mínimo a los pacientes y no son malas en sí mismas. El Colegio puede emitir un Consejo educativo en caso que haya habido comportamientos no claramente ilícitos pero se ha actuado con mal gusto o con insuficiente prudencia, especialmente en campos nuevos o problemas poco conocidos. No tiene por que haber mala intención en el psicólogo, simplemente haberse tratado de una conducta torpe o ridícula y la acción no tiene por que haber sido mala en sí misma: una Advertencia o amonestación educativa encierra una afirmación clara de 'cesar y desistir' en una determinada conducta. Se trataría de acciones claramente inapropiadas o en algunos casos ofensivas, pero el daño es menor y no hay evidencias de que el psicólogo haya actuado con conocimientos de causa.

Nivel 2: Cuando las conductas son claramente ilícitas (malas en sí mismas) pero el psicólogo manifiesta genuino interés por la rehabilitación. El Colegio puede sancionar con una Reprimenda, se da cuando hay una clara inconducta (mala en sí misma) pero hecha por ignorancia y, aun cuando las consecuencias de la acción u omisión hayan sido menores, el psicólogo debería haber sabido. Puede incluir la prescripción de que el profesional implicado deba recurrir a supervisión, examen psicoterapia o algún tipo de formación permanente, con una Censura, en caso de que haya habido conducta deliberada y persistente con riesgo de causar daño sustancial al cliente o al público, aun cuando ese daño no se haya causado o haya sido pequeño.

Nivel 3: Cuando las conductas han provocado claro daño en terceros y el psicólogo no manifiesta suficientes garantías de que va a tomar las medidas adecuadas de evitación en el futuro. En este caso el Colegio puede sancionar con una Renuncia especificada o permitida, si existe una continuidad en la inconducta productora del daño en las personas, en el público o en la profesión, cuando hay motivación dudosa al cambio o despreocupación por la conducta cuestionada. Puede incluir una cláusula de 'no poder apelar el fallo' del Colegio; o una Expulsión, cuando han habido personas claramente dañadas por el profesional y serias interrogantes respecto a la potencial rehabilitación del culpable. Puede incluir o no la publicación del fallo en un periódico [Tomado del texto de França-Tarragó, 1996].

se aluden cinco áreas de competencia profesional: el conocimiento, la competencia clínica y técnica, el buen juicio y la efectividad profesional (Klienke, 1995).

El conocimiento de un profesional de la psicología parece ser obsoleto al paso de los años, por lo que el psicólogo debe mantenerse al día, a través de la continua formación académica y la supervisión de otros profesionales. Por si esto fuera poco, en todo momento necesita reconocer sus propias limitaciones profesionales (Klienke, 1995).

Las competencias clínicas, descritas en otra parte del presente trabajo como variables del psicoterapeuta -habilidades de conversación, de interpretación, apertura personal, etcétera- resumen las cualidades necesarias que debe poseer un psicoterapeuta para transmitir preocupación y sensibilidad por el problema que lleva a los pacientes a solicitar su intervención profesional. Esta situación obliga al psicólogo a participar en la discusión de casos y a recibir supervisión de otros profesionales. La concientización de los límites de su conocimiento es sólo una parte, pues en el sentido de sus competencias clínicas, el psicólogo debe reconocer los efectos que producen a los otros su estilo y su personalidad, para así comprender por qué los pacientes reaccionan de determinada manera y no de otra. Dicho proceso facilita el aprendizaje o reformulación del estilo profesional de terapeuta. Por eso resulta evidente que el profesional de la psicología debe tener una formación, académica y personal, multicultural (Klienke, 1995).

El amplio campo de herramientas técnicas de tratamiento -como las experiencias "gestalt", el juego de roles, la hipnosis, etcétera- y de evaluación, determina las competencias técnicas de un psicólogo (Garfield, 1979).

El profesional debe permanecer en constante entrenamiento para permanecer

informado de la evolución de opciones psicoterapéuticas. Ningún terapeuta puede ser experto en todas las áreas del saber tecnológico, todos tienen la obligación moral de reconocer sus límites y buscar ayuda con otros psicólogos o remitir el caso a otros servicios cada vez que no estén capacitados para llevarlo al cabo (Phares, 1994).

Al margen de esto, el psicoterapeuta debe ser dueño de juicios sensatos que le posibiliten discriminar cuando aceptar o rechazar un caso particular, cuando remitir a un paciente a otros servicios o a otras opciones diferente a la terapia psicológica y cuando dar término a la terapia.

Tal hecho resulta de suma importancia ya que en ningún momento el terapeuta debe seguir en curso con un paciente, guiado por su propia impresión para evaluar un problema (França-Tarragó, 1996).

Esta situación se liga a otro criterio de competencia: la efectividad personal. Ante todo, el terapeuta debe preguntarse ¿cómo reacciona ante sus clientes? ¿deposita en ellos sus necesidades de amparo, admiración o poder?, entre otras cuestiones. El terapeuta debe reflexionar si es o no sensible a sus contra-transferencias (França-Tarragó, 1996). Ante estas interrogantes, el psicólogo puede participar de grupos de discusión y revisión de casos así como consultas y supervisión individual. La importancia de ello radica en que en muchas ocasiones el terapeuta no se encuentra en óptimas condiciones físicas o emocionales, y si demasiado turbado para ser efectivo. Si este fuera el caso, el profesional debe en todo momento buscar ayuda profesional y abstenerse de trabajar con pacientes (Klienke, 1995; Freud, 1997).

Otro criterio de competencia considerado importante por autores como Medina (1990) refiere a la información que el psicólogo debe proporcionar al paciente respecto al proceso terapéutico. Según Szasz (cit. en Klienke, 1995), el terapeuta debe tener en

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

mente que "lo que prometo hacer lo hago y lo que prometo no hacer, no lo hago" (p.186).

Cuando el paciente acude a servicio, lo hace pagando, por lo tanto se convierte en cliente así que tiene derecho a saber qué es aquello por lo que paga y si el terapeuta no proporciona información suficiente y adecuada puede volverse sujeto de críticas y acusaciones por mala praxis (Johnson, 1990; Klienke, 1995; França-Tarragó, 1996). Por lo que se recomiendan diversos formularios escritos de información y consentimiento terapéutico ¹⁸.

Si bien los formularios de consentimiento escrito de los pacientes hacia la terapia potencian la percepción positiva de los profesionales que los emplean, a la vez que refuerza la relación entre terapeuta y el paciente -situando a éste en el papel de persona competente y responsable-, la mayoría de los terapeutas no los emplea -sólo un 30 por ciento- ya que puede comprometer los sentimientos de confianza entre el terapeuta y el cliente, adquiriendo un carácter perjudicial si llegan a ser sujetos de criterios legales (Klienke, 1995).

En cuanto a las relaciones duales, que son aquellas que sostienen el terapeuta con su cliente fuera del espacio de las sesiones de terapia, Klienke (1995) asegura, conforme a los Principios Éticos de la A.P.A., que los psicólogos deben respetar la integridad y procurar el bienestar de la persona que los consulta. Según este autor, existen cinco situaciones duales en las que el terapeuta debe actuar con suma sensatez. Estos son: las relaciones sociales, el intercambio económico, el trato de amigos o familiares como pacientes, el contacto físico no erótico y la intimidad sexual.

¹⁸ Un ejemplo [Tomado del texto de França-Tarragó, 1996] de tales formularios puede verse en el anexo. Su contenido y extensión, lógicamente puede variar en función de la perspectiva teórica del terapeuta así como de los fines perseguidos por el mismo documento.

Las relaciones sociales son aquellos espacios interactivos entre el psicólogo y el paciente fuera del consultorio. Si bien es difícil que el terapeuta perciba la vinculación de la relación terapéutica (emoción, confrontación, experiencia correctiva, transferencia y contratransferencia) en una relación social, el profesional debe saber que a veces, estas ocasiones ayudan a que el terapeuta y el paciente se conozcan a un nivel más profundo. Por ello, ante todo, el psicólogo debe tener en claro cómo define las relaciones sociales, quién se satisface de esas situaciones sociales, si se interfiere con ello a la relación e intervención terapéutica y si está poniendo de esa manera en algún tipo de peligro a la persona (Lazarus, en Klienke, 1995).

Según algunos estudios realizados en los EE.UU., reportados por Klienke (op.cit.), respecto a los contactos sociales entre el terapeuta y el paciente:

El 66 por ciento de los terapeutas piensa que es ético aceptar una invitación del cliente y el 6.3 por ciento cree que no es ético nunca; el 44.3 considera que es ético llegar a ser amigo del paciente al final de la terapia, mientras que el 14.8 por ciento cree que esto no es ético nunca; el 17 por ciento piensa que es ético salir a comer con su paciente después de la sesión y el 43.2 cree que no es ético nunca; y el 34 por ciento de los sujetos considera ético salir con el paciente a una fiesta o acontecimiento social, sólo en circunstancias específicas, mientras que el 50 por ciento cree que es no ético en ninguna ocasión.

En relación con éste punto, Haley, (1999) expone un ejemplo del modo como trabajaba Milton Erickson para introducir un cambio. Es el caso de un joven que no podía cruzar ciertas calles o entrar en ciertos edificios sin caer desvanecido. Erickson informa:

"Decidí que podía hacerle superar su problema con el restaurante -que previamente le había dicho el paciente, era uno de los establecimientos a los que el paciente no

podía entrar ya que se desmayaba antes de entrar- Le pregunté que le parecía la idea de ir a cenar al Loud Rooster, y respondió que inevitablemente se desmayaría. Le dije que nos llevará a mi esposa y a mí -al restaurante- y que con nosotros vendría alguien más -dice Erickson, una divorciada muy atractiva con master en psicología, informada previamente del caso y de la situación que él tenía preparada- Le pedí que estuviera en mi casa a las siete. Lo sometí a una nerviosa espera hasta que llegó la otra persona. Fuimos en mi automóvil. Cuando bajamos dije al joven: este es un estacionamiento empedrado. Allí hay un lindo lugar donde usted podría desmayarse. Quiere ese lugar o podría encontrar uno mejor?. El respondió: me temo que me ocurrirá cuando lleguemos a la puerta. De modo que caminamos hasta la puerta y yo dije: esa es una linda acera. Probablemente se golpeará duro la cabeza si se cae. O que le parece ahí? Manteniéndolo ocupado en rechazar mis lugares para que se desmayara, le impedía que encontrara uno de su propia elección"

"No se desmayó. Dijo: Podemos sentarnos cerca de la puerta? Yo dije: Ocuparemos la mesa que yo elegí. Atravesamos el restaurante hasta llegar a una sección elevada, en el rincón más apartado"

Erickson había preparado a la mesera y al gerente del lugar para dramatizar una discusión en torno al servicio del restaurante.

"Sobrevivió a todo eso y nos llevó a casa. Yo había advertido a la divorciada, y ello dijo: Sabes? tengo ganas de ir a bailar esta noche. El sabía bailar muy poco. Ella lo llevó a bailar"

"La noche siguiente el joven llamó a un amigo suyo y le dijo: salgamos a cenar. Llevó a su amigo al Loud Rooster. Después de lo que había vivido allí, no había más que temer; lo peor ya había sucedido, y cualquier otra cosa sería un alivio bienvenido. De

ahí en más pudo entrar a otros edificios, y eso estableció los cimientos para hacerlo superar su temor a ciertas calles" (Haley, 1999 p.60-61).

Con esto se puede confirmar, dice Haley (1999), que la concepción de relaciones sociales y la intención en el manejo que de éstas tenga el terapeuta son dos cuestiones que deben permanecer constantes en la relación terapéutica.

Los compromisos económicos que se establecen en terapia son responsabilidad, principalmente, del terapeuta. Dice Phares (1994) que la mayoría de los psicólogos considera pertinente cobrar una tarifa por la prestación de sus servicios. Dicha renumeración es flexible para las personas con recursos limitados. Al margen de esto, el terapeuta no debe permitir que los clientes acumulen una deuda muy grande respecto a los costos de la terapia, ni tampoco deben aceptar, por pago, algo diferente al dinero. Además los terapeutas no deben establecer relaciones comerciales con sus pacientes ni mucho menos aceptar regalos costosos de parte de ellos. No obstante, el psicólogo puede valorar el significado de un regalo, dentro del contexto de la terapia y sólo así determinar si lo acepta o no.

Otro aspecto que es importante considerar es la posibilidad de que un terapeuta acepte a sus amigos y familiares como pacientes. Klienke (1995) dice que esta práctica es considerada poco ética, sin embargo, no proporciona los argumentos necesarios para poder entender por qué se califica de esa manera. Cuando mucho, él y otros autores, como Haley (1999b), responsabilizan al profesional que opta por esa opción de impedir el curso de los efectos positivos de la transferencia y de la contratransferencia, y en consecuencia de la cura del paciente.

En opinión de Freud (1998) anteponer a la psicoterapia relaciones interpersonales ya existentes quita al fenómeno de la transferencia el carácter de lo espontáneo,

creándose, el mismo terapeuta, obstáculos de difícil remoción. Esto es de suma importancia si se considera que del amor de transferencia nace lo auspicioso para la cura.

Las relaciones sociales existentes entre el terapeuta y su familia o amigos que se desarrollen en ambientes determinados y con características particulares, hace posible que en la terapia, se viertan los sentimientos y percepciones de cada uno hacia el otro, haciendo difícil el trabajo psicológico. Gómez (1981) dice que el trabajo con familiares o amigos puede entorpecer el intercambio de información, la veracidad y la confianza que se debe procurar en la terapia.

De igual forma, los profesionales de la salud mental difieren entre sí en sus actitudes hacia el contacto físico con sus pacientes. Tocar a los pacientes no tienen por que llevar a la intimidad sexual, es más, hay quienes consideran que el contacto es una forma positiva de comunicación en terapia, especialmente con niños (Klienke, 1995).

Autores como Holroyd y Brodsky (cit. en Klienke, 1995) contemplan las siguientes situaciones como apropiadas para el contacto físico:

Cuando el paciente es una persona social o emocionalmente inmadura.
Con pacientes que experimentan angustia, duelo, depresión o traumas, el contacto funciona como apoyo emocional durante las sesiones de terapia.
Cada vez que el terapeuta quiere felicitar al paciente por un logro alcanzado o al final de la terapia.

El terapeuta y cliente deben hablar sobre sus sentimientos respecto al contacto físico entre ellos, ya que de presentarse debe ser, en todo momento, para llevar en forma

congruente la metas terapéuticas y no para satisfacer las necesidades particulares del psicólogo. El contacto físico debe ser congruente con las emociones del paciente para que de esta manera ellos mismo sientan que son dueños de la situación (Yalom, 1998).

França-Tarragó (1996) recomienda que en todo momento el terapeuta se formule las siguientes preguntas, cuando se trata de contactos no eróticos con su paciente:

Soy sensible de que en esta relación tengo mayor poder?
Quién satisface sus necesidades con este contacto físico?
Cuál es el significado del contacto en la relación con el paciente?
Cómo será interpretado por él?

Estas situaciones llevan a pensar de inmediato sobre lo que sucede cuando el terapeuta se involucra sexualmente con un paciente. Las relaciones sexuales con los clientes no son en ningún momento consideradas como conductas éticas, incluso en algunos estados de los EE.UU. se consideran ilegales. Es más la gran mayoría de los psicoterapeutas consideran que revelar a su paciente la atracción sexual que puedan sentir hacia ellos es poco o nada ético (França-Tarragó, 1996).

Las bases para pensar de esa forma se encuentran en el objetivo subyacente de toda intervención terapéutica. Si los pacientes depositan toda su confianza en el terapeuta, éste tiene el compromiso de proporcionarle una experiencia constructiva y de crecimiento personal, por lo que no se ve el momento en que una relación sexual pueda ser útil, dado que el poder, el control, y la capacidad de decisión, no es igualitaria (Johnson, 1990).

Los efectos adversos de la intimidad sexual con el terapeuta incluyen: ambivalencia, sentimientos de culpabilidad, de vacío y de aislamiento, confusión sexual, deterioro en las relaciones con otras personas, rabia, depresión, aumento de riesgos de suicidio, deterioro de la atención y concentración, con pensamientos intrusivos, imágenes no deseadas y pesadillas (Klienke, 1995).

Yalom (1998b) expone el caso de una mujer quien después de cinco meses de tratamiento psicológico tuvo encuentros amorosos y sexuales con su terapeuta. Al paso del tiempo la salud mental y emocional de la paciente se deterioró, por lo que acudió a consulta con Yalom. Al respecto él comenta que no es inusual encontrarse con pacientes que han sido utilizados por sus terapeutas y que dicha acción los perjudica seriamente. Según él, son los terapeutas transgresores los que necesitan la información sexual ya que carecen de recursos o habilidad para obtenerla en su vida privada por lo que optan por esta acción, por el contacto sexual. Por eso, es prudente instar a los practicantes de psicoterapia a que reciban una terapia personal, y facilitar así su autoconocimiento.

Por virtud de su rol privilegiado, por sus accesos a los sentimientos más profundos y a información secreta, es casi imposible que el paciente vea al terapeuta tal y como es, razón suficiente por la cual los terapeutas no deben involucrarse emocional ni sexualmente con sus clientes (Johnson, 1990).

El problema para el paciente, parafraseando a Yalom (1999), es que se obsesiona amorosamente con lo que representa su terapeuta, de tal forma que dicho sentimiento le absorbe toda su vida, haciendo imposible nuevas experiencias del tipo que sea, buenas o malas, sexuales o no.

Ante esto, Klienke (1995) dice que el paso inicial es mantener a los terapeutas que

están en formación enterados de que la atracción sexual hacia los pacientes no es algo infrecuente; que ellos son, en todo momento y por designio moral, responsables del estado emocional -y muchas veces físico- de la persona; y, que en la relación terapéutica -donde se supone que el psicólogo dispone del control, del poder y de la capacidad de decisión- el más afectado por un contacto sexual es el paciente -al margen de que se argumente el beneficio de la persona, inclusive a través del testimonio de la "víctima", pues se supone que ella no está en condiciones de discernir lo que es bueno o malo para su salud mental.

La confidencialidad es otro aspecto importante dentro de la relación terapéutica y un principio ético digno del cuidado y reflexión del psicoterapeuta. Pues, como principio ético, protege a los pacientes de la posibilidad de revelar cualquier tipo de información, relacionada con su caso, sin su consentimiento previo. Además es una muestra de respeto por la privacidad del paciente (Klienke, 1995; França-Tarragó, 1996).

La confidencialidad en psicoterapia no puede equiparse con la existente entre un abogado y su cliente o un sacerdote y el fiel. De entrada, el problema del control de la información se presente en lo que el paciente le revela al psicólogo, pues en muchas ocasiones lo que le es revelado al terapeuta no es del todo cierto o completo ya que el flujo de las palabras tiene que ver con lo que permanece en la conciencia y en el inconsciente de las personas (Klienke, 1995; Haley, 1999b). De ahí que se recomienda respetar los límites internos del paciente tanto o más que los límites entre las personas (Haley, op.cit.).

No obstante, el secreto profesional no es tan rígido como en los casos antes señalados, y puede romperse, según França-Tarragó (1996), en las siguientes circunstancias:

Cuando hay una acción criminal de por medio
Cuando la información es parte de una investigación judicial
Cuando el terapeuta actúa como perito judicial
Cuando el psicólogo considera que la persona está en riesgo o pone en peligro a otros (y teme que las amenazas se lleven a cabo)
Cuando el paciente es menor de edad y ha sido víctima de un crimen y juzga que las revelaciones pueden beneficiar a la persona.

Por eso se dice que "no existe secreto profesional... si el terapeuta tiene razones suficientes para creer que el paciente se halla bajo una condición mental o emocional que le hacen peligroso para si mismo o para otros, y la revelación de ésta es necesaria para prevenir la amenaza de peligro... el secreto profesional [entonces] termina donde comienza la seguridad pública" (Klienke, 1995 p.197).

El terapeuta debe, sin embargo, ser cuidadoso de revelar más información de la necesaria para el desarrollo del curso legal o moral, tiene que evitar proporcionar datos que no sean indispensables y ante todo, procurar no revelar la identidad de la persona al igual que no exponer el contenido de su expediente a cualquier persona ajena al proceso terapéutico o legal (França-Tarragó, 1996).

Lo cierto es que un estatuto legal debería, además de exigir la colaboración del profesional de la salud, no responsabilizar al terapeuta de los comportamientos de sus pacientes si se comprueba que ha hecho los esfuerzos necesarios para evaluar y corregir dicha conducta y que ha fallado en el intento; así como, no culpar las revelaciones hechas a terceros que haga el psicólogo en un intento de descarga emocional (Klienke, 1995).

Otro aspecto importante de la confidencialidad son los encuentros accidentales entre el terapeuta y su paciente. Lo mejor es no reconocer al paciente sino lo hace él primero. Es recomendable discutir previamente, durante las sesiones de terapia, la posibilidad de estos encuentros y enfatizarle a la persona que él, en respeto a su privacidad, no lo reconocerá primero. En último caso se sugiere que el terapeuta restrinja la interacción a un simple saludo (Klienke, 1995).

El dilema del ocultamiento de información no se restringe hacia el exterior del espacio terapéutico ni a la pregunta anterior, sino que, además, persiste la duda sobre cuántas confidencias personales demandará el psicólogo a sus pacientes y cuántas de sus ideas, creencias y emociones le revelará a él (França-Tarragó, 1996).

La problemática se agudiza si se entiende que la apertura total entre las personas que participan del proceso psicoterapéutico, terapeuta y paciente, posibilita la intimidad y colaboración igualitaria y así mejores resultados del tratamiento. Por eso en años recientes se ha venido examinado la terapia en vivo, pero se ha visto con claridad el complejo intercambio entre el psicoterapeuta y los pacientes. (Gavino, s/a; Haley, 1999b).

La condición misma del paciente lo excluye de cualquier señalamiento moral en cuanto a su actuación ética o no, si es que oculta o no información al terapeuta, además dependiendo de la aproximación teórica, el manejo de esta situación queda determinada por el psicólogo. No sucede lo mismo para con su papel como profesional. La cuestión de si un terapeuta es honesto o no con su cliente, de si lo manipula o no, ha sido objeto de fuertes controversias (França-Tarragó, 1996).

Si las investigaciones se ocuparan de estudiar el ocultamiento y revelación de información entre el terapeuta y paciente, se encontrarían muy pronto en lagunas

metodológicas (Klienke, 1995). Por ejemplo, cuando un psicoterapeuta hace una cosa determinada con su paciente, para saber si actuó conscientemente o no es preciso interrogarlo. Puede tener múltiples razones para decir la verdad o para dar información parcializada, pero también puede ocurrir que recién, con la pregunta, tome consciencia del acto, entonces creerá que fue consciente del acto. Lo mismo sucede si se somete a interrogatorios similares al paciente (Johnson, 1990).

El ocultamiento de información se puede presentar cuando el psicólogo programa una estrategia de intervención y no se le dice al paciente o bien no se la explica completamente. Por regla general no es aconsejable mentirle al paciente, no sólo por ser moralmente incorrecto sino porque es ingenuo pensar que una mentira no será descubierta. Además con ello se le enseña al paciente que el terapeuta no es digno de confianza y que mentir es adecuado (França-Tarragó, 1996).

Sólo dicha en broma, una mentira pierde su carácter falseado. Incluso como maniobra terapéutica, la mentira debe encararse como medida táctica -como en el caso expuesto antes donde Milton Erickson sugiere a su paciente un lugar adecuado para desmayarse- no sin la prudencia de las razones éticas subyacentes (Haley, 1999).

En efecto, la mentira puede ser empleada para estimular un síntoma con el objetivo de que no se manifieste, esto es, se pretende concientizar al paciente de su propia conducta. Por tanto más que el interrogante de si el terapeuta miente o no, lo que importa es si su conducta es ética o no, en otras palabras: ¿Es ético engañar al paciente aunque sea para su propio bien? Haley (1999b) afirma que "el engaño se justifica si fuese esencial para la curación, pero también es una persona indigna de confianza, hecho que puede ser más nocivo que la continuidad del síntoma" (p. 184). El terapeuta puede optar por explicar al paciente lo que está haciendo al "fomentar" un síntoma.

La cuestión se complica si el terapeuta no advierte que está fomentando un síntoma. Si un psicólogo dice en un momento a un paciente: "es importante que se sienta en este instante deprimido... así comprenderá la pauta existente a esa depresión" estaría fomentando un síntoma con la intención de cambiarlo o bien para que la persona experimente en verdad ese sentimiento y aprenda más sobre él. Es lógico entonces, resumir que existen dos formas posibles de engaño: falseando la información u ocultándola. Así pues, queda claro que el "engaño" depende de la consciencia o ignorancia que tenga el terapeuta de sus actos (Haley, 1999).

Una de las formas en que se intenta resolver el dilema ético de ser sincero y franco al par que se oculta información es dividir al paciente en dos fases, una resistente y otra cooperativa. El terapeuta puede ocultar datos a la parte resistente y evidenciarse con la cooperativa (Haley, 1999).

La insistencia en ocultar parte de información durante el proceso de terapia - principalmente de todas aquellas interpretaciones y sentimientos que no serían eficaces en un momento dado- radica en que al negarse a trazar un límite entre el terapeuta y el paciente, el primero corre el riesgo, al compartirlo todo, de fracasar en el tratamiento y hacerle daño al paciente. A diferencia de los sacerdotes y curanderos, el psicoterapeuta expone sus mecanismos de trabajo en muchas de las ocasiones por lo que en todo momento, el terapeuta debe tener claro que lo que le llegue a revelar a su cliente puede ser ya del conocimiento de éste (Haley, 1999b).

Es justo señalar una contraopinión a las ideas expuestas por Haley (1999b) y Klienke (1995). Yalom (1998) dice que la esencia de la terapia, y el secreto de su éxito, radica en el grado de vinculación que exista entre las personas que se encuentran en el proceso terapéutico: el psicoterapeuta y el paciente. Tal vínculo tiene como condición básica la honestidad absoluta. Por tanto, el terapeuta debe comprometerse a compartir

todo hecho importante de su vida, de sus sentimientos, pensamientos y estrategias en torno al espacio clínico si lo que se busca es que el paciente se sincere y solucione lo que le aqueja. El psicólogo debe dejar de lado las características "esperadas" de todo profesional de la salud mental: la formalidad, la pomposidad, la habilidad para diagnosticar y enjuiciar la conducta de las personas, el mercantilismo propio de la práctica y la ortodoxia y formulismos de la aproximación teórica; dejar de hacer que las reglas se adecuen a los pacientes en todas las situaciones; y recordar que la utilidad de las escuelas teóricas radica en la capacidad de aplacar la ansiedad del terapeuta, no la del paciente.

Por último, los terapeutas también tienen obligaciones éticas en sus relaciones profesionales. Estas incluyen no sólo reconocer las competencias de sus colegas, sino también adoptar medidas oportunas cuando tengan conocimiento de violaciones éticas de otro terapeuta. Además están obligados a mantener al día las historias clínicas de los pacientes, ya que pueden ser sometidas a evaluaciones legales. Y, en su presentación pública se deben guiar por criterios profesionales cuando se anuncian -no es ético que utilicen su nombre y grado para anunciar productos- o dar consejos públicamente -sólo si son cuidadosos y garantizan que su afirmación se presentará con precisión, esta conducta puede ser considerada como ética (Klienke, 1995; França-Tarragó, 1996).

CAPÍTULO 5

5. EL VÍNCULO TERAPÉUTICO

El vínculo o alianza terapéutica puede entenderse desde diferentes lugares. Queda claro que desde la perspectiva de las variables del terapeuta y del paciente, el vínculo existente entre estas dos personas se señala como los acuerdos entablados en torno a los procederes del espacio terapéutico, así como a las manifestaciones de empatía que puedan existir entre ambos participantes. Más concretamente se refiere al hecho de ser auténtico, empático para con el otro y a aceptarlo incondicionalmente lo que se traza comúnmente como vínculo o alianza terapéutica (Klien, 1995).

No obstante, quedarse con la idea de que la alianza terapéutica comprende la mutua manifestación de empatía, sería quedarse en el nivel de definición tautológica, aún a pesar de que anteriormente, en este mismo trabajo, se expusiera a la empatía como la capacidad de escuchar con interés a los clientes y ponerse en su lugar para comprenderlos (Rogers, 1993).

¿Por qué a pesar de haber proporcionado una definición de empatía se afirma que emplearla para definir otro concepto como alianza terapéutica es una operación tautológica?

Al releer la definición de empatía proporcionada por Rogers (1993) y por autores como Díaz y Fontana (1997) y Haas (1997) éstas aluden a la comprensión que siente el terapeuta hacia los problemas de sus pacientes. En primer lugar, ninguno de los citados aclaran como puede el psicólogo "comprender" lo que se le expone en un momento de la terapia a no ser por escuchar con "atención", no preguntar más allá de lo que resulte importante para las metas terapéuticas, por "intuir" los motivos de la conducta de su paciente, por "hacerse percibir" genuinamente con sus pacientes o "conectarse" con el paciente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Y, en segundo lugar, porque parece absurdo que si la comprensión, que define a la empatía, se entiende como "conexión" o el "hacerse percibir" no se enfatice el papel por demás activo que tiene el paciente y no sólo el terapeuta.

Por eso, se coloca al vínculo, la relación o alianza terapéutica como otro factor no específico de la terapia haciendo caso de que es la relación lo que cura (Yalom, 1998b), lo que posibilita la generación de sentimientos dañinos en los pacientes (Grunebaum, 1986), lo que facilita o dificulta la comunicación entre los participantes de la terapia (McCluskey, 1997), lo que puede acelerar la transformación de los estados anímicos del cliente (Straker y Becker, 1997), y lo que potencia la espontaneidad (Minuchin y Fisman, 1999) y creatividad del proceso terapéutico (Yalom, 1998).

Efectivamente, la alianza terapéutica no obedece primordialmente al quehacer técnico del profesional de la salud mental, no se refiere únicamente a la destreza estratégica de hacer uso de acuerdos escritos o no escritos de las metas, procedimientos o requisitos posibles en el proceso psicoterapéutico, que se establezcan de común acuerdo o que se impongan por parte del psicólogo (Klienke, 1995; Franca-Tarrago, 1996). Más bien se entiende en su sentido más amplio como un "afectuoso encuentro humano entre dos personas, una de las cuales (por lo general, aunque no siempre, el paciente) está más problematizada que la otra" (Yalom, 1998b p. 25).

Desde esta perspectiva, el terapeuta tiene un papel dual, es decir, observa y al mismo tiempo participa en la vida de sus pacientes. Como observador pretende ser lo suficientemente objetivo para dar la guía necesaria al paciente. Como participante, debe entrar en la vida del paciente, lo que en muchas de las veces cambia la vida misma del terapeuta, puesto que al escoger entrar plenamente en la vida de cada paciente, el terapeuta queda expuesto no sólo a las mismas cuestiones existenciales

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de la persona sino a la examinación y análisis con las mismas reglas de investigación y paradigmas teóricos que él emplea en la terapia (Yalom, 2000)

Por eso, la meta de la relación terapéutica, según Strupp (cit. en Klienke, 1995), no es imponer un cambio en la vida del cliente sino crear las condiciones necesarias para que se produzca un cambio en ésta. Se dice entonces que la relación terapéutica permite, es más sitúa, al terapeuta funcionar como instrumento del cambio.

El mismo Rogers (1993), en sus inicios solía hacerse la pregunta ¿Cómo tratar, curar o cambiar a la persona?, para pasar, tiempo después, a formularse ¿Cómo establecer una relación que la persona pudiera utilizar para su propio crecimiento personal?

Ahí radica la importancia de desarrollar una buena relación terapéutica para el éxito de la terapia, documentada en diversos trabajos (Weinstein, 1998; McCluskey, 1997; Grunebaum, 1986; Conte, 1989; Straker y Becker, 1997; Haas, 1997).

Desde la definición de alianza terapéutica de Gelso y Carter (cit. en Klienke, 1995), - los sentimientos y actitudes que los participante en la terapia tienen entre sí- se encuentran los siguientes elementos: alianza de trabajo, transferencia, intercambio personal, autenticidad, empatía, aceptación incondicional. Tales elementos, no son discordantes con los mencionados al inicio de esta parte del trabajo, sin embargo, puede agregarse que dentro de la alianza terapéutica, donde se versan los sentimientos del terapeuta y del paciente, es inminente hablar de la forma en que el terapeuta concibe tal involucramiento. Esto es ¿Cómo se percibe el mismo terapeuta dentro de la relación, como un instrumento —es decir, como elemento técnico de su propia estrategia interventiva -como lo expone Strupp (cit. en Klienke, 1995)-, o como un ser humano que se preocupa por otro aún por encima de la reglas ortodoxas del quehacer psicológico -como lo contempla Yalom (1998)?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La importancia de tal consideración radica en que desde la forma en que se responda la cuestión antes planteada, el terapeuta puede situarse en la manera, autodefinida, de su posición y accionar dentro del proceso terapéutico lo que en otras palabras se conoce como estilo.

Quizás resulta confuso para el lector el hecho de que se haya situado en esta ocasión el estilo del terapeuta y no en la sección en que se habló de las variables de éste. No obstante, el ejercicio encuentra su justificación en dos aspectos. El primero es que al momento de realizar la investigación bibliográfica que diera cuenta de la variables del terapeuta, se encontró en ella sólo lo expuesto en este trabajo, y a no ser por el trabajo de Haas (1997) en ningún caso se menciona de manera puntual el "estilo" terapéutico como factor o variable considerable de afectación positiva o negativa del curso de la terapia. En efecto, sólo en el artículo de ese autor se señala la importancia de que el terapeuta desarrolle el propio estilo como esencial para la transformación del sistema de creencias de las personas que solicitan la consulta del profesional de la psicología, para la comprensión de sus problemas –lo que se traduce en la escucha atenta de lo que se le dice, en la aceptación de la relación con el otro, que es también una persona, y en el reconocimiento de las capacidades de aquél para ayudarse a sí mismo.

El segundo, es que precisamente lo que se conoce como "estilo" contempla la conjunción de las diferentes variables técnicas y no técnicas señaladas en el apartado de tal nombre. Empero, este análisis se dejará para un poco más adelante.

Otro aspecto por demás necesario de ser considerado dentro de lo que comprende la alianza terapéutica es el momento en que debe darse por terminada la terapia. Como se podrá leer, una vez instalada la transferencia resulta difícil no entender que el terapeuta se sitúa en un "estar ahí" en cuerpo y en mente con el paciente (Klienke, 1995) por lo que se facilita establecimientos de dependencia, enamoramiento, amistad

o complicidad, entre otros, mutuos. Si bien se espera que la transferencia ocurra, o al menos eso es para la perspectiva psicoanalítica (Freud, 1997), es cierto que muchos de estos sentimientos y actitudes pueden tornarse dañinos para el paciente como se dijo líneas antes. Y ello no sólo por lo que implican –sentimientos de culpa, daños morales, inestabilidad emocional, pensamientos y acciones suicidas (Grunebaum, 1986; Yalom, 1998b)- sino además porque queda difusa la línea que marca el momento "ideal" para dar por terminada la intervención del psicólogo, lo que se traduce en una disminución o cese de los progresos logrados (Johnson, 1990) o en la implantación de nuevos síntomas (Yalom, 1998; Freud, 1997).

Limitando entonces, el trabajo comprende en esta parte la revisión de los elementos encontrados con la definición del Gelso y Carter (cit. en Klienke, 1995) –alianza de trabajo, transferencia, intercambio personal, autenticidad, empatía y aceptación incondicional- además de los argumentos en torno al estilo y a la conclusión de la terapia que nos proporcionan otros autores.

5.1 LA ALIANZA DE TRABAJO

En todo trabajo terapéutico se requiere la colaboración entre el terapeuta y el paciente, con el fin de conseguir las metas acordadas a lo largo del proceso terapéutico (Klienke, 1995). De hecho, la formulación de objetivos y de procedimientos, encauzados para alcanzarlos, es un trabajo que corre a cuenta de ambos participantes (Haley, 1999). Si bien esto ha sido reconocido en mayor o menor medida, durante el tiempo de existencia de la psicoterapia, es momento que se reconoce casi al unísono que la alianza de trabajo es un prerequisite necesario para que tenga lugar el proceso terapéutico sean los acuerdos explícitos o no (Klienke, op. cit.)

Se reconoce, no obstante, que tal vinculación no causa en sí misma el cambio, sino

que favorece que se generen las condiciones necesarias para que el terapeuta venza el desafío de ganarse la confianza del paciente y transmita a éste un sentimiento de aceptación, respeto, cooperación e individualidad (Bordin, cit. en Klienke, 1995).

En tal interacción, el terapeuta y el paciente deben de llegar a un acuerdo sobre sus respectivos roles con el más completo convencimiento de que éstos son importantes y valen la pena. Tales acciones comprenden las tareas y los objetivos. Las tareas son las responsabilidades asumidas por cada uno de los participantes; mientras que los objetivos son los resultados esperados, explicitados o no, de antemano. Ante éstas acciones, el psicólogo y el paciente terapeuta deben preguntarse: ¿Acordamos qué tipo de cosas necesito hacer en terapia para ayudar (me)?; ¿considero que la forma en que estamos trabajando es la correcta?; ¿percibo (mi terapeuta percibe) con claridad cuáles son sus (mis) metas?; Los objetivos de estas sesiones ¿Para quién son importantes? (França-Tarragó, 1996).

La importancia de la alianza terapéutica, en concreción, de los acuerdos en relación a las metas y objetivos de la terapia, radica entonces en dos cosas. Primero, en que proporciona la ocasión para el intercambio subjetivo de los participantes. Segundo porque de esta manera se generan indicadores importantes del cauce de la terapia misma.

Así es, el establecimiento de las metas y tareas de la terapia, por parte del terapeuta y del paciente, permiten asegurar la dirección adecuada para su consecución, recuerdan lo que ha de merecer el mejor de sus esfuerzos (el proceso es automotivador), evaluar los progresos y estrategias a emplear en un futuro así como los recursos y habilidades de los participantes en el proceso.

Algunos de estos aspectos se consideraron en páginas anteriores. Lo que vale la pena

resaltar es la cercanía de la relación existente entre terapeuta y cliente en la alianza de trabajo. Esta es precisamente la parte personal de la relación en la que ambos pueden compartir sus sentimientos. Aspecto que no deja de ser reconocida por diversos autores (Klienke, 1995; Haley, 1999) al grado tal que les merece una conceptualización aparte que converge, como se leerá, con las aproximaciones psicoanalíticas, gestálticas y existenciales de otros textos.

5.2 LA TRANSFERENCIA

Según Klienke (1995) la transferencia es la repetición de conflictos pasados con personas significativas, en el espacio terapéutico. Generalmente estos conflictos son no resueltos en la infancia y transmitidos al terapeuta. La tarea del terapeuta, desde esta perspectiva es permitir la generación de una "neurosis" de transferencia para así posibilitar *insights* en la persona. Es decir, el terapeuta proporcionaría los elementos necesarios para que la persona reviviera esos conflictos con miras a que los superara. Según este autor, Freud se limitó a señalar que tal transferencia de sentimientos remitía a conflictos infantiles con los padres y fue responsabilidad de sus continuadores ampliar la perspectiva a las situaciones vividas con otras personas fuera del núcleo familiar pero de importancia en el curso de la vida de una persona.

No obstante Freud (1998) apunta algo diferente cuando afirma que la transferencia "responde a los vínculos reales con el médico que -obedecen- a la *imago* paterna... a la *imago* materna o de un hermano" (p.98). En otras palabras, Freud no alude los sentimientos no resueltos a la relación entre una persona y sus padres o hermanos sino a la relación entre éste y los individuos que por alguna razón se tornan significativos en su vida, por ser, reproducir o representar características de la función materna, paterna o fraterna, y que se aparejan con las huellas psíquicas que tales funciones dejan en el desarrollo de la persona. A la huella psíquica o mnémica, o

fantasma, y al correspondiente aparejamiento con ellas de otras persona es lo que debe entenderse como imago.

Lo cierto es que, retornando a la exposición de Klienke (1995), mientras los pacientes y los terapeutas centran su atención en el problema presentado por los primeros, tiene lugar un proceso interpersonal. En éste, los pacientes se comportan como han aprendido a hacerlo con otras personas.

Desde la perspectiva psicoanalítica "todo ser humano, por efecto conjugado de sus disposiciones innatas y de los influjos que recibe en su infancia, adquiere una especificidad determinada para el ejercicio de su vida amorosa, o sea, para las condiciones de amor que establecerá y las pulsiones que deberá satisfacer, así como para las metas que habrá de fijarse. Esto da como resultado, digamos así, un clisé (o también varios) que se repite de manera regular en la trayectoria de la vida, en la medida en que lo consientan las circunstancias exteriores y la naturaleza de los objetos de amor asequibles, aunque no se mantienen del todo inmutables frente a impresiones recientes" (Freud, 1998 p. 97-98).

Es entonces entendible que la "investidura libidinal" (aquella energía que se sostiene con y por, a la vez que sostiene las huellas mnémicas o imagos antes descritas) en la expectativa de alguien que está parcialmente insatisfecho se vuelva hacia el terapeuta, es decir, el paciente insertará la figura física y personalidad del psicoterapeuta en alguna de las series de clichés preexistentes.

Hasta aquí no aparece lo complicado del asunto, más bien está cuando los pacientes que tienden a ser dependientes, son dependientes del terapeuta, lo mismo que los que son desafiantes y exigentes buscarán confrontarlo, o su aprobación, cuando se dice tienen baja autoestima.

En efecto, la transferencia ofrece para el espacio terapéutico, y para su teorización, dos problemas esenciales, ambos ligados a su carácter, positivo o negativo: el papel del terapeuta respecto a ella y los obstáculos que ofrece para el intercambio de información, así como para el progreso y conclusión de la terapia.

En primer lugar, la tarea del terapeuta es evitar responder a los pacientes de forma predictiva para ellos, evitando reforzar el estilo de interacción interpersonal del paciente y servir de cómplice a las imágenes de personas significativas en la vida de la persona. En otras palabras, en lugar de reforzar la dependencia, el terapeuta debe ayudar al paciente a comportarse de manera independiente. En lugar de enfrentarse con la ira del paciente, el terapeuta debe ayudarlo a actuar de manera más diplomática. En vez de cuidar y tranquilizar una baja autoestima debe enseñarle a reconocer sus propias capacidades (Klienke, 1995). El terapeuta "debería considerar llegado el momento de abogar ante —el enamoramiento del paciente— por el reclamo ético y la necesidad de la renuncia... —el analista— debe vencer su apetencia y, venciendo la parte animal de su yo, proseguir el trabajo analítico" (Freud, 1998 p.167).

¿Qué pasaría si el terapeuta cree el papel que le es asignado por el paciente, es más se comporta en aras de tal reclamo? Freud empleó el término contratransferencia para describir las reacciones subjetivas del terapeuta hacia el paciente, aspecto que para el creador del psicoanálisis los terapeutas debían evitar (Klienke, 1995).

En palabras del mismo Freud (1998) "si el —paciente— fuera correspondido, sería un gran triunfo para él y una total derrota para la cura... habría conseguido aquello a lo cual todos los enfermos aspiran en el análisis: actuar, repetir en la vida algo que sólo deben recordar, reproducir como material psíquico y conservar en un ámbito psíquico. En ulterior trayectoria de la relación... sacaría a relucir todas las inhibiciones y reacciones patológicas de su vida amorosa sin que fuera posible rectificarlas en algo...

pondría término a la posibilidad de influir mediante el tratamiento. Consentir la apatencia amorosa es tan funesto para el análisis como sofocarla. Uno debe cuidarse de desviar la transferencia, de ahuyentarla o de disgustar de ella y con igual firmeza uno se abstendrá de corresponderle. Uno retiene la transferencia, pero la trata como algo no real, como una situación por la que se atraviesa en la cura, que debe ser reorientada hacia sus orígenes. Cuanto más impresione uno mismo que está a salvo de toda situación, más extraerá su sustancia analítica" (p. 169). Es más el terapeuta "tiene que saber que el enfermo no estaba preparado para ningún otro mecanismo de curación" (p. 172).

Es un hecho, empero, que en casi todos los casos posibles de contratransferencia, la terapia o el terapeuta no son estrictamente culpables ¹⁹, pero bien contribuyen al proceso (Klienke, 1995) Ciertas palabras y afirmaciones se prestan a una interpretación romántica y alientan al paciente a albergar esperanzas (Johnson, 1990) y a repetir lo hecho con otras personas o médicos previamente (Yalom, 1999).

Freud (2000) expone en otro momento las dificultades transferenciales de Breuer en el caso de Anna O. "Recuérdese que Breuer habla dicho, acerca de su famosa primera paciente, que el elemento sexual permanecía en ella asombrosamente no desarrollado, sin contribuir a nada en su rico cuadro clínico –sin embargo- tras eliminar todos los síntomas, él debió de descubrir por nuevos indicios [según lo reporta Yalom (1999) y Fromm (1987) Anna O. o Bertha Pappenheim manifestó al final del tratamiento dolores de parto que culminaron con un supuesto alumbramiento de un hijo del doctor Breuer] la motivación sexual de esa transferencia, pero, habiéndosele escapado la naturaleza universal de este fenómeno" (p.11)

¹⁹ La experiencia sugiere que los psiquiatras y psicólogos pueden contarse entre las personas más crédulas pues después de todo están acostumbrados a que la gente les diga la verdad (Yalom, 1998)

Al final quedan las palabras de Freud a manera de consejo: considerar el proceso de transferencia de los sentimientos del paciente para con el terapeuta como no reales, por lo que éste debe evitar corresponder en actitudes o palabras, el lugar en el que se ve situado desde los ojos de quien le consulta.

Ahora bien, la transferencia ofrece una segunda problemática, como se dijo antes, que se presenta como resistencia para el curso de la terapia.

La razón para decir que la transferencia se encuentre como la más fuerte resistencia en la terapia es que "si se persigue un complejo patógeno desde su subrogación en lo consciente hasta su raíz en lo inconsciente, enseguida se entrará en una región donde la resistencia se hace valer con tanta nitidez que la ocurrencia no puede menos que dar razón de ella. Si algo del material del complejo es apropiado para ser transferido sobre la persona del médico, esta transferencia se produce, da por resultado la ocurrencia de una resistencia —p. ej. mediante una detención de las ocurrencias— [hay que recordar que el paciente en el análisis tiene como tarea decir todo lo que venga a su mente en relación a un evento, cosa o persona determinada, lo que da vida como componente de la técnica de la asociación libre]. De esta experiencia inferimos que la idea transferencial ha irrumpido hasta la conciencia" (Freud, 1998 p. 101).

Así, en la cura analítica la transferencia se aparece siempre como el arma más poderosa de la resistencia, por lo que se cae en la cuenta de que no puede emplearse el término de transferencia sin el carácter de lo espontáneo de la situación y sin la resistencia que ello conlleva. Ciertamente, la resistencia tiene sin duda una gran participación, pues inhibe la prosecución de la cura y pone a prueba la rigurosidad del analista puesto que se enfrenta a un penoso desconcierto de pasar de una relación donde las explicaciones son vastas a uno donde el paciente ya no entiende nada

(Freud, 1998).

La represión de los sentimientos de transferencia al médico, no obstante, puede resultar igual de problemática, como se dijo. Si el paciente, cuya represión de lo sexual sólo ha sido empujada al trasfondo más no cancelada puede traer a la luz del espacio terapéutico las condiciones y fantasías amorosas de su pasado. Efecto que si se rehusa, generará sentimientos de desaire y venganza que sustraerán al paciente de la cura (Freud, 1998).

Si se opta por corresponder los sentimientos de la persona, esquivando el trato corporal, es decir, manejar la mentira como opción para la salud del paciente, se contraría el principio de veracidad sobre el que debe establecerse todo trabajo terapéutico. (Freud, 1997).

Contrariamente, Yalom (1998) afirma que independientemente de que el terapeuta invente una nueva terapia para cada paciente la condición básica que debe subsistir es la honestidad absoluta, donde el profesional se comprometa a compartir todo hecho importante con su paciente aún se trate de sus sentimientos hacia él, tratarlo no como un paciente sino como un compañero de viaje a través de la vida, y en el dolor. Pero ante todo obedeciendo los intereses y el bienestar de la persona y que en ningún momento, mantener relaciones sexuales con la persona es provechoso para ella.

Resta decir, a manera de resumen, que la transferencia es un fenómeno concebido de esta u otra forma, pero reconocido como el intercambio subjetivo presente en la terapia, generador y producto de sentimientos en ambos participantes, como herramienta para elicitar el cambio y el éxito o fracaso terapéutico.

5.3 INTERCAMBIO PERSONAL

Al cerrar el apartado anterior se encontró que la transferencia como herramienta de trabajo permea la exteriorización de los sentimientos del terapeuta y del paciente. Si bien pueden englobarse dentro de la misma exposición de la transferencia, este fenómeno ha merecido la exposición por separado de diversos autores como Klienke (1995), Frankl (1995) y Bucay (1999).

Esta es la parte personal en la que los pacientes y los terapeutas comparten sus sentimientos, en un momento y espacio en que da la impresión de que son uno sólo. Efectivamente, el intercambio personal tiene lugar cuando ambos participantes comunican y "sienten" sus experiencias en un aquí y ahora en la medida que trabajan por la consecución de metas comunes. Por lo cual es difícil imaginar un proceso terapéutico en el que ninguno de los participantes experimente emoción alguna (Yalom 1998, 1998b).

Para Klienke (1995) es necesario considerar tres categorías. La primera de ellas, las emociones primarias, aluden a los sentimientos auténticos del aquí y ahora. Son las emociones con las que los clientes se conectan a la terapia y le pertenecen en ese momento particular. Su carácter espontáneo favorece la resolución de ciertos conflictos y la consecución de determinados objetivos. Las segundas, o emociones secundarias son aquellas que por sus características interfieren con la solución del problema. Las terceras o emociones instrumentales son las que aparecen de manera consciente o inconsciente, a cada recapitulación del tratamiento y son las capaces de elicitar o no el alcance de un logro personal.

En todo el proceso, tales emociones experimentan la afectación del reconocimiento de la mismas, para lo que el terapeuta debe animar a que éstas se expresen y el paciente

debe aprender que son aceptables y que se gana con comunicarlas a su terapeuta. Además para que los pacientes comprendan de mejor manera las cualidades de sus emociones es necesario que el terapeuta posibilite la formas necesarias para que esto se consiga. Para esto puede emplearse la imaginación y diversos tipos de interacciones y ejercicios. Al final se espera que la manifestación y lo que llevó a la aparición de tales sentimientos sean resignificados por el paciente, y el terapeuta.

El terapeuta debe interesarse entonces genuinamente por sus pacientes y más que proporcionar las condiciones de *insights* útiles, debiera capacitarlos para analizar esos acontecimientos al ser activamente generadas y experimentadas (Bucay, 1999).

Para Yalom (1998, 1998b) y Frankl (1995) el intercambio personal, aunque no conceptualizado con tal término, adecúa lo que es verdaderamente importante para la terapia, puesto que la sustancia fundamental de la psicoterapia es el dolor existencial y no, como otros aseguran, los anhelos instintivos, reprimidos o los fragmentos del pasado sepultados imperfectamente el terapeuta se ve expuesto a las mismas problemáticas del trasfondo del paciente.

De forma consciente o inconsciente, la ansiedad fundamental emerge de los esfuerzos voluntarios o no de cada persona de hacer frente a la vida. Para Frankl los aspectos que hacen dura la vida para enfrentarla y por ende generadores de ansiedad es el nihilismo de la época y la falta de sentido de vida. Yalom agrega a estos la inevitabilidad de la muerte, la libertad de hacer la vida a voluntad y la soledad.

No obstante, la diversidad de supuestos existenciales ambos coinciden en señalar

como idea *princeps* de la logoterapia ²⁰, que es posible la confrontación de tales supuestos o cualidades de la vida del paciente, a la vez que se emplean para el crecimiento personal.

Efectivamente, el terapeuta al escoger entrar en la vida del paciente queda expuesto a las mismas cuestiones existenciales de los pacientes, por lo que debe estar preparado para examinarlas y examinarse con las mismas reglas. (Yalom, 1998b).

Es decir, el terapeuta debiera colegir sobre su sentimiento de vida y apoyar en esto a la persona que lo consulta, lo que ayudará más que cualquier otra cosa a superar las dificultades exteriores y los sufrimientos interiores. De esto se deduce que lo importante desde el punto de vista terapéutico es ayudar al hombre a encontrar un sentido a su existencia, así como despertar en él el afán de encontrar una razón de ser (Frankl, 1995).

"Para ello se necesita, sin duda, una imagen diferente del hombre a aquella que concebían las antiguas escuelas de la terapéutica psíquica, pues el psicoanálisis nos ha dado a conocer el deseo de placer, expresado en el principio de placer, y la psicología individual nos ha familiarizado con el deseo de poder, que se plasma en el afán de valimiento" (Frankl, 1995 p. 36).

Dicho sea de paso, el terapeuta desde esta perspectiva considera que lo que penetra profundamente y en definitiva al hombre no es el deseo de poder o de placer, sino el

²⁰ La logoterapia es definida como un intento de dar orientación extra e interpersonal a los trastornos neuróticos. Se centra en el trabajo con gente cuyas manifestaciones en la búsqueda de su sentido existencial perdido o nunca alcanzado, debido a la neurosis, ha encontrado apoyo en los elementos de la vida cotidiana, como alguna frase en la radio, olvidándose de algunas ideas específicas como el suicidio. Procedente de Viena es considerada como la conjunción del enfoque psicoanalítico y el existencial-individual. Las bases del tratamiento de esta perspectiva no se dirigen a proporcionar la cura sino que por su naturaleza contractual, entre el terapeuta y el paciente, tienden a buscar cantidades sustanciales de influencia sobre las personas.

deseo de sentido. Y precisamente por ello aspira a encontrarse con otro ser humano en la forma de un tú y amarlo (Yalom, 1999). De hecho, no actúa de forma moralista sino fenomenológica. No emite juicios de valor sino que analiza y comprueba el valor que el hombre da a las cosas²¹ (Frankl, 1995).

Al final de este apartado el trabajo coincide con las ideas de Yalom (1998) quien asegura que si la materia fundamental de la psicoterapia es siempre el dolor existencial -producto de lo que en palabras puede entenderse como: inevitabilidad de la muerte, libertad de hacer la vida a voluntad, extrema soledad y ausencia de un propósito o sentido en la vida-, que convierte a la situación del paciente en inicu -es decir que estará presente al mismo tiempo en diversas partes- los terapeutas, no menos que los pacientes, deben confrontar estos supuestos de la existencia donde la postura objetiva del método científico es inútil e inapropiada. La posibilidad es saberse expuesto a las mismas cuestiones existenciales, con la reserva de saberse en la necesidad de estar preparado a examinarlas. Con esto se pretende ir más allá de una mera pronunciación, a los pacientes, de comprensión de sus problemas, sino hablar de "nosotros" y "nuestros" problemas de existencia.

5.4 AUTENTICIDAD, EMPATÍA Y ACEPTACIÓN INCONDICIONAL

Estos elementos fueron expuestos, desde la perspectiva deontológica (el caso de la autenticidad y aceptación) o desde la perspectiva funcional de las variables de la terapia (en el caso de la empatía); por lo que en esta ocasión algunas de las cosas que se comentan pueden resultar reiterativas mientras que otras aportan luz para una

²¹ La fenomenología traduce el conocimiento básico al científico y la logoterapia vuelve a traducir lo así aprendido al lenguaje del hombre. Finalmente, y no lejos de esta visión, Bucay (1999) enfatiza que lo que posibilita de importante la terapia es el mutuo conocimiento así como el autoconocimiento de cada participante, mediado por un buen nivel de manejo de los recursos. Tales recursos ayudan a la expresión de los sentimientos y la mutua comprensión de ellos, puesto que los que se hallan en el otro son la proyección de los propios.

mejor comprensión de lo que aquí atañe: el vínculo o alianza terapéutica.

5.4.1 Autenticidad

Como se ha presentado los terapeutas señalados como mejor calificados y comprometidos para con su paciente y lo que a éste le atañe, son aquellos que poseen una entrega sincera. Sus respuestas son típicamente congruentes y no sesgadas por sus propios estados de ánimo, sentimientos, valores o necesidades. Sin embargo, sus sentimientos o pensamientos son exteriorizados en primera persona: "mi sentimiento es..." o "siento como si en este momento..." casi independientemente de la aproximación teórica que subyace a su práctica (Klienke, 1995; Haley, 1999).

A este apunte de Kliente y Haley debe reconocerse una excepción, pues como se dijo, es una estrategia más de intervención que desde otras perspectivas como la logoterapia o gestáltica de otros autores (Yalom, 1998 y 1998b; Frankl, 1995; Bucay, 1999) se suple por el empleo de la primera persona del singular: "¿qué estamos experimentando en este momento?" o "debemos resolver nuestros sentimientos en relación a..."

Lo cierto es que para facilitar el intercambio subjetivo el terapeuta no utiliza voluntariamente su papel de poder o conocimiento para distanciarse emocionalmente del paciente, sino que se aprovecha de tal para situarse más cerca y abierto compartiendo el aquí y ahora del momento terapéutico con el cliente (Kliente, 1995).

A fin de cuentas, consiste en que uno y otro participante más que revelar cualquier cosa hacia la otra persona, lo que se exponga sea un aspecto real de su vida y de sí mismos, independientemente de la forma en que decidan hacerlo (Rogers, 1993).

Aquí, la tarea del terapeuta consiste en hacer que el otro participe del encuentro que hasta ahora se espera construido desde y para los objetivos comunes de la terapia, al margen de lo que resulte cómodo y natural para cada uno (Rogers, 1993).

Conseguido esto, las palabras y comportamiento verbales entran en resonancia, es decir, los sentimientos de uno y otro, paciente y terapeuta se hallan en consonancia (Klienke, 1995).

Un elemento de autenticidad que es resaltado es la naturalidad. Comúnmente llamada de esa forma o como espontaneidad, la naturalidad posibilita la expresión "normal", sin titubeos hacia lo que el paciente dice (Klienke, 1995). Por supuesto es que se hace hincapié una vez más aquí de lo que hace o deja de hacer el psicólogo pues se espera de él una actuación consciente dentro del marco que le exige su profesión, pues se sitúa del otro lado del que solicita la atención y del que se supone tiene problemas, a quien no se le exige tal rigurosidad por obvias razones.

Continuando, la espontaneidad resulta lo opuesto a la técnica. La técnica hace referencia a cierta artesanía y por sí solo no asegura eficacia pues imposibilita que el terapeuta se torne superficial, manipulador y buscador del beneficio personal amén de ser objetivo en su intervención (Minuchin y Fishman, 1999).

Si se entiende, hasta aquí, que el proceso psicoterapéutico consiste en una co-participación, entre dos personas, contemplando la realidad tal y como ellos la vivencian, queda claro que la terapia demanda, del terapeuta, reconocerse y evidenciarse desde sí mismo.

En tal caso, la espontaneidad evoca la idea de lo no planteado, de lo que nace de un sentimiento natural y no de las situaciones del exterior. Por tanto espontaneidad, en

un profesional entrenado para ser sensible a los contextos humanos posibilita una amplia gama de posibles interacciones con el consultante basado en su intuición y en lo que se va presentando en la terapia (Minuchin y Fishman, 1999).

Es importante destacar que la espontaneidad hace alusión al estilo terapéutico pues resulta un componente de éste, pues para que un psicólogo desarrolle un estilo terapéutico que conlleve ser espontáneo implica tener experiencia y formación además de aprehensión de principios y el olvido de la rigurosidad técnica, pero eso se retomará más adelante.

5.4.2 Empatía

Esta es la capacidad de escuchar al otro y ponerse en su lugar para comprenderlo. Ser sensible y considerado por el problema que le aqueja no significa en ningún momento ser curioso, entrometido, intuitivo; sino más bien hábil en el reconocimiento de que el otro siente de forma particular las cosas y atento hacia las actitudes que manifiesta con él (Rogers, 1993).

Tal habilidad para engancharse en los signos que el otro manifiesta (Díaz y Fontana, 1997) no es exclusivo del terapeuta. De hecho parece que en muchas de las ocasiones, principalmente con los terapeutas novatos (Haley, 1999), el paciente es más capaz o sensible de las reacciones de su terapeuta que el terapeuta mismo (Johnson, 1990).

Es fácil de entender si se considera que la preocupación principal del iniciado es cumplir con una serie de requisitos técnicos y estratégicos, dejando de lado la actuación natural y espontánea que lo colocaría en un papel de ventaja respecto a la percepción del otro. (Minuchin, y Fischman, 1999). A pesar de que las percepciones

del paciente, entendidas como proyecciones, pueden ser útiles como elementos de la transferencia, como se dijo antes.

Lo cierto es que una vez que el terapeuta es el responsable, moral, de comunicar a su paciente la comprensión de sus problemas y la adopción de su marco de referencia (Klienke, 1995). De hecho parece que el terapeuta debe repetirse en sus adentros, respecto al paciente, sino es que lo exterioriza. "Para poder servirle voy a dejar de lado mi propio mundo interior y voy a meterme en su mundo de percepción tanto como sea capaz —y me lo permita—. Me convertiré en cierta manera, en otro yo para representar una oportunidad para que usted se distinga con mayor claridad, se experimente de manera más profunda y verdadera, y pueda elegir más significativamente" (Rogers, cit. en Klienke, 1995 p. 112).

Por tanto la empatía, con la atención y sensibilidad, significa compartir mundos subjetivos por lo que los juicios emitidos de uno y otro lado, en relación con las visiones particulares de realidad, quedan omitidos, lo mismo que los consejos lanzados de alguno de estos extremos²².

Según Carkhuff y Pierce (cit. en Klienke, 1995) la empatía puede definirse en cinco categorías que van desde aquellas respuestas en las que el terapeuta ni reconoce ni se detrae de los sentimientos del paciente, pasando por las respuestas hacia el contenido verbal-oral, repetición de lo dicho por la persona en relación a sus sentimientos —sin añadir nada nuevo a las situaciones—, hasta el reconocimiento de los deseos del paciente y la contribución de opciones para buscar una solución al

²² La tarea del terapeuta no es hacer proselitismo con el paciente, convenciéndole de sus propias creencias y puntos de vista. Ningún paciente puede comprender realmente la forma de ver las cosas de su terapeuta, no lo necesita. Lo que hace falta es desarrollar una situación terapéutica que permita al paciente usar su propia forma de pensar, sus propios puntos de vista, sus propias emociones, de la manera que mejor encaje con su estilo de vida (Hudson y Weiner, 1990 p. 188).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

problema.

Este último paso implicaría también la reformulación e interpretación del problema del paciente, la generación de un espacio que transmita comodidad, el apoyo emocional, la manifestación de comprensión por la forma de pensar de la persona y predisposición a sentir sus emociones (Klienke, 1995).

Desde esta perspectiva, la empatía encuentra sus límites en la implicación afectiva pues se halla no terapéutico que un profesional se mezcle con las emociones del paciente, pues pierde así la objetividad. Se teme que el contagio emocional estampe a la terapia en los sentimientos del terapeuta. De hecho se espera que el terapeuta no vaya más lejos que otras personas de la vida cotidiana de la persona (Johnson, 1990).

Y, si se considera que la buena terapia procurará siempre orientar al usuario en el mundo real, lejos de la insularidad del espacio terapéutico, la pregunta que debe de hacerse no es si el terapeuta se involucra o cuánto o de qué manera lo hace en la vida emocional del paciente, sino si está ayudando activamente a lograr las expectativas señaladas por aquél (Johnson, 1990). Esto porque los estudios confirman el hecho de que, en un nivel personal, acrecienta la dependencia de quien allí acude (Díaz y Fontana, 1997).

Otro de los problemas del sobreinvolucramiento es que el terapeuta puede verse encerrado y sin opciones de solución y procurar opciones de solución que el mismo paciente, amigos o familiares de él, u otros terapeutas habían empleado pero sin resultado alguno (Hudson y Weiner, 1990).

La opinión encontrada es que la participación del terapeuta en la afectividad del paciente en los momentos y límites éticos de la terapia le posibilita al entablar una

relación más humana y sincera para así conseguir los cambios deseados. Es lógico si se piensa que el territorio de la terapia y el cambio es la relación que se establece la autorrevelación, de pensamiento, sentimientos y fantasías en un ejercicio que posibilita la comprensión de la vida subterránea de la terapia y en consecuencia la guía hacia la realidad más que al mundo interior de la persona (Yalom, 2000). La procuración del involucramiento y la autorrevelación determina el carácter de irrepetibilidad de la terapia, construida en ese momento para esa persona en particular (Yalom, 1998)

5.4.3 Aceptación incondicional

Al revisar los principios éticos se encontró que, como tales, deben ser respetados sobre cualquier ejercicio o estrategia terapéutica por los profesionales de la psicoterapia (Franca-Tarragó, 1996). Los principios de beneficencia, autonomía y confidencialidad son los de mayor relación positiva e incondicional lo que significa que una persona, en este caso el terapeuta, está de parte de otra, el paciente, valorándola lejos de juicios y buscando juntos con ella formas de apoyo para alcanzar metas comunes (Klienke, 1995).

Recibir aceptación incondicional puede resultar un hecho por sí solo correctivo. En un pasaje descrito por Haley (1999), se destaca la estrategia usada por Milton Erickson con una mujer que se quejaba de su estilo de vida y condición física:

En una ocasión, una mujer acudió a Erickson diciendo "mi padre ha muerto, mi madre ha muerto, mi hermana ha muerto, y eso es todo lo que me queda", agregando que estaba segura que él no querría verla. Erickson preguntó por su altura y por su peso, a lo que le respondió "mido 1.47 de altura y pesos entre 113 y 117 kilos. Soy una gorda estúpida y ordinaria. Nadie me miraría sin repugnancia". Esto fue un indicador para

Erickson sobre la manera en que tenía que actuar con esa mujer para permitir una apertura con ella, y quizá impedir que se fuera de esa primera sesión sin material que la pusiera a pensar sobre su condición, así que le dijo: "usted no ha dicho realmente la verdad. Se la diré de manera sencilla, para que se conozca y comprenda que yo la conozco. Entonces creará, creará de veras, lo que tengo que decirle. Usted no es una gorda estúpida y ordinaria y repugnante. Usted es el tarro de grasa más gordo, vulgar y asquerosamente horrible que he visto en mi vida; es aterrador tener que mirarla. Usted tiene secundarios, sabe algo de la vida, y sin embargo aquí está: 1.47 metros de estatura y ente 113 y 117 kilos de peso. Tiene el rostro más tosco que haya visto jamás. A su nariz la estrellaron simplemente contra su cara. Sus dientes están torcidos. Su frente es horriblemente estrecha. Su pelo ni siquiera está peinado decentemente. Y ese vestido que lleva con millones, billones de lunares... No tiene gusto ni siquiera para vestirse. Sus pies desbordan sus zapatos. Para decirlo claramente, usted es una mezcolanza deforme. Pero usted necesita ayuda; yo estoy dispuesto a dársela. Creo que ahora sabe que no vacilaré en decirle la verdad. Antes de poder aprender lo necesario para ayudarse a sí misma, necesita saber la verdad sobre su persona, pero no creo que pueda admitir esta verdad. ¿Por qué vino a verme?". (p.104).

Aún transformada como estrategia, Erickson emplea el juego de palabras en la aceptación de su cliente, pese a lo extraño que pueda parecer. Es inminente la afirmación de que si Erickson habla de esa forma con la mujer, es sólo por emplearse como herramienta a través de sus palabras, pero ante todo subyace la aceptación de la paciente, el reconocimiento de su problema y el compromiso por el trabajo conjunto. Si él no hubiera optado por esa dinámica, y en su lugar manifestado la aceptación del paciente y su problema de manera diferente, no se habían dado las condiciones para el curso de la terapia. La misma paciente le hizo saber, tiempo después de terminado el tratamiento sobre lo "sincero que era al decirle aquellas cosas terribles, pero si no

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

hubiera actuado así, no hubiera hecho ninguna de las cosas que se posibilitaron" (p. 107).

Así, la tarea del terapeuta es afirmar la persona del paciente independientemente de los medios de que se haga uso, anteponiendo el respeto y la no crítica (Klienke, 1995).

Para terminar este apartado debe reconocerse que no existe clara separación en lo aquí trabajado (autenticidad, empatía y aceptación), entre sí, y en relación con otros conceptos como autoconocimiento, trabajo ético, estilo, etcétera, pues entablar una relación con otra persona es encauzar también toda una serie de intercambios subjetivos que desembocarán en muchos fenómenos cognitivos, emocionales y físicos compartidos. La descripción que se haga de ellos, o mejor aún su reconocimiento en mayor o menor medida, depende de los enfoques epistemológicos desde los cuales se parta, así como de las condiciones teóricas y científicas que existan para poder cimentar su conceptualización. Esto lleva a afirmar, como en el caso de las variables del terapeuta, que no existe una única forma de entender la empatía o la autenticidad o la aceptación y menos aún la aprobación universal de que esta división sea posible. Tal es la situación que la lectura del trabajo, reiterando debe ser tomada como un ejercicio coagulatorio de lo revisado en fuentes externas a las comunes y correspondientes en el curso de la formación. La magnitud de sus interpretaciones puede y debe ser medida sólo bajo el análisis en filigrana de cada texto revisado, aunque el interés primario es ser expositivo.

Retomando a la conclusión parcial, ser empático, auténtico con el paciente, dentro del ejercicio psicoterapéutico y aceptar incondicionalmente su persona puede traducirse como estar en cuerpo y mente abierto a cualquier cosa que se revele en terapia con total ausencia de juicio o evaluación. Significa ser un instrumento donde se apoye y gule durante el trabajo conjunto. Es colaborar con él en busca de su beneficio,

autonomía y expectativas.

Lo anterior no estaría completo sin agregar que la autenticidad, empatía y aceptación potencian el progreso de la terapia más no siempre determinan el resultado exitoso, pues se ha visto que el proceso psicoterapéutico es sumamente complejo.

5.5 EL ESTILO TERAPÉUTICO

En el proceso terapéutico, el psicólogo puede percatarse, de pronto, inmerso en un progreso desde la observación de interacciones particulares hasta las generalizaciones acerca de estructuras. En el camino se sorprende a sí mismo elaborando métodos para transformar sus intuiciones en operaciones dotadas de la intensidad necesaria para llegar de manera más pronta y/o eficaz al paciente, a su motivo de consulta, problema y solución. En la procuración de ir más allá de la técnica y del conocimiento plasmado en teorías, el terapeuta descubre que posee un repertorio de estrategias, procedimientos y operaciones espontáneas, desde las cuales puede aprender por sí mismo. A tal resultado se le conoce como estilo (Minuchin y Fischman, 1999)

La sola aplicación de técnicas o el intento por ser una pantalla en blanco o un estrategia operante no asegura el buen curso de la terapia, entendido éste como la opción más próxima a las pretensiones comunes e individuales del paciente y del terapeuta, ni mucho menos la conclusión de ésta (Minuchin y Fischman, op.cit.)

Parece ser que existe algo más allá de la mera conjunción o sumatoria de variables, vigiladas en su aplicación con el celo de un poeta, que se anuda con la personalidad de cada profesional.

La apatencia de tal afirmación es encaminada por el entender analítico en el reniego de toda técnica que no más que el compendio de indicaciones. Así pues, la única y verdadera técnica se basa en el carácter instrumental del inconsciente y el deseo del analista. (Guyomard, s/a).

Pero tal hecho no se circunscribe únicamente a la perspectiva psicoanalítica. En otra parte se puede hallar que el terapeuta se expone durante su vida, y quizás con mayor fuerza dentro del espacio de la terapia, a los mismos dilemas existenciales que cimientan la queja del que lo consulta (Yalom, 1998b; Frankl, 1995). La logoterapia puede entender entonces que si el terapeuta funge como instrumento catalizador del cambio es su propia existencia y percepción de la misma la que extiende las gamas de desempeño terapéutico.

El psicoanálisis extendía al vínculo tierno amoroso la importancia de la relación humana de la terapia, atribuyéndole las cualidades retomadas por el cauce de la terapia. Es decir, en la medida y cualidad en que el enfermo se "enamora" o "transfiriera" sentimientos al terapeuta, y en la medida en que éste los creyera y exhibiera, podía vislumbrarse o no la autonomía buscada por el análisis (Freud, 1998). Ahí la razón por la que afirma que el inconsciente del analista se halla expuesto al del enfermo, corriendo el riesgo de corresponder a la transferencia con la contratransferencia (Harrsch, 1994).

La coexistencia de las variables, encaradas positivamente, de un terapeuta asegura también la consecución de los objetivos terapéuticos. Claro está que se hace hincapié de aquellas que se suscitan al margen y periferia de la terapia y que se encaminan a sensibilizarse por los problemas y vida de la persona en espera de una correspondencia que atienda el trabajo conjunto (Klienke, 1995). Es claro pues que no es exclusivo del psicoanálisis decir que la esencia de la terapia se encuentra en

"aspectos personales" del terapeuta pero si se atribuye a ellos la postura más radical en este sentido.

Desde allí, la técnica, por atenerse exageradamente a lo absoluto, quedó reducida al artificio basado en el olvido del otro y en la transformación de la verdad en una cosa en medio de un cinismo científico y ético (Guyomard, s/a).

Y, si se entiende que la psicoterapia tiene que ver con la verdad —la del paciente/sujeto, la del terapeuta, la de la teoría o la del común de la gente— y con su manifestación por la palabra —consciente o no— el principio lógico desde el cual operaría el terapeuta es el de amor a la verdad. ¿Cuál? Pues la que él entienda como verdad, recomendablemente la del otro, que no es la suya y que es la que está en juego en ese momento y espacio específico (Guyomard, s/a).

Por eso y aún ante el temor y el asombro de los críticos, el terapeuta debe tener alta conciencia de que no sabe qué es lo que hace en el trabajo terapéutico pues una parte, sino es que la mayor o la más importante, permanece velada, por siempre, para él mismo (Lacan, 1997).

¿Por qué? Puesto que a mayor conocimiento e involucramiento corresponde mayor incertidumbre. La certeza es inversamente proporcional al conocimiento del paciente (Johnson, 1990; Yalom, 1998).

En otras palabras, en la medida en que la demanda está más acá y más allá de ella misma, demanda siempre otra cosa. Esto es lo que conviene recordar cada vez que el terapeuta se haya en la posición de responder a la demanda de felicidad, que lleva impreso a análisis el motivo de consulta, pues él no puede proporcionar el bienestar, puesto que sabe que no existe —toda demanda en análisis lleva consigo fuerte

ansiedad por pulsión de muerte y falta- y que sólo el momento en que el sujeto enuncia su deseo y su ser para con éste, puede hablarse de que el análisis encontró un curso o el fin de éste (Miller, 1997).

Y es allí donde el estilo encuentra su justificante, pues sólo cuando el deseo del terapeuta mueve las piezas de la transferencia hace girar el posible logro de la felicidad, o la consumación de la demanda. Y esto es pues muy personal en cada uno.

"Lo que tiene el -terapeuta- para dar, contrariamente a la pareja del amor, es lo que la novia más bella del mundo no puede superar, a saber lo que tiene. Y lo que tiene no es más que su deseo, haciendo la salvedad que es un deseo advertido" (Miller, 1997 p.358).

Quizás el mayor inconveniente que se atribuya por la interpretación de esta perspectiva es que el terapeuta, después de todo no demuestra un verdadero celamiento por la verdad del otro puesto que reaccionaría en la generación de un nuevo orden de mundo. "Donde operaba el significante, yo, que lanzo al mundo esa cosa a la que uno se podrá referir como una razón yo debo ser el desecho de lo que introduzco como nuevo orden del mundo" (Guyomard, s/a).

Está en un error el pensar que tal ejercicio es una reeducación emocional del paciente. Pues se muestra hecho de la misma arcilla de quien amasa por lo que está más atento de su ser, menos seguro de su acción y en libertad por el desdoblamiento de su persona. Cabe destacar que la atención en torno al ser es más por su carencia de ser que por el ser mismo (ser la "pantalla en blanco") (Lacan, 1999).

El estilo es pues lo que hace de su técnica el apoyo necesario para su relación con el inconsciente. La técnica es por ende, la puesta en práctica del estilo y del

inconsciente, y no al revés, y existe pues como realidad en el tratamiento. ¿Dónde puede verse? Pues en el hecho mismo de que en ningún momento funge como juez de la verdad del otro, y sólo hace uso de la palabra en el acomodo transferencial (Guyomard, s/a). Además, en el medida en que se supone que el terapeuta sabe y que se mueve hacia el encuentro del deseo de cura del otro y en el rechazo de tal encomienda y la consecuente cura, se halla otra justificación (Miller, 1999) ²³.

En suma, el estilo es aquel proceder del psicoterapeuta con cualidades específicas. Es también un modelo donde no existe referente que sea indiferente a la percepción del terapeuta, y desde el cual se desdeña la técnica para dejar espacio a la apertura hacia las diferentes verdades. Es un lugar en el cual se pone en juego la verdad, de uno y otro participante, sin confrontación sólo como un estar ahí, y no así el conocimiento. Desde éste último la técnica se erige como la más apropiada. Pero al hablar de lo vivenciado y experimentado, de lo que hace y por lo que vive la persona, es plantearse desde el cuestionamiento por la verdad. Cuando el terapeuta se mueve desde la técnica lo que hace es traducir la verdad del otro, por lo que resulta muy cómodo. La dificultad se presenta cuando salta la interrogante sobre quien es dueño de las vivencias del otro, él mismo o la instrumentación psicológica y el uso que se haga de ella.

En efecto, si la demanda que se hace en terapia confronta al terapeuta con todo su bagaje anímico, personal, cultural, académico y psíquico, se produce entonces un movimiento de todo que despeja un proceder específico bajo un lugar particular de ver y sentir las cosas, inclusive el propio ejercicio: el estilo.

²³ Sujeto supuesto saber son tres palabras encadenadas con facetas múltiples, pero la más fácil es la que hace más difícil su explicación: es alguien del que el otro se supone que sabe, y su presencia es aun en la cuestión que interroga por el (Miller, 2000).

Es lógico de esperar entonces que el estilo no sea estático sino que se recicle, por decirlo de alguna manera, puesto que conforma el quehacer y tal acción le retribuye experiencias y vivencias.

Tal orden se produce bajo la pregunta que subyace su formación y desempeño actual: ¿qué se espera de él?. Alcanzar lo dictado por la respuesta que se dé es su propósito. Tal es el deseo del terapeuta (Guyomard, s/a).

En términos generales la respuesta puede entenderse como aprehender la verdad del que solicita su ayuda. Ya sea en forma tecnocrática o analítica, el terapeuta espera entender un poco de la realidad del consultante y en ese sentido dirigir su intervención (Guyomard, s/a).

En consecuencia el amo de la verdad en la terapia no es el profesional sino el que se sitúa frente a él y detrás de los propósitos de ambos.

"Justamente lo que él -el terapeuta- debe soportar es el peso de no saber qué quiere el sujeto y en ese punto esquiva -en lo posible- ese no saber en el parloteo de los ideales. Procurarle al otro un bien implica imaginar sus dificultades en el espejo de las de uno desviando al sujeto de su deseo. -Por tanto- es una trampa creer que el sujeto siempre sabe lo que quiere" (Medina, 1990 p.132).

Por tanto el terapeuta que ejerce la terapia se encuentra en una disyuntiva con su propio deseo (Rabinovich, 1990). Es así que se recomienda que la formación se inicie con un panorama general de la teoría y que sólo posteriormente se acompañe con seminarios teóricos; con el propósito de que el aspirante a terapeuta integre la práctica con la teoría. Las intervenciones supervisadas lo deben llevar a comprender la instrumentación que se hace de las técnicas (Minuchin y Fishman, 1999) y sólo

después tomar la decisión de someterse o no a análisis individual y emprender así la continuación de su formación como terapeuta (Freud, 1998).

Como en la formación de los samurai, el estudiante debe aprender las técnicas para después de un tiempo de actividad pluricultural decidir continuar su camino en el arte de la guerra, olvidando la rigurosidad de las estrategias para conformarlas en una extensión de sí mismo teniendo en cuenta que es común que el aspirante pierda habilidad durante el período de transición pero esto será sólo un paso de sus respuestas habituales a modalidades nuevas (Minuchin y Fishman, 1999).

Por último, el estilo es la asistencia del terapeuta a un juego donde no es la técnica, sino su ser ahí, la que define la posibilidad de la cura, el espacio, la condición y la posibilidad de que el paciente se reconozca también ante él.

5.6 LA CONCLUSIÓN DEL TRATAMIENTO

La psicoterapia se ha hecho universal. Según Phares (1994) cerca del cuarenta por ciento de la población acude o ha acudido a algún servicio de psicoterapia, en los EE.UU.. Muchos la buscan para ayuda en su vida sentimental, profesional marital o parental (Johnson, 1990).

Y si bien se imagina que muchos seguirán, reintegrarán o iniciarán el proceso, lo difícil es determinar en que momento lo concluirán.

La separación o terminación resulta difícil con todo lo expuesto en éste capítulo: la vinculación entre el terapeuta y el paciente.

Se ha visto que en la psicoterapia se desarrolla un estado psicológico en el cual el

paciente transfiere emociones de su vida a la figura del terapeuta, la transferencia; a su vez que el profesional, sin llegar a corresponder a los reclamos emergidos de la transferencia, o lo que se llama contratransferencia, establece en la relación cualidades propias de su personalidad, pensamiento y sentimientos, de su deseo (Freud, 1998, Miller, 1997, 1999; Guyomard, s/a; Frankl, 1995; Klienke, 1995; Yalom, 1998, 1998b, 1999, 2000; Johnson, 1990; Medina, 1990; Rabinovich, 1990). Situación que dificulta la delimitación del curso de la terapia.

Para los que optan por la opción técnica, en un intento por separarse de su visión de mundo y argumentar neutralidad, puede resultar inútil e incluso irrisoria tal afirmación.

Para ellos, los objetivos de la terapia son los enumerados por el sujeto, su actuación los pule para el bagaje científico, y sólo a través de ellos puede elucidarse el camino del tratamiento, los procedimientos técnicos a emplear y en consecuencia el límite tentativo de la terapia (Guyomard, s/a) ²⁴.

Empero, más allá de la "elucubración" de los mentalistas el hecho mismo de la pérdida de ese espacio de escucha o tratamiento resulta áspero para que el paciente lo acepte sin más. Si la lógica del trabajo impone a la terapia como una relación real en el presente que no está determinada por el pasado, que existe en el momento -no hay contradicción pues aún la transferencia se sitúa en un aquí y ahora y sólo en la medida en que se trabaja en la actualidad y en sus características específicas del espacio-tiempo podrá encauzarse hacia la solución del conflicto-, entre dos seres humanos influidos por la camaradería, los hechos existenciales de la vida y la mutua comprensión resulta sencillo entender dos cosas. La primera que es la fuerza más

²⁴ Basta con comprender todo, saber mucho y hacer lo necesario para cumplir los objetivos. En tal ejercicio la entrevista y herramientas técnicas comprobadas experimentalmente son el apoyo más importante del terapeuta (Bellack, 1993)

potente para la curación del paciente. La segunda que la ruptura de la alianza supone igual carga emocional (Yalom, 1998).

En efecto, las personas toman apego a sus terapeutas. La estimación por su personalidad -léase sentido del humor, ecuanimidad, diplomacia, autoconocimiento, etcétera-, real o imaginaria, encara la disyuntiva de dejar la terapia (Johnson, 1990)

Para el terapeuta, la separación puede ser ardua también, sin contar la cuestión económica que remarca la disminución en los ingresos del profesional. En el caso de que sea él quien tome la iniciativa y se encuentre con la confrontación, consciente o no, de la persona aparece la pregunta que interroga por la eficacia del trabajo realizado, la certeza y agudeza al hallar y depurar el motivo inicial de consulta (Johnson, 1990), pues una persona "correctamente curada" debería hacer frente a un problema psicológico mediante el análisis de la situación y el autoanálisis (Yalom, 1998). Cuestión que puede quedar vedada para algunos escépticos bajo la interpretación del miedo a la autonomía del paciente.

En la situación en que el paciente abandone la terapia sin previa aprobación de sanidad por parte del psicólogo, éste último puede encontrar una crítica implícita en su trabajo e insatisfacción en el usuario (Johnson, 1990).

Es un hecho que semánticamente, por cualidades pragmáticas, la terapia concluye cuando el terapeuta y el paciente ya no se encuentran en los espacios de trabajo. También, cuando están cumplidas dos condiciones principales. La primera si el paciente no padece de los síntomas o no se queja de los motivos que lo llevaron a solicitar el apoyo del profesional, superándolos de manera tal que su vida resulta más sencilla y menos angustiante. La segunda cada vez que el terapeuta juzga haber hecho lo pertinente para eliminar el problema de la persona, para esclarecer lo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

incomprensible y alcanzar la demandas en grado tal que no se sospeche de una recurrencia a tratamiento. Cuando no se alcanzan tales condiciones denotando la influencia de factores ajenos, se habla de un tratamiento imperfecto y no de uno no terminado (Freud, 1997).

Desde la perspectiva psicoanalítica la duda gira en torno a la posibilidad de alcanzar la estabilidad psíquica absoluta y permanente.

La respuesta al calce es que la normalidad se proveerá sólo en promedio en el mismo monto respecto a los extremos en los que la persona se hallaba aún antes del tratamiento, pues muchas de las veces lo único que surge es un aumento del saber, sin alteración más allá de él. En otras palabras, la condición psíquica innata de la filogenia obedece a una represión de la cura por representar un aspecto nuevo para el individuo (Freud, 1997).

Y, si se entiende que los terapeutas son personas que han aprendido a ejercer un arte determinado, junto a lo cual tienen derecho a ser hombres o mujeres como los demás, y que el vínculo terapéutico se funda en la emoción y en la procuración de la verdad, es lógico pensar que la anticipada enunciación de la conclusión es imposible sino es bajo los términos de crear las condiciones psicológicas favorables para la funciones vitales de la persona (Freud, 1998).

El estilo es evidentemente influyente para este proceso. A manera de ejemplo es que, en la medida en que el terapeuta se reserve en terapia se constuye una relación de poder donde la sumisión correrá a cargo del paciente quien quedará atrapado en los secretos que aquél oculta (Johnson, 1990).

Por todo lo anterior, es lógico afirmar, junto con Miller (1997), que la demanda del

tratamiento psicoterapéutico y de su trabajo teórico, independientemente de la postura desde la cual se lleve al cabo, está lejos de procurar la cura o el momento ideal para concluir el tratamiento y se sitúa en la felicidad del paciente.

REFLEXIONES

La tesis presente tuvo como objetivo discutir los aspectos que están implicados en la dinámica de la psicoterapia, tomando en cuenta los argumentos que presenta la literatura en torno a estos y que los señala como: 1) los que consideran que el factor fundamental que decide las directrices, y por ende el resultado terapéutico, son las técnicas terapéuticas (p.ej. la entrevista); 2) los que mantiene que las variables del terapeuta son las relevantes (p.ej. el autoconocimiento); y, 3) los que defiende la relevancia de los factores no específicos como determinantes de los resultados (p.ej. el vínculo existente entre el terapeuta y el paciente)

El trabajo, como lo indica el tipo de estudio (exploratorio-descriptivo), no posea estructura más que un referente empírico por parte del autor: existen muchas cosas que se juegan en la terapia, que van de los elementos físicos (el espacio donde se lleva a cabo las sesiones), pasando por los humanos (los participantes de la terapia), hasta los totalmente abstractos e inabarcables, desenvolviéndose todos en un crisol subjetivo, dinámico y dialéctico.

La idea básica que movió la producción del trabajo fue que si se considera el hecho de que aún no existe un acuerdo para definir a la Psicología, que hay una gran cantidad de teorías que intentan explicar la naturaleza del hombre y lo que lo motiva a comportarse de tal o cual manera, y en consecuencia una amplia gama de entender la psicoterapia, entonces se puede decir que dentro del proceso terapéutico se juegan múltiples elementos que distan mucho de la objetividad con la que se pretendan visualizar.

La literatura, a lo largo, presentó información muy interesante que permitió la re-elaboración de estas ideas, cuya reflexión poco más detallada se presenta a continuación, aunque cabe reconocer que muchos de los elementos puedan pasarse por alto, destacarse muy someramente, o bien ni siquiera ser rescatados. Las

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

consideraciones finales aportan una síntesis de las ideas elaboradas a lo largo del trabajo. Por ello se invita al lector de esta tesis a considerar en ella un ejercicio de reconocimiento personal y netamente interpretativo.

Iniciando con el primer capítulo se reconoce que la psicología occidental ha evolucionado desde sus orígenes donde se fusionaba e indistinguía de la medicina, la filosofía y la teología. No obstante, para muchos, aún no queda claro el campo de lo psicológico.

En sus inicios era transparente que lo psicológico era alusivo a la psique, traducida ésta como el alma y el espíritu, y como tal debía ser pretensión del análisis de las disciplinas antes mencionadas. Ahora el campo psicológico abarca nociones como conducta, respuesta, conducta verbal, lenguaje, pensamiento, intelecto, personalidad, conciencia, inconsciente, etcétera, por lo que a simple vista parece haber trascendido de un universo de conocimiento, donde no quedaba clara su determinación, a otro donde opera de la misma forma. Sin embargo, resulta que esto no es del todo cierto.

A lo largo de la tesis presente, se evidencia que el estado actual de la psicología se concentra en la enunciación de planteamientos e interrogantes que cuestionan su legitimación como campo del conocimiento. Tales argumentos fluctúan alrededor de su carácter científico o ideológico, de sus métodos y tecnologías, de sus objetos de estudio y de las matrices epistemológicas que devienen en ellos, de su lenguaje, de su manera de teorizar sus preceptos y de la apertura hacia una forma u otra de historiarse a sí misma.

Cierto es que la ciencia no es un lenguaje, pero sí se sirve de un lenguaje para expresar sus ideas y así validarse ella misma. Éste es tan peculiar que requiere de cierto conocimiento para dominarlo, o al menos estar en esa creencia, por lo que se

halla sometido a los problemas comunes a todo tipo de lenguaje descartando así la posibilidad emotiva de ser neutro. Es decir, según su construcción, el lenguaje científico dice dar cuenta de los fenómenos naturales o sociales, por citar dos ejemplos, de manera objetiva y neutra hacia aquello que describe, pero no por ello es capaz de validar su uso generalizado hacia las formas de descripción que del mismo fenómeno puedan hacer otras aproximaciones denominadas como no científicas.

Éste dilema no queda exento de presencia, aún dentro de una misma disciplina. Por ejemplo, la empatía es pensada desde el conductismo como una habilidad propia del terapeuta que evidencia conductas comunicativas de atención y comprensión hacia la queja y la demanda del sujeto, y que sólo en la medida en que exista o no, se convierte en una variable susceptible de potencializar determinadas cualidades del curso analítico de una terapia. Desde el humanismo se entiende como el momento subjetivo en el que el facilitador se coloca en el campo del conocimiento de lo que al cliente le sucede, y desde el cual aquél dirigirá su accionar para facilitar la didáctica que le muestre al otro el camino a su autorrealización. Para el existencialismo, la empatía es la participación de los sentimientos del paciente desde la cual puede elaborarse la reflexión de lo que le aqueja a éste, en la base de los problemas existenciales de la humanidad y desde donde se pueden replantear las filosofías de vida. Finalmente, para el psicoanálisis la empatía, si es que se puede nombrar de tal forma, es el crisol donde el analista y el paciente depositan su ser, es el espacio intersubjetivo en el que cada uno se evidencia como un ser humano con cualidades particulares y desde donde se espera que el segundo analice su propia situación.

El lenguaje científico, entonces, no pierde sus cualidades básicas, que son la lógica de su estructuración y la potenciación de ordenar el conocimiento, sino que más bien se transforma en cada ciencia obedeciendo lo que para cada una es lo propio de su estudio. Por lo que, por ejemplo, los problemas de legitimación del lenguaje del

psicoanálisis sólo pueden ser evaluados desde sí, con las reglas lógicas pertinentes y con los argumentos necesarios para su reestructuración y reordenamiento, y no desde el lenguaje de la ciencia conductual, puesto que son cualitativamente diferentes.

De la misma manera, no puede pensarse con las reglas gramaticales del español un error el hecho de que en el inglés el modificador anteceda al sustantivo. El lenguaje debe llevar cierta lógica, es cierto, pero sólo desde su entendimiento pueden eliminarse las falacias y darse el ordenamiento de su intención.

No pretende decirse entonces que haya muchas ciencias. Más bien se dice que la ciencia por no ser un hecho consumado, de una vez y para siempre, sino más bien dinámico que se nutre de una permanente discusión y discrepancia racional, obedece, exclusivamente, a lineamientos generales que incluyen la posesión de un lenguaje específico, lógico y ordenador, en aras de la búsqueda de la verdad, la corrección y la validez. Por tanto la emoción que invalida una perspectiva científica desde otra, no forma parte del discurso científico pues nace de una distorsión que es propia de las cualidades generales de la ciencia, por lo que los lenguajes científicos deben marginar todo recurso que enulezca esas funciones primarias.

Si se entiende a la ciencia entonces como el tipo de conocimiento sistemático y articulado que aspira a formular, mediante lenguajes apropiados y rigurosos (recurriendo en lo posible a la matematización), las leyes que rigen los fenómenos relativos a un determinado sector de la realidad, se afirma así que algunas aproximaciones teóricas cumplen con tal requisito. Ejemplo de ello son el conductismo y el psicoanálisis ²⁵.

²⁵ Aunque la experiencia demuestra que la teoría genética de Jean Piaget, que refiere a la génesis y desarrollo de las estructuras de pensamiento, es una de las más sólidas y la única apegada a una epistemología rigurosa (Noriega y Gutiérrez, 1995).

Lo interesante queda en ese margen que otorga la ciencia a los discursos científicos, pues desde ellos es donde emerge la discrepancia y la posibilidad de nuevos ordenamientos del conocimiento o incluso de nuevas construcciones lingüísticas. Un caso concreto fue el psicoanálisis que, mezclado con el surrealismo, generó la alternancia para pensar al inconsciente como lenguaje y a la psicosis como otra versión de la normalidad.

Otro ejemplo es el conductismo. Surgido de una ruptura teórica dijo que al definir su objeto de estudio, la conducta, establecía al mismo tiempo su método de aproximación al mismo, el científico experimental. Y, a pesar de no existir en el conductismo un desfase epistemológico y matemático, tan grande, que haga temblar sus bases, como en otras aproximaciones, en las diferentes teorías que han surgido bajo su luz, las transformaciones sufridas en la práctica conductual han aportado mucho para el enriquecimiento de la escuela que los acuna, más no así para contrargumentar sus supuestos básicos. Los casos en que la práctica ha llevado por otros caminos a quienes fuesen partidarios del conductismo son por mucho adeptos a un esquema similar al que los vio nacer.

Hasta hace algunos años, la fusión entre el psicoanálisis y el conductismo parecía imposible. Los trabajos de autores como Mahoney encauzaron a la psicología a lo que desde la filosofía venía llamándose como constructivismo. Tal aproximación dice fomentar un modelo de sistemas donde la conducta y el pensamiento son interdependientes del curso vital y de los procesos inconscientes. Si se recuerda que la matriz epistemológica del conductismo es $O \rightarrow S$, y la del psicoanálisis es $S \leftrightarrow S$, no se encuentra ruptura total del constructivismo con respecto a la matriz epistemológica del psicoanálisis y a la noción de realidad externa que sustenta al conductismo. Ciertamente es que el objeto de estudio del constructivismo es la realidad creada por el sujeto, que se diferencia de la realidad apprehendida según el

conductismo, sin embargo tal afirmación no dista del modelo freudiano, y menos aún del lacaniano, de realidad.

¿Cómo es esto? Para el conductismo el lenguaje es un reflejo de la realidad, externa al sujeto; para el constructivismo el lenguaje es la vía de producción de la realidad. Su semejanza, pudiera pensarse, es la suposición de una realidad externa al sujeto. Se debe reconocer, no obstante, que en el primer caso tal característica de la realidad queda señalada explícitamente mientras que en el segundo se permite la existencia de dos realidades una externa, inaprehensible al sujeto, y otra interna, creada por el movimiento social e inconsciente individual de cada uno en acción (no reacción) de la realidad externa. Tal dualidad diferencia al conductismo del constructivismo, más no a éste último del psicoanálisis. Freud, en sus primeros trabajo se había percatado de la existencia de una realidad interior, ajena a la que pudiera definirse como exterior y neta, construida desde el inconsciente de la persona. De hecho él suponía en algunos de sus últimos trabajos (como "Más allá del principio de placer" y "El malestar en la cultura") la existencia de una realidad compartida en la colectividad creada desde el interior de cada sujeto.

Esto puede ilustrar que a pesar de conformar nuevos modelos teóricos, la actualidad reserva su apego a las matrices epistemológicas y conceptuales pre-existentes. Esto obliga a replantear la discusión de si las nuevas propuestas son ajenas a los modelos anteriores.

Lo cierto es que el conductismo señala la lógica de estudio de algo propio de la psicología, la conducta. Y, en consecuencia matematiza la producción de conocimiento y de intervención alrededor de sus resultados, por lo que ha posibilitado un vasto trabajo teórico y práctico en diferentes campos.

TESIS CON
FALLA DE CIRCUN

Caso similar es el psicoanálisis. En sus albores, la teoría analítica se empeñó por argumentar desde la fisiología, y sólo más tarde desde la sociología también, su carácter científico. Sin embargo, no fue sino hasta la elaboración del texto "Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano" en que Lacan acuña las bases matemáticas de la teoría psicoanalítica. En efecto, la matematización -que implica el ordenamiento lógico y formal de un conocimiento particular- ofrece la dinámica científica necesaria al modelo freudiano.

La situación es pues que existen modelos teóricos en psicología que por apearse a los criterios de la ciencia pueden, y deben, ser considerado como ciencias. Pero su sola existencia descarta su entendimiento como una única psicología ²⁶.

Así, al existir gran cantidad de modelos teóricos que pugnan por sus respectivos objetos de estudio, concretos o abstractos, con carácter o no de científicos, puede entenderse a la psicología como el conglomerado de diversas aproximaciones de conocimiento de la realidad. Y, si la ideología es el conjunto de ideas, creencias y módulos de pensamiento que caracterizan a un grupo de estudio del conocimiento, la psicología es, pues, una ideología, independientemente de que los objetos de estudio puedan englobarse, al final de cuentas, en tres grandes rubros: conciencia, conducta o inconsciente.

Ahí que, si se pretendiese homogeneizar a la psicología, debe reconocerse la necesidad de generar un lenguaje común a todos los modelos y de reconocer que las divisiones del conocimiento humano han avanzado al punto tal de exigir ver al mundo en conjunto, sin el discernimiento de sus partes. Tal ejercicio debe hacerse entonces al margen de la sociedad cambiante, pues es la presión de los valores sociales la que

²⁶ De hecho, algunos analistas no consideran a su disciplina como una psicología (obedeciendo más al modelo lacaniano que al freudiano).

determina el rumbo de cada área del conocimiento, pues no hay que olvidar que las ideologías son un enmascaramiento de la situación política y social de una sociedad determinada.

Obviamente no existe todavía un acuerdo en este sentido. Y no se aboga aquí por la pertinencia o la conveniencia de tal ejercicio, sino más bien por un análisis entorno a la forma en que esto afecta a la legitimación de la psicología como campo del conocimiento.

Al afirmar a la psicología como una ideología no se descarta *per se* su carácter científico pues la ciencia, junto con la filosofía y la religión, son las tres grandes ideologías o las comúnmente señaladas, como tales, por encima del arte, la magia y el esoterismo, como cualidades de lo humano. Sin embargo los críticos validan el hecho de que la psicología al ser una ideología no puede ser una ciencia.

La ciencia como tal se halla sujeta a los cambios sociales, a las demandas sociales y de los grupos de poder, aparte de estar comprometida a sus propias exigencias de conformación. Esto la estructura como un conjunto de módulos de pensamiento o de aprehensión de la realidad. Tal característica la sitúa como una ideología, pues de la misma forma que la religión y la filosofía engloba en un lenguaje específico y particular una determinada aproximación a la Realidad. La discrepancia entre las ideologías opera por el lenguaje, su estructuración, ordenamiento y fines últimos, de forma similar a su función en la diferenciación de las ciencias.

Por tanto dependiendo del lugar desde el cual se haga la lectura y la pregunta que interroga por el carácter científico o ideológico de la psicología es lo que se obtendrá por respuesta.

Debe reconocerse, que el riesgo de situar a la psicología como una ideología es muy grande pues se puede encontrar con algo similar a lo que se dice de la psicoterapia, que es un arte. Sin embargo, los fines del discurso artístico son diferentes de las del científico, así como del filosófico; ya que el primero, procura la expresión y manifestación del ser, el segundo se encamina hacia la búsqueda de la verdad y la validez, y el tercero hacia la elaboración de argumentos que enriquezcan las cuestiones que interroguen determinadas áreas del conocimiento.

En tanto, la tesis actual sugiere, en primer lugar, que no existe una ciencia con carácter de universal, inamovible y única, lo que existen son lineamientos generales para las ciencias, contruidos desde lo interno -las continuas reestructuraciones en el pensamiento científico- y desde lo externo -las demandas históricas, sociales y de poder. Estos son tres: un lenguaje, lógico y ordenante; un medio, metodológico y técnico; y un fin, búsqueda de la verdad, validez y corrección.

Esas tres características no son exclusivas de la ciencia. La filosofía, la religión y el arte, por mencionar algunas, las comparten, claro está, con ciertas diferencias. Todas estas conforman el conjunto de ideologías humanas.

Si bien la ciencia es un ideología, ciencia e ideología no deben entenderse como una misma cosa pues la primera parte de representaciones y termina en modelos abstractos que reproducen las representaciones de origen; mientras que la segunda parte de tales abstracciones para conllevar a un conocimiento particular de la realidad. No es lo mismo el todo que la suma de sus partes y una parte posee las características del todo pero no es el todo.

Así mismo, muchos discursos psicológicos son científicos. Lo que no quiere decir que haya muchas psicologías sino más bien muchas aproximaciones científicas que

comparten, con la salvedad de sus lenguajes y por ende de su definición, el fenómeno del ser del hombre lo que las sitúa en módulos de pensamiento susceptibles de la afectación interna y externa, por lo que, denominadas sus generalidades, la psicología es una ideología.

Con la reserva de que lo psicológico entendido de esa forma es lo que tradicionalmente hacen los psicólogos y aquello que rompe con la tradición es tachado como no psicología, es importante contemplar que si bien el lenguaje de una ciencia psicológica se supone estructurado con cierta lógica para ordenar así los conocimientos que de él emanan, puede no ser la lógica esperada o común la que dicta una nueva forma de aprehensión científica, como sucedió con el psicoanálisis en su época naciente, pues el lenguaje científico, cabe recordar, se ve expuesto a los fenómenos comunes a los diferentes lenguajes, incluidos los naturales. Así por ejemplo la metáfora en la poesía es capaz de transmitir, por el mismo medio lo que resulta común al arte, aún cuando la estructura lógica de su lenguaje sea diferente al denominado por la gramática. En tales situaciones el ojo del estudioso de la psicología debería permanecer abierto a lo que puede indicar una posible ruptura teórica o epistémica.

La psicología como ideología científica también posee y se mueve en dos planos: el de la realidad u ontológico y el del conocimiento o gnoseológico. El primero existe o no independientemente de que los fenómenos de él sean conocidos. El segundo existe sólo a partir de la pretensión de aprehender teóricamente la realidad ontológica, a partir de prácticas específicas ²⁷.

²⁷ Estos planos se relacionan con la diferenciación de objetos y sujetos que existe en epistemología: empírico, de la teoría y epistémico. Los primeros se definen por su materialidad efectiva, en un marco espacial y temporal, independiente uno del otro (el sujeto no depende de la existencia del objeto y viceversa). Los segundos, son los del discurso científico, depende de su lectura e interpretación. Los terceros, aluden a una relación y forma de valoración dentro de un estatuto lógico, que se propone para el saber. [Tomado del Texto de Noriega y Gutierrez, 1995 "Introducción a la epistemología para psicólogos"].

Por tanto los alegatos que se hagan desde cierta postura para validar o no el carácter científico, ideológico o la validez de otro son exagerados, pues los métodos inductivos o deductivos, desde la psicología como ideología científica, son válidos unos y otros.

Con ello no se quiere decir que lo que hace un psicólogo sea ciencia y lo valida a él como científico, pues su actividad solamente es, como tal, y adquiere el matiz con el que él, por sus propias necesidades y fantasmas, quiera nombrarle. Mientras que lo científico sólo se encuentra en aquel campo de conocimientos que sustenta la red conceptual en el que éste "científico" inserta sus datos y en general su ejercicio.

En ello radican los impetus por justificar "científicamente" las actividades profesionales. Cierto, algunas ciencias deben justificar su existencia una vez que han hecho su aparición lo cual obedece no sólo a las exigencias sociales o de las cúpulas de poder sino también a las necesidades económicas de un sector de la población o de los mismos científicos.

Para dominar el lenguaje científico, o estar en tal creencia, se requiere de cierta formación. Tal condición genera un macromovimiento de recursos económicos y sociales que muchas veces es reconocido abiertamente ante los ojos del resto de la sociedad, más no así su intencionalidad.

La psicología no escapa a esta situación, de hecho en el segundo capítulo se aborda la exposición de uno de tales caminos.

De acuerdo a las definiciones de psicología clínica que se proporcionaron, se resumió que esta es una área de la psicología general, encargada de explicar la génesis y mantenimiento de los trastornos psicológicos, así como de aplicar los principios básicos de la psicología general con el propósito de buscar el bienestar del individuo.

Es sabido que la psicología, al igual que otras ideologías, ha funcionado en ciertas épocas históricas para determinar la normalidad o la anormalidad, la aptitud o ineptitud y la sanidad o la enfermedad de las personas. Por eso, primeramente, se cuestiona la aparición de la psicología clínica.

En la segunda guerra mundial, aparecieron las condiciones necesarias para: evaluar a los más capaces de ocupar determinadas funciones en los puestos de guerra requeridos así como para tratar a los que de vuelta de combate manifestaban algún trastorno en su conducta, obedeciendo a los patrones de inteligencia y aptitud medidos por el Beta Army (instrumento psicométrico) y a los estándares de normalidad imperantes en la época -aunque es cierto que la psicometría surge a finales del siglo XIX y principios del XX con los trabajos de Cattell en evaluación de la inteligencia infantil con niños normales y retardados, encuentra su utilización más amplia durante aquel periodo bélico- Tal contexto sustentó la aparición de la psicología clínica.

Sin embargo este entorno no es una condición válida atemporal ni universal. Los periodos históricos y los movimientos socio-culturales nunca son idénticos unos de otros. La aparición de la psicología clínica se dió en un contexto particular, lo cual no condiciona en ese sentido su existencia actual, por lo que quizás haya que reconocer que los intereses individuales y colectivos se infiltraron tanto en el ejercicio, que prolongan su existencia.

No obstante, ese no es probablemente el motivo de mayor cuidado, sino más bien el que responde cuando se interroga por las bases o modelos que sustentan la existencia de la psicología clínica.

La psicología desarrollada en los textos, en los laboratorios o en los domicilios particulares se enfrentó al reclamo de demostrar su utilidad práctica, masiva y social

ya sea para señalar aptitudes y asignar puestos o para determinar la salud o enfermedad de las personas. Es en esta bipolaridad, en la de la aptitud-ineptitud y mayormente en las de la salud-enfermedad y normalidad-anormalidad, en la que se acuna la psicología clínica. Ello dió como resultado que los psicólogos, ya entonces llamados clínicos, tuvieran al alcance paquetes de etiquetas, de uno u otro lado, listas para ser colocadas en aquellos sujetos que así lo requirieran. En algunos casos se echó mano de los manuales psiquiátricos para poder presentar un abanico mayor de opciones a la opinión del psicólogo, pero todas éstas encasilladas dentro de la polaridad. En otros casos se prefirió obedecer a la estadística y ayudar así al "ojo clínico" del psicólogo a evidenciar el lugar en el que debería situar al sujeto. Aunque también se prefirió, por otros psicólogos, analizar lo que el paciente o usuario decía.

En una escuela u otra, en diferentes aproximaciones, pueden leerse los efectos que tal resaca generó pues se piensa, salvo honrosas excepciones, que el paciente necesita analizar los eventos de vida y resolver así lo que le aqueja, re-encontrar su sentido en la vida, dejar de sufrir, autorrealizarse, modificar patrones de conducta que originan el comportamiento queja, etcétera, aún a pesar de que se nombre al paciente como usuario, cliente, persona, etcétera, pues tal nombramiento no le elimina la definición que se tenga de él *a priori*, o la condición contraria que es donde se espera que debe estar. Se le ve así como enfermo, no realizado, sufriente, con problemas existenciales, etcétera.

Algunos de los autores expuestos a lo largo del trabajo llaman la atención a tal fenómeno y afirman que en mayor o menor medida se reconoce en la psicología un instrumento institucional creado para dominar la disidencia social, la alteridad de pensamiento que en cierto momento pone en riesgo al grueso de la sociedad o sólo a ciertos sectores.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tales aseveraciones encuentran sustento en el pasado cercano y en la situación actual y sólo falta agregarles la ola de consumo y mercadotecnia que recientemente sustenta y forma parte de aquello que la psicología clínica representa, siendo inclusive un artículo de consumo para las élites industriales o individuales. Por tal motivo se llama la atención a considerar a la psicología como un deporte de interiores, reservado para unos cuantos.

Lo cuestionable en estos días por el grueso de la comunidad psicológica, y jurídica, sigue girando, casi irónicamente, en torno a la existencia de polaridades normalidad-anormalidad, salud-enfermedad, y a los responsables del designio de los parámetros de comportamiento como normales o anormales y como sanos e insanos. Aún cuando la respuesta aparece frente al mismo que la realiza.

Recuérdese los textos foucaultianos²⁸. En ellos se aboga, en primer lugar, por la existencia de la locura como resultado de la conjunción de males de la sociedad. En segundo, por la existencia de la opresión de tales comportamientos y el ensordecimiento hacia lo que ellos reclaman.

Es claro que la sociedad genera desde sí los mecanismos de supervivencia de la especie o de los grupos de poder, a través de preceptos culturales. Pero es a través de éstos que se mitiga un aspecto por demás renegado, la agresividad y variabilidad natural del ser humano que le favorecen adaptarse al cambio y posibilitar su supervivencia.

En muchas ocasiones estos son transformados en producciones culturalmente

²⁸ Las ideas aquí retomadas corresponden a la lectura del texto de Michel Foucault (1989) "Historia de la locura" además de la opiniones vertidas en el seminario "Clínica de la femineidad" de que se lleva a cabo por el proyecto IPIEF de la ENEP Acañán

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

aceptables, pero en muchos otros no, y se evidencian en comportamientos que atentan al resto del devenir social. Cabe reconocer que no en todos los casos el ser individual se halla contrariado con su entorno, pero sí, por mínima que sea su variación respecto al resto, es objeto de las descargas emocionales de éste. Es un proceso por mucho parecido a la selección natural, proclamado en la teoría darwiniana.

En este orden, se erige la idea de que la sociedad, concretamente el medio de producción que en ella impere, determina lo sano y lo insano, en términos de salud mental, y sólo a través de ellos las operaciones para salvaguardar su existencia. Y aunque ya Follari (1982), López (1989, 1995) y Watts (1992) llamaban la atención en este mismo sentido, la importancia de tal apunte radica en que, como se expuso, la psicología clínica tiene por objetivo buscar el bienestar del usuario.

Pero, en realidad no se busca el bienestar de la persona más de lo que se busca modificar sus esquemas de acción conforme a los requeridos por su entorno. Para replantear la afirmación surge lo siguiente.

Algunos de los puntos relevantes revisados en el capítulo dos señalaban a la psicología clínica como el área de la psicología que aplicaba los principios de la psicología general. Pero se ha visto que como tal, la psicología obedece a una definición ideológica puesto que su conformación consta de un conjunto de modelos de conocimiento diferentes entre sí que explican de modo particular la realidad. Cada modelo impregnará a la psicología clínica, si da pie a su existencia, de un modo específico de entender lo humano. Pasa pues, que aquellas aproximaciones mayormente inclinadas a la omisión de lo individual sobre la ponderancia de los intereses colectivos, sellarán, como propias del estándar, aquellas formas de ser que un individuo debe adoptar. Los principios y explicaciones que den cuenta de ello se trasladarán al ámbito clínico y ahí es donde surge el mayor dilema.

Por eso el objetivo de la psicología clínica es en este momento cuestionado. Por un lado la aproximación teórica que la sustenta ¿da cuenta de lo que es realmente el bienestar de un individuo?. Y, si como tal, la psicología clínica es un área de la psicología general ¿se percata de ser rama de una ideología susceptible, entonces, de los valores cambiantes de la sociedad, por lo que su objetivo puede verse sesgado?

La tesis actual sostiene que no, pues el bienestar del sujeto es proclamado, en el mejor de los casos, en aras de los requerimientos socio-culturales. Se dice que en el mejor de los casos porque no es desconocido que muchas de las veces el psicólogo obedece solamente a sus intereses y en ellos encauza a la persona, situación no exenta de polémica y que se revisará un poco más adelante.

De tal forma que la duda de cómo se llega al bienestar, elaborada por lo expuesto en el segundo capítulo de este trabajo, permanece dentro del movimiento relativo que sustenta la erección de la psicología clínica.

En ello también radica el juicio en torno a la aplicación de los supuestos básicos que de la psicología general realiza la psicología clínica. En cada ocasión en que un supuesto teórico, método o técnica del grueso de módulos conceptuales de una ciencia es aplicado pretende ordenar en ese esquema de conocimientos la realidad. Tal establecimiento se caracteriza por un orden donde impera el uso racional del que ordena. En otras palabras, el modelo teórico se expone al "manoseo" del investigador.

En tal situación vale reconocer que los atributos lingüísticos supuestamente neutros se pierden para recobrar su identidad netamente subjetiva y empaparse más en ella. La aplicación no es entonces más que la traslación al plano ejecutable, en manos del hombre, de la idea. Pero dicho proceso está cargado por la historia de vida del científico, sus expectativas, su experiencia, sus temores, etcétera lo que enriquece el

panorama y lo dificulta en su enunciación.

La costumbre de considerarse agentes neutros, que caracteriza a los psicólogos clínicos, es algo alimentado desde su formación. Para poder ejercer, un psicólogo clínico debe cubrir determinado número de requisitos "acartonados", pues en su conjunto describen lo que se espera de una persona como perfil profesional, por tanto dejan de lado o restan importancia a la situación específica de cada individuo "aspirante". No obstante se entiende que para ser un psicólogo clínico debe al menos profesarse la psicología. Lo relevante sería no ampliar tal condición hacia el desenvolvimiento psicoterapéutico, y más adelante se verá por qué.

Las recomendaciones que se lanzan como opciones para la configuración de los planes y programas de estudio en la formación de los psicólogos clínicos son hechas desde la experiencia personal de cada autor. Dentro de las más relevantes se encuentran:

- Debe encauzarse como psicólogo a los contenidos tradicionales de esta disciplina.
- debe poseer conocimientos de ciencia e investigación.
- debe conjugarse la participación con otras disciplinas.
- debe tener contacto con los elementos propios de su ejercicio.
- debe permearse el fomento por el enriquecimiento personal, de experiencias de vida, para la madurez, la responsabilidad y el enriquecimiento de los valores morales y espirituales -en consecuencia Shakow (en Bernstein y Nietzel, 1988) señala el mínimo de edad de 30 años.
- debe encauzarse a las necesidades de la comunidad donde labora.
- debe recibir supervisión de los más capacitados en su formación teórica y aplicada.

Algunos autores señalan que el psicólogo clínico debe formarse en los conocimientos de psicoterapia, otros lo exentan de la necesidad de ser formado en una carrera psicológica pues argumentan que cualquiera que reciba el entrenamiento adecuado puede ser calificado como apto para el trabajo.

Y aunque los trabajos con aplicación fáctica son escasos -de hecho sólo el trabajo de Ribes (1980) posee un correspondiente en la realidad, el caso de la ENEP Iztacala, actualmente con sus reservas- se aboga por una formación abierta hacia diferentes campos del conocimiento humano, pero principalmente por aquellos que por tradición y definición enriquezcan los saberes en torno al hombre y su entorno. Concretamente se alude a la sociología, la filosofía, la ecología y la religión.

No llama la atención que en el cuadro anterior permanezcan constantes los señalamientos hacia una formación científica, pues desde ahí está pensada la psicología clínica. Lo que destaca es que se invite a presentar las oportunidades de educación formal e informal que enriquezcan el panorama personal de los psicólogos. Además no resulta claro en el material expuesto cuáles condiciones facilitarían el enriquecimiento espiritual o moral de los estudiantes de psicología.

El hecho abre un inmenso abanico de posibilidades, incluida la extensión del tiempo de estudio, lo que representaría una mayor inversión en la educación. Al menos en algunas escuelas de nuestro país, se supone que en la formación de psicólogos clínicos el tiempo sobra, tal que aún antes de haber concluido la parte formal de su preparación, los estudiantes se creen capaces de desempeñarse en el área.

En este caso se invita a la elaboración de programas y planes curriculares en los que los módulos de estudio comprendan historia general de la psicología, historia de la psicología en México, escuelas y teorías psicológicas, metodología de la investigación,

fisiología y neuropsicología humana, psicología del siglo XX y campos de aplicación, filosofía y religión, psicología y sociología, psicología y ecología, entre otros, como áreas comunes. Pero ante todo destacar las bases en la alteridad y heterogeneidad del ser humano, más que en el modelo de salud-enfermedad o normalidad-anormalidad.

Sólo dependiendo de la inclinación de cada estudiante podrán llevarse a cabo departamentos especializados en la formación de psicólogos clínicos, sociales, educativos, analistas y psicoterapeutas -cada uno con el respectivo entrenamiento en el trabajo con grupos y organizaciones. Con ello se buscaría ofrecer un panorama vasto y suficiente para sustentar la elección de un área de especialización específica²⁹.

La distinción del entrenamiento para psicoterapeutas, se hace pensando en que la psicoterapia debe alejarse, en mayor o menor medida, de los dogmas tradicionales de enseñanza, obedecer más al desarrollo de la intuición de cada futuro terapeuta, y procurar el enriquecimiento de sus valores morales y espirituales pues son los que le facilitarían definir o redefinir su estilo -lo que le encauzaría hacia una manera propia de entender la psicoterapia. Pues en ella hay una base de valores espirituales que les confieren su propia perspectiva y determinan el rumbo que tomará en la comprensión del funcionamiento humano.

En efecto, la capacitación que reciben hoy los terapeutas no les da suficiente información acerca de las dimensiones espirituales presentes en la vida de sus pacientes. Se dice que los pacientes piden al terapeuta, implícitamente, valores, finalidad o sentido, espiritualidad, un sistema de creencias -referido a la naturaleza del

²⁹ Se debe reconocer que el actual trabajo no reviso los programas de estudio de diferentes universidades o institutos que ofrecen el servicio de formación en psicología y psicoterapia. Los argumentos se plasman en base a la experiencia personal del autor y a su correspondiente formación en la ENEPI. El caso más próximo a la tesis formulada al respecto es el de los planes de estudio de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). La afirmación e idea planteadas son dignas, no obstante, del respectivo análisis.

ser humano-, el propósito de su vida y su relación con el mundo; por lo que se requiere de algunas fuentes de valores en la conformación de los psicólogos clínicos como son: la religión, la política, la cultura, la etnicidad, la raza y las filosofías de vida.

Por lo que pueden pensarse programas para la formación de terapeutas donde la medida más relevante sea el entrenamiento en el uso activo de los recursos espirituales de sus pacientes y familias, con el fin de aclarar sus temores con relación a un fin determinado y alentarlos a que busquen fuentes trascendentes de esperanza, fortaleza o consuelo. El reto aquí está en ver cómo se vincula lo espiritual con lo psicológico, abriendo la terapia al sentido esencial de la vida. Se ha de reconocer, no obstante, la idea de que los psicoterapeutas más que formarse deben seleccionarse, y las opiniones al respecto pueden variar.

Retornando al punto anterior es justo señalar que una categorización del quehacer del psicólogo clínico hasta aquí parece muy buena pues de esta forma puede segmentarse el ejercicio y en consecuencia enriquecer el trabajo de escritorio como el actual.

Esto, y todo lo anterior, ofrece un argumento para confirmar la existencia de muchas opciones psicoterapéuticas. La efectividad de una u otra se señala en términos de éxito.

Se sabe que éste se mide en función de los objetivos alcanzados, propuestos por los participantes de la terapia. Aunque el relativismo subyace en muchas de las ocasiones. Los objetivos de la terapia no son definidos por el usuario sino "sugeridos" por el terapeuta, y afirmar haber alcanzado esas metas no es el indicador de efectividad en terapia sino sólo un argumento de que el terapeuta obtuvo lo que se propuso. En conclusión, tal acuerdo para medir lo resultante en terapia no posee

validez.

Ahora bien, si se entiende, en el mejor sentido, que los objetivos se definen por el propio usuario y sólo bajo la orientación del psicólogo, surge la duda de si la persona se encuentra en las mejores condiciones para determinar lo que espera de la terapia al final de su curso. Concretamente ¿sabe la persona realmente lo que quiere? ¿es su voluntad o es lo que el entorno le exige que debe ser? Desde ciertos puntos se puede argumentar que es tarea del psicólogo agudizar su ojo clínico y depurar el motivo de consulta. Sin embargo el terapeuta no es un objeto inerte dentro de la terapia, su mera presencia lo incluye dentro del momento de vida de la persona que se sienta frente a él.

Por su papel como profesional, transmite una idea de lo que debe ser una terapia y en consecuencia obtendrá una respuesta. Las exigencias del medio y su rol le carga de atributos -que a veces desconoce su existencia- que inyectan al sujeto de creencias que lo mueven a enunciar tal o cual cosa como motivo de su consulta. Esto en el caso de que no sea abiertamente empujado a acudir a la terapia.

Otra interrogante es: ¿atiende al fenómeno, a la vida y realidad de la persona en un conjunto o lo mira en categorías o esquemas aislados? El ejercicio de una forma u otra debe ser ante todo respetado y sólo enjuiciado desde el interior de tal o cual modelo. Estos extremos pueden sentirse agredidos con la siguiente afirmación: el terapeuta en muchas de las ocasiones se percata únicamente de aquello que para él resulta relevante, independientemente de su amplia experiencia o de su candidez práctica, pues resulta que como ser humano todo acontecer de su vida le afecta, lo determina, en mayor o menor medida, y resultaría ilógico pensar que si él, ser humano cambiante y taciturno, se halla expuesto a semejante influencia, deje de lado su condición humana para trabajar con el otro.

Esta situación, expuesta por autores como Nietzsche y Heidegger, ha movido desde el siglo pasado a los paradigmas epistemológicos y filosóficos. Por supuesto que la psicoterapia no puede quedar externa a tal influencia de pensamiento.

En el punto de la evaluación de la eficacia de las terapias, queda claro que la consecución de los objetivos no es la única ni mejor solución posible. Gavino (s/a) llama la atención de quien lee su texto hacia otros procedimientos. El reporte de bienestar proporcionado por el paciente durante el curso y al final de la terapia. La solución, dice, no es del todo clara, pues en muchas ocasiones existen eventos ajenos al proceso psicoterapéutico que escapan a la evaluación. Parece una mejor opción.

No obstante mirar a la psicoterapia como susceptible de ser medida en términos de efectividad la coloca en el plano de la mercadotecnia y el consumismo. Además de someterla a la competencia inútil y desgastante de exponer las mejores oportunidades de sanación a costa de su perfil naturalmente humano. Una vez más se cuestiona de forma cuantitativa lo que se supone es de naturaleza subjetiva. Pensar que una psicoterapia es o no exitosa es equiparable a creer que los participantes pueden o no ser seres humanos.

El hecho pues, es que existen terapias con características particulares que son elegidas, aprehendidas, adoptadas y desempeñadas por determinados psicoterapeutas. Existen también maneras en las que cada uno de ellos reconoce su papel en momentos particulares. Los sujetos llegan en tiempos e historias específicas. La fusión de unos y otros establecerá el curso y esencia de la terapia y sólo con el tiempo cada participante recapitulará su experiencia en ese periodo de convivencia humana. Ello no quiere decir que se requieran terapias largas, sino más bien que el tiempo debe ser entendido como aquel que se establezca con la misma dinámica.

La literatura ofrece opciones desde las cuáles entender a los elementos presentes en la psicoterapia. La primera incluye a las técnicas psicoterapéuticas, la segunda a las variables del terapeuta y la tercera a los factores no específicos presentes dentro del proceso. En el mismo capítulo en que se habla de terapia y se exponen las diferentes definiciones de la misma, se aparta bajo el título de "Dinámica de la psicoterapia" esta cuestión.

En primer lugar, respecto a las técnicas, se expuso a la entrevista como la técnica tradicionalmente más empleada, en una terapia psicológica. Se dijo ahí mismo que no es la única y más bien obedeciendo a la amplitud y tesis del trabajo fue que se trabajó sólo con ella. Las ventajas de esta técnica son muchísimas, puesto que ofrece un amplio mosaico de información, claro está que inicial, con el cual puede el psicólogo empezar a trabajar. Además, posibilita establecer la relación bajo características particulares.

Llevada con acierto, la entrevista ofrece, al igual que muchas otras técnicas, científicas o no, muchas posibilidades de acción para el terapeuta y el paciente. Si éste no fuera el caso y se errara el camino, puede equivocarse el rumbo futuro de la intervención, fomentarse el apego entre los participantes, prolongarse el tiempo de terapia, etcétera.

Estas consideraciones ornamentan la paradoja que se presenta con la entrevista: por un lado se pretende que sea fiable y válida, es decir objetiva; mientras que por otro se espera que sea lo suficientemente flexible y sensible como para obtener información sutil y engañosa, especialmente la que se refiere al funcionamiento interpersonal del cliente, es decir se espera que la entrevista sea subjetiva.

Resulta entonces que la pretensión de encasillar a la entrevista dentro de los límites de la objetividad y frialdad de una guía textual es inútil, pues se espera que a través

de ella el terapeuta transmita, por principio, la calidez y confianza necesarias para que la persona exprese lo que le aqueja, se sienta comprendida en el transcurso de la sesión y con la certeza de que podrá superar su situación. Debe entenderse, entonces, que la entrevista, al igual que cualquier otra técnica, depende de la asimilación y acomodamiento que hagan de ella los participantes de la terapia y debe de permanecer abierta al cuestionamiento de su validez (sobre si es coherente su uso y lo que con ella se espera)

Quizás el aspecto más importante del empleo de las técnicas terapéuticas sea el hecho de que el terapeuta reconozca que no sabe nada de lo que se necesita obtener del paciente y que lo que haga o pueda hacer en su mayoría son meras interpretaciones de sus propias expectativas, y que en ningún momento es deseable que asuma el rol intrusivo al llevar a los pacientes en una dirección mucho más lejana de lo presentado, visto sólo a los ojos del terapeuta.

En segundo lugar, en el apartado relacionado con las variables del terapeuta, se expuso una gran cantidad de argumentos que pugnan por enumerar un gran número de variables del terapeuta y a señalarlas como las determinantes del curso de la terapia

En este sentido, las variables del terapeuta que influyen en terapia, ya han sido identificadas por otros autores, citados a lo largo del trabajo, pero sólo han sido propuestas como habilidades que el terapeuta debe tener para ejercer en el campo clínico.

Concretamente, las más sobresalientes, en términos de ser referidas como las más importantes por el común de los psicólogos y de los textos revisados, dado que sustentan en ellas el trabajo clínico, son las que hacen alusión a la comunicación que

se establece entre el paciente y el terapeuta, específicamente la expresividad, la observación y la concentración. De igual manera, se comparte la opinión de que de ellas dependerá que la persona se enganche al proceso terapéutico y esto posibilitaría la obtención de información más completa, veraz y confiable, la producción de una terapia con fluidez y explotación de los recursos de los participantes, y que en general, la terapia tenga más posibilidades de éxito. Sin embargo, es necesario destacar que la información que el paciente proporciona es cuestionable, ya que no se puede comprobar fuera de las sesiones de trabajo.

Hay que reconocer, no obstante, que lo que se versa en la literatura, en esa vía, puede estar en función de la investigación y de los propósitos y alcances de las mismas, sin ser precisamente coherentes con lo realizado por cada autor, y por cada terapeuta, en su ejercicio profesional.

Debe apuntarse también, que las variables del terapeuta entendidas como categorías comportamentales ponen en juego habilidades académicas como personales y deben servir solamente como una guía sobre lo que necesita una persona que solicita la ayuda del profesional y, rompiendo con algunos esquemas formativos y personales, para la formación de profesionales en esta área, claro está que no como recetario, sino más bien como ilustración de lo que se permea en la psicoterapia. Se evidencia así la necesidad de ampliar los conocimientos académicos y culturales de los estudiantes en psicoterapia, para poder tener una mayor apertura hacia los temas de los que hablen los diferentes pacientes que lleguen a solicitar terapia.

Finalmente, cabe preguntarse algo que se bosquejaba a lo largo del trabajo, y en las líneas anteriormente expuestas ¿deben formarse categorías conductuales ideales del terapeuta para el ejercicio psicoterapéutico? ¿debe tratar de objetivizarse y nombrarse todo lo que sucede en la terapia? La tesis actual sostiene la idea de que no, pues de

tal forma se expone a quitar mucho del contenido intersubjetivo que es propio de la terapia, y someterlo así a la influencia de las ideas que apuestan por la existencia de una sola verdad para todas las personas y la normalidad exigida para las mismas. Tal situación queda claramente evidenciada en el apartado de los factores no específicos, del mismo capítulo, y en el capítulo cinco que habla sobre el vínculo terapéutico, la transferencia y el estilo terapéutico.

La tesis presente sostiene que pensar en la categorización de los comportamientos ideales que un terapeuta debe poseer para que su ejercicio sea exitoso es un trabajo infructuoso. Con ello se obligaría al terapeuta a olvidarse de su condición de ser humano para colgarse la casaca de profesional todopoderoso y omnisapiente. Existirían recetarios de como ser y como no ser en diferentes situaciones, con diferentes pacientes. Se velaría el estilo, para ponderar el desenvolvimiento voluble del terapeuta.

Además, se cuantificaría lo cualitativo, dejando de lado un amplio espectro del manejo lingüístico, intersubjetivo, de la relación entre dos personas. Reafirmaría la suposición de la existencia de cuatro elementos en la terapia (terapeuta, paciente, técnicas y problema) olvidando por completo la conjunción de los dos participantes y forzando a conceptualizar la vida de la persona.

Y aunque todos los modelos teóricos afirman no invitar al desempeño mecánico y sin sentimientos, esperan que para poder ejercer, un futuro terapeuta neutralice su participación y aprenda y domine determinadas conductas para emplear en su práctica.

Al recapitular, la psicoterapia es medida en tanto su éxito, en tanto sus objetivos alcanzados. Aunque como tal no debe ser medida, pues en ella convergen

demasiados aspectos subjetivos de los participantes, el terapeuta y el paciente, formando un espacio único que tampoco es reconocido como un elemento más, aunque sí se espera que cumpla con ciertos objetivos planteados implícitamente: la salud y el beneficio del paciente. Se cree que estos fines permanecen al margen de las interpretaciones y valores del terapeuta. No obstante obedecen a un margen planteado por tradición cultural de normalidad y son llevados por ese camino. La alteridad sólo es entendida como susceptible de ser o no llevada a la senda del común denominador, establecido por los requerimientos sociales o de poder, bajo el ordenamiento del todo humano. Lo no susceptible de corrección es marginado institucionalmente.

Ante tal situación el terapeuta no permanece inmóvil, sino que se convierte en un instrumento del sistema capaz de señalar y regular lo que es adecuado y lo que no. En sus manos está la responsabilidad de la vida de otras personas que queda pues segmentada a lo que se espera de ella, anteponiéndole conceptos a cada elemento de su visión de mundo. Las patologías y la locura encuentran aquí la oportunidad de ser sustentadas.

Por ello se exige que el terapeuta posea una vinculación con algún módulo de conocimientos, médicos, psicológicos o psicoterapéuticos, para que opere con base en ellos. Sin embargo, esta oportunidad no puede quedar restringida únicamente a estos profesionales sin que se permita la participación de otros profesionales o paraprofesionales. Esta reflexión puede dar cabida a la respuesta, en dos lugares diferentes.

La primera, como afirmación del planteamiento arriba expuesto nos llevaría a pensar en torno a la problemática lineal a que se ha venido sometiendo la psicoterapia y que Watts (1992) atribuye a las raíces etimológicas del término; es decir, en un intento de

objetivizar el ejercicio psicoterapéutico, las divisiones del saber médico-científico hacen uso del prefijo "psi" cuya traducción debe entenderse como "mente" y así la psicoterapia queda nuevamente lejos de cualquier objetivización. La segunda, como negación amplía el campo de reclutamiento ya que así cualquier persona puede llegar a ser psicoterapeuta, tal como lo apunta Freud (1985) en tanto ser analista, aunque de origen haya recibido formación como sociólogo, filósofo, sacerdote, enfermera o inclusive no tener estudios superiores previos. La reserva es que en este caso se exige poseer conocimientos de la teoría psicoanalítica además de un pasaje previo por el diván.

Lo cierto es que la sola idea de esta posibilidad asusta a muchos que permanecen en aras de la primera opción, pues se encontraría así inútil la existencia de alguna o toda corriente teórica habida y por haber.

Esto no quiere decir que no se necesiten modelos desde los cuales entender lo que ocurre dentro de la terapia y lo que el sujeto dice en torno a su vida. Más bien se aboga por el uso del propio ser del terapeuta en vez de las traducciones y encasillamientos forzosos de la historia de la persona, en las redes conceptuales.

Si no fuera el caso se ponderaría en atribuir propiedades valorativas a la psicoterapia, y de dominio volitivo a las técnicas y variables. De las primeras no se espera mayor resonancia más allá de lo que se valida desde ellas: el ejercicio y existencia de determinados grupos. De las segundas se pueden acarrear vicios por el uso indiscriminado de ellas y por la omisión de otras cosas que pueden estar jugándose con ellas, como los valores de los participantes.

En efecto, las técnicas surgidas del laboratorio o asimiladas por la ciencia desde lo empírico, no son sensibles a todo lo que sucede ni siquiera en un momento particular.

Como tampoco una categoría de comportamiento, armada desde el escritorio, puede asegurar el objetivo para el cual está pensada.

Por ejemplo, vestir o saludar de cierta manera no dispone un determinado espacio humano. Eso está en manos de lo que se evidencia, en el decir y no decir, en todo el juego subjetivo que construyen en el momento psicoterapéutico el terapeuta y el sujeto.

Por eso se piensa que más allá de la técnica o de las variables de alguno de los participantes se halla la conexión de las cosas entre sí, y el análisis de tal fenómeno, más no su evaluación, debe darse desde el reconocimiento de la experiencia, intelectual y afectiva, que se da en la síntesis de todos los elementos de la terapia. Pues sólo desde ahí la terapia se convierte en el arte que es. No un arte de curar o ayudar, pues eso colocaría a la persona, al sujeto, en la suposición de que no es capaz de hacerlo por sí sólo. Es, más bien, como un arte de escuchar y de co-participación reflexiva.

Quizás, entonces, valga la pena cuestionar alrededor de la posible eliminación de la mutua desacreditación y exclusión de las posturas enumeradas en aras de la creación de un espacio reflexivo que formule los argumentos pertinentes para su integración, donde no se delimiten la influencia del terapeuta y no se objetive lo subjetivo que está presente y permea todo el proceso terapéutico.

Así, en el apartado titulado factores no específicos se da pie al análisis de algunos aspectos señalados en otros capítulos del actual trabajo. Estos se refieren, concretamente, a la ética y el vínculo terapéutico. La existencia puntual, y como tal señalada, de estos factores encuentra su fundamento teórico en el trabajo de Gavino (s/a) quien afirma que las cualidades inherentes a una relación humana, satisfactoria,

que afecta positivamente al individuo que acude a terapia son los determinantes de los resultados terapéuticos. Dentro de tales cualidades se han incorporado a los elementos de la triada rogeriana, la empatía, la aceptación y la autenticidad, como elementos, si no suficientes si necesarios, para que la terapia consiga sus objetivos.

Lo más importante de los factores no específicos lo constituye el hecho de ser cualidades inherentes a toda relación humana. Lo que piensan, sienten y hacen los individuos respecto a un otro, en el caso de la terapia sentado frente a él, o a un momento o evento específico. Mucho de esto permanece velado para gran parte de los teóricos y sólo es experimentado por quien a sí lo vive. En ello radica la dificultad de definición de tales aspectos pues tratan sobre la verdad que cada uno construye en torno a su vida.

Sin embargo, por comodidad para el análisis e ilustración se expusieron, en capítulos separados la ética y el vínculo terapéutico, pues se consideran estos como factores no específicos por lo que se profundizará un poco más en ellos.

La ética vista como variable del terapeuta resulta, en apariencia, exclusiva de él. Aunque no se discute el hecho de que él sea el primer responsable del camino moral que conduzca al beneficio del paciente, la ética de la terapia no puede entenderse sin la participación de éste último. Resulta claro que ante cualquier obstáculo que lo beneficie, el usuario debe hacerse participe del proceso y evidenciar su descontento hacia el terapeuta o, si el caso lo requiriera, hacia las instancias pertinentes, sean estas legales o profesionales. En efecto, el paciente puede manifestar cualquier práctica no ética ante las autoridades o ante las organizaciones, que dan crédito y validan el ejercicio profesional del terapeuta, que ha incurrido en su agravio. Las formas que comunmente se señalan como posibles de ser elicitadoras de daño hacia el paciente van desde las que escapan a la voluntad del terapeuta hasta las que son

claramente viables de su dominio. Más concretamente, un paciente puede acusar a su terapeuta de no haber cumplido los objetivos de su terapia, hasta de haber sido el orquestador de las situaciones que promuevan relaciones sexuales con él.

Antes de proseguir deben analizarse algunos puntos que cuestionan a la ética de la psicoterapia y así entender el contexto que conlleva a estas situaciones, si no esporádicas, si extremas.

La ética implica dos cosas: el estudio de la moral y la encarnación de los valores morales. La ética de las ciencias de la vida es la bioética y de ella se deriva la ética propia de la disciplina psicológica, la psicoética. Cada profesión posee, en este orden de ideas su propia ética, encaminadas todas a señalar el carácter que debe ser asumido para el buen curso de las sociedades, bajo los términos de licitud y validez. El "ethos" de una profesión, por tanto, es el conjunto de actitudes, normas y maneras de juzgar las conductas morales de quienes la ejercen.

La primera duda que surge al calce de tal afirmación interroga por la existencia de cursos que promuevan el conocimiento del "ethos" en cada disciplina que se imparte en las escuelas. Éste aspecto no debe ser entendido como exclusivo de las llamadas ciencias humanas sino también de aquellas que por tradición se señalan como exactas. Es pues ilógico pensar que debe promoverse con mayor énfasis la enseñanza de ética para los estudiantes de medicina o psicología que para los estudiantes de física o química, pues si bien los primeros hallan como campo de trabajo lo humano, y como tal estará sometido al contacto con personas, los segundos encuentran como área de especialización el mundo físico actual y con ello, por ejemplo, serios problemas de contaminación. Esto los enfrenta a unos a reflexionar sobre su trabajo con las personas y a los otros sobre su trabajo con la naturaleza ¿Pero en realidad la enseñanza de la ética se procura en la formación de los futuros profesionales?

además, ¿el "ethos" profesional evoluciona junto con los requerimientos del campo de trabajo de cada profesión? ¿se ha intentado promover la enseñanza de una ética integral para las profesiones que compartan elementos de un mismo campo de trabajo?

La experiencia indica que no. La enseñanza de una disciplina en particular implica altos costos, en material humano, físico y financiero. Por lo que resulta casi imposible designar la enseñanza ética a espacios específicos. Los intereses puestos en la mesa se unen al desconocimiento, que tienen los responsables de la formación de los profesionales, sobre la importancia de promover la reflexión ética en sus pupilos. Se dice reflexión, puesto que al ser derivada de la filosofía, la ética es personal y no puede escriturarse con el carácter de leyes universales. En las aulas más que promover la reflexión ética se comulga por la cuasi imposición de los códigos que dicen regular el ejercicio de algunos grupos dentro de una disciplina en particular.

Los códigos éticos se escrituran en momentos particulares, bajo la influencia de corrientes de pensamiento específicas, por lo que no debe generalizarse su uso en otros tiempos. Además, se realizan con base en la experiencia de algunas personas, lo que no obliga a otras a seguir tales lineamientos. La regulación de una profesión a través de los códigos sedimenta el trabajo reflexivo que cada profesional debería realizar sobre su desempeño, desde su formación. Así se pretende, por ejemplo, que en la psicoterapia un psicólogo se olvide de ser persona para colocarse en el nicho de profesional, gestándose ahí el problema ético, punto que se retomará más adelante.

Las principales limitantes de los códigos son que pueden hacer pensar que la responsabilidad moral del profesional se reduce a cumplir sólo lo que está explícitamente escrito o prohibido; que pueden llevar a privilegiar, erróneamente, la valoración psicólogo-persona sobre la relación psicólogo-sociedad; y que pueden dar

importancia a ciertos principios morales dejando de lado otros. O peor aún, someter a la relación profesional-cliente todo lo que debería ser sustentado en una relación entre iguales, entre persona y persona.

También, en muchas de las ocasiones, los profesionales de una disciplina determinada que trabajan con otros, expertos en otra disciplina, atribuyen los posibles errores y lagunas presentes en su ejercicio a sus compañeros, haciendo áspero el trabajo y difícil su curso. Se posibilita más un trabajo competitivo que cooperativo.

Retornando al ámbito de la psicoterapia, tal cuestión debe ser tomada con sumo cuidado pues es sabido que en muchas ocasiones su trabajo se conjunta con el de los médicos, psiquiatras o abogados y lo que está de por medio es la vida de una o varias personas.

El trabajo presente expuso los tres principios básicos de la psicoética. Ninguno es independiente de los otros y al fin de cuentas pugnan por el bienestar de la persona que consulta al profesional de la psicoterapia, por lo que no se puede garantizar la importancia en mayor grado de alguno de ellos. En efecto, la beneficencia, la autonomía y la justicia son cosas que en todo momento se dicen promover dentro del espacio de la terapia.

No obstante, permanecen constantes algunas preguntas que interrogan por el sentido en el que el psicólogo entiende estos principios. En otras palabras: ¿desde dónde se entiende el beneficio del paciente? ¿desde dónde su autonomía? ¿cómo se pretende igualar sus oportunidades en la sociedad?

En otra parte de las conclusiones se habló de la incapacidad de entender la salud y bienestar de un persona de forma ajena a lo que socialmente se espera de ella, de

forma contraria a los estándares sociales, por lo que no resulta confuso que los principios que abogan por la autonomía y el beneficio de una persona sean señalados en el mismo sentido. Lo que sí es motivo de asombro es que el terapeuta no concilie ni siquiera en esta idea. Efectivamente, en no pocos casos el terapeuta encauza su acción interventiva hacia la concordancia entre las acciones del paciente y su visión de realidad, por ello la situación permanece sometida a serias cuestiones.

Y, reformulándola, bien cabría pensarla en otro sentido: ¿es menester del terapeuta ceñir al paciente a la idea una autonomía dentro de los estándares sociales? La respuesta no es tan sencilla, pues para el alma revolucionaria resulta ilógico promover el beneficio y la autonomía al margen de las exigencias sociales, y la opción sería más bien consensada en términos de buscar la autonomía de la persona aún a costa del señalamiento social. Pero, en otro sentido, tal percepción evocaría, en algunas mentes, a un caos e ingobernabilidad entre las personas.

En lugar de colocarse en uno u otro extremo, el terapeuta debería mostrarse como persona, dejando de lado la creencia de que como profesional es omnisciente y omnipotente, y posibilitar que el mismo sujeto construya las reflexiones y el curso de su vida futura.

A menudo se registra, en la formación profesional, que es conveniente que el terapeuta posibilite la individuación del cliente que solicita sus servicios. Sin embargo, la apertura total en cuanto a la información es incompatible con esta idea, pues el ocultamiento de datos señala un límite entre ambos y de éste modo los individualiza. Ni uno ni otro participante pueden verse obligados a hacer tal o cual cosa. Más bien, el terapeuta debe apostar por mostrarse como persona para que el otro haga lo mismo, y en esa medida, en ese contexto, analizarlo.

Otro elemento ético de la psicoterapia, punto de crítica, es el manejo de la información. Señalado dentro de las normas psicoéticas por las reglas de confidencialidad, veracidad y fidelidad, es de suma importancia pues de ella depende la percepción que tenga cada participante hacia su compañero de terapia. Es lógico suponer que las posiciones dentro del espacio terapéutico posibilitan que el profesional se encuentre desfavorecido, puesto que es blanco de las cosas que le cuenta el paciente que muchas veces son falseadas, con menor o mayor grado de intención. Sin embargo su rol lo coloca también en un lugar privilegiado en el que puede obtener información pronta y veraz.

La pregunta que sustenta la existencia de las normas psicoéticas cuestiona el punto hasta el cual el terapeuta se aprovecha para su propio beneficio de su papel dentro del proceso. En efecto ¿quién obtiene mayor beneficio por el cauce de información de la vida del paciente, él mismo o el terapeuta?

Se espera, por un lado, que el principal beneficiado sea el paciente, puesto que lo que él diga será empleado para que el terapeuta se configure un panorama general de lo que a aquél le aqueja, y sólo en esa medida llevar al cabo su estrategia de intervención. Pero por otro lado permanece constante la duda en torno al uso que se hace de la información, puesto que si fuera el caso de que ésta no obedezca a encauzar al paciente a su bienestar, se puede pensar que es sólo para alimentar la apetencia curiosa del terapeuta.

Al margen persiste la pregunta sobre la validez de la información que otorgan ambos participantes. Por supuesto que se espera, por un lado, que el terapeuta no mienta al paciente, pero debe entenderse que en muchas de las veces lo que dice el terapeuta dentro de la terapia sólo puede ser valorado dentro del contexto bajo el cual se formula una situación determinada y bajo el cual se permea su significado; mientras que por

el otro, se dice que de la habilidad que el profesional demuestre, dependerá la veracidad con que se evidencie el paciente. Sin embargo esta afirmación debe tomarse con cuidado pues la forma en que el paciente se revele no es la responsabilidad del psicólogo, a pesar de que si sea menester de él generar un clima de confianza y respeto que favorezcan el intercambio de información veraz.

Además, si se agrega el hecho de que existen situaciones, expuestas en su momento, en las cuales el terapeuta se ve obligado a revelar lo que sucede en terapia a personas ajenas al proceso, la situación se complica.

Es cierto, el texto proporcionó lo que en opinión de algunos autores son situaciones en las que el profesional puede verse comprometido a revelar aspectos del tratamiento, incluido el diagnóstico, a otras personas ajenas a la terapia. Una de ellas, se dice, es cuando está de por medio la integridad de la sociedad en conjunto. No es imposible que en algún momento de su carrera profesional el terapeuta se enfrente a un individuo que tenga en mente atentar contra la vida de otras personas. ¿Debe entonces el terapeuta revelar esta situación y pedir el apoyo de otros profesionales?

La respuesta es clara, no. Las acciones que se decidan emprender para salvaguardar la integridad de otras personas ajenas al proceso psicoterapéutico, no son, al menos en el momento terapéutico, responsabilidad del psicólogo. Responder de esta forma sería una clara identificación con lo que la persona reporta, y es ahí donde se corre el mayor riesgo, pues la certeza de tal información no es total y denunciar al paciente de sus "supuestas intenciones" podría acarrearle un verdadero problema social y legal. El terapeuta puede entonces recurrir a una reformulación de su estrategia de intervención o bien renunciar al caso, independientemente del momento en curso de la terapia. Pero lo que debe ser nítido es que cuando se decide tomar cualquier paso, debe ser bajo una correcta confirmación de los hechos

vaticinados o buscados por el paciente y sólo bajo éste tomar con cautela las soluciones correspondientes.

En no pocas ocasiones aquello que tanto el psicólogo como el paciente entiende como "hacer el bien y evitar el daño" es diferente y aún opuesto. Hay personas con respecto a las cuales el psicólogo sabe que están atentando de diversas maneras contra su propia integridad física (drogándose, prescindiendo de la diálisis, intentando el suicidio, etcétera). Las acciones que surjan con ello no justifican que el psicólogo presione o coaccione a tales individuos para que abandonen sus intentos de autodestrucción en contra de sus voluntades.

Las circunstancias que merecerían evaluarse una por una para ver si se justifica en esos casos la ruptura del secreto profesional, dependen del análisis de cada profesional, en ejercicio o en formación.

Todo esto compromete al terapeuta a ser coherente entre lo que promete y lo que hace, en el proyecto interventivo. En esto, y en lo anterior, el paciente puede tomar parte activa y exigir, al terapeuta, si ese fuera el caso, la concordancia entre las promesas hechas y lo obtenido durante el tratamiento o al final de éste.

En otras palabras, el paciente elige qué decir y qué no a su terapeuta, en virtud de la profundidad de vinculación, empatía y confianza que exista entre ellos. Y si esto sucede así, es más lógico pensar entonces por qué se afirma que el paciente tiene la libertad de decidir si su información personal será revelada y en qué medida.

Debe reconocerse que en ningún momento el terapeuta puede estar amparado por su accionar "no ético" en aras del bienestar del paciente; y que su papel le exige ser coherente entre lo que promete y lo que hace para obtenerlo, así como ser capaz de

reconocer sus habilidades y limitantes, técnicos y humanos. También debe tener claro que su rol le sitúa en un lugar determinado y que por tanto debe ceñir su actividad a no abusar de éste para generar situaciones innecesarias para su trabajo interventivo, para someter al paciente a una visión de mundo ajena a la suya propia, o para saciar sus intereses particulares. Es así que se pondera el hecho de que si bien la relación terapéutica se sustenta por la relación entre dos humanos, ésta última no queda exenta de las responsabilidades morales atribuidas a la primera.

Recapitulando, la ética es una disciplina filosófica y como tal su extensión y uso depende de la reflexión que se haga de sus supuestos. Su carácter es universal -al menos para los ojos de occidente- en tanto agrupa al grueso de los valores morales, que son parte del ser humano, por construcción lingüística y cultural, y sólo en ese sentido. Es universal sólo por ser susceptible de la dinámica analítica y re-construtiva del método filosófico. Más sus preceptos no son en ningún momento trascendentes más allá de la apropiación que cada sujeto haga de ellos. Al referirse, entonces, al modo subjetivo con que una persona encarna los valores socioculturales, no puede señalarse con ello que la ética regule, con criterios universales, lo que está bien y lo que no. La ética es, entonces, también la concepción que cada individuo posee acerca del qué y cómo existen en su desenvolvimiento social, al margen de ser la disciplina que cuestiona a las respuestas al respecto otorgadas. Su matiz individual, subjetivo, único e irrepetible recobra con esto mayor firmeza.

Debe reconocerse el momento en el que la ética se convierte en un problema para una profesión. En el caso de la psicoterapia, considerar que la ética es la generadora de los lineamientos necesarios a cumplir en el trabajo con las personas, genera desempeños específicos. Lo mismo sucede si se equipara a la ética con esos lineamientos: "la ética es la manera en que uno debe comportarse".

El terapeuta desde ahí se convertiría en el profesional preocupado por salvaguardar, para su trabajo y para la vida del otro, tales o cuales perfiles de normalidad. Pero, si la ética es, en tanto subjetiva, la asimilación de una forma particular de llevar a cabo las relaciones sociales, el terapeuta debería estar más preocupado por la manera en que él lo hace más que en pensar que existen leyes universales al respecto y si su ejercicio y las demás personas se ciñen a ellos.

Al psicoterapeuta, en tanto formado institucionalmente, le cuesta trabajo desprenderse de sus raíces y aceptar que lo ético está en todo lo que refiera al hombre como especie. Que no puede decirse que algo de una persona sea no ético, pues sería como decir que pueda existir lo no moral, lo no subjetivo, lo no humano en el hombre. Así como tampoco puede medirse en términos cuantitativos, puesto que su carácter es netamente cualitativo. Todo lo que realice una persona es ético pues es su forma particular de ver el mundo. Si otro individuo no concuerda con esa visión, su derecho de enjuiciar las percepciones del primero serán sólo particulares y en ningún momento de validez universal, puesto que está sometido a las mismas reglas. Ni siquiera en aras de ser lo comúnmente aceptado por la sociedad.

Así, por ejemplo, un terapeuta es libre de aceptar, si así lo decide, en el espacio de la terapia a un amigo o a un familiar. De igual manera que llevar la relación que se establezca con los sujetos por cualquier camino. En todos los casos, bien valdría anteponer el análisis alrededor de los motivos que lo mueven a hacerlo de esa manera.

Las interpretaciones que haga un terapeuta sobre aquello que la persona le cuenta no son motivo para que revele esta información fuera del espacio de la terapia. Si un individuo desea casarse y no ha revelado a su futura pareja estar infectado de VIH, si decide atentar contra su vida o la de otros, no es responsabilidad del terapeuta informar al mundo de ello. Convertir tales cosas en la materia de trabajo de las

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sesiones de terapia puede ser más reconstructivo para la persona que "procurar su bienestar o el de otros". En primer lugar lo que dice un sujeto en un momento dado, se ve influenciado por lo que sucede a su alrededor. En segundo, la interpretación que hace de esto el terapeuta, puede ser totalmente diferente de aquella que sustenta el discurso del otro, y éste casi siempre permanece velado. Tal accionar pretende encasillar, de nueva cuenta, al trabajo terapéutico como procurador del bienestar, al bienestar como aquel esperado por el común de la sociedad, a la vida y acciones de la persona en los estándares culturales, y al terapeuta como profesional-herramienta del sistema.

El terapeuta debiera dejar que el otro hable y haga lo que así desee, aquello con lo que él no profese puede ser aclarado frente al otro o analizado por él en la privacidad y así tomar decisiones de intervención o curso de la terapia. No se espera que el terapeuta acepte al otro totalmente, pues como persona está en la libertad de hacerlo o no, sino que si pretende que el otro se evidencie no es una muestra de confianza revelar la información que se le ha proporcionado en las sesiones. No debe olvidar que él no es un Dios para decidir y enjuiciar las acciones de los demás, es una persona susceptible del mismo proceso, inmerso en la heterogeneidad de concepciones de mundo y filosofías de vida. Es simplemente un hombre o mujer más.

Asegurar la pertinencia por configurar códigos éticos que regulen el trabajo terapéutico no es más que una trampa. Con ello se valida el trabajo clínico y casi en consecuencia la profesión. Además, estructura las bases que sustraen de responsabilidad al terapeuta para depositarla en un perfil ideal de acción.

Debe reconocerse que en ningún momento el terapeuta puede estar amparado por su accionar en aras del bienestar del paciente. Que su papel le exige ser coherente entre lo que promete y lo que hace para obtenerlo, así como ser capaz de reconocer sus

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

habilidades y limitantes, técnicos y humanos. También debe tener claro que su rol le sitúa en un lugar determinado y que por tanto debe ceñir su actividad a no abusar de éste para obtener información innecesaria para su trabajo interventivo, para someter al paciente a una visión de mundo ajena a la suya propia, o para saciar sus intereses particulares. Es así que se pondera el hecho de que si bien la relación terapéutica se sustenta por la relación entre dos humanos, ésta última no queda exenta de las responsabilidades morales atribuidas a la primera. El terapeuta no debe perder el sentido de ser un ser humano, sobre el ser profesional.

Por esto se corroboró el interés por incluir en el presente trabajo un capítulo que hablara del vínculo terapéutico. Expuesto en el capítulo cinco el vínculo o alianza terapéutica puede entenderse desde dos diferentes lugares. Uno, desde la perspectiva de las variables del terapeuta y del paciente, señala al vínculo existente entre estas dos personas como aquel que apunta los acuerdos entablados en torno a los procedimientos del espacio terapéutico y las manifestaciones de empatía que puedan existir entre ambos participantes. Otro, coloca al vínculo o alianza terapéutica como otro factor no específico de la terapia haciendo caso de que es la relación lo que cura (Yalom, 1998b), lo que posibilita la generación de sentimientos dañinos en los pacientes (Grunebaum, 1986), lo que facilita o dificulta la comunicación entre los participantes de la terapia (McCluskey, 1997), lo que puede acelerar la transformación de los estados anímicos del cliente (Straker y Becker, 1997), y lo que potencia la espontaneidad (Minuchin y Fisman, 1999) y creatividad del proceso terapéutico (Yalom, 1998).

La alianza terapéutica entonces no obedece, únicamente, al quehacer técnico del profesional de la salud mental. No se debe entender como la destreza estratégica de hacer uso de acuerdos escritos o no escritos de las metas, procedimientos o requisitos posibles en el proceso psicoterapéutico, que se establezcan de común acuerdo o que

TESIS COM
FALLA DE ORIGEN

se impongan por parte del psicólogo. Más bien debe entenderse como el encuentro humano donde una de las personas (generalmente el paciente) se reconoce a sí misma -por previo señalamiento o influencia social- como más problematizada que la otra, por lo que pide su ayuda.

Esta visión, que sustenta la tesis actual, pondera el papel del psicoterapeuta de forma dual; observa, al mismo tiempo que participa en la vida de sus pacientes. Desde el primer lugar pretende ser lo suficientemente objetivo para dar la guía necesaria al paciente. Desde el segundo, debe entrar en la vida del paciente. Esta situación en muchas de las veces modifica su visión de mundo puesto que, al escoger entrar plenamente en la vida de cada paciente, queda expuesto a las mismas cuestiones existenciales de la persona y a la examinación y análisis con las mismas reglas de investigación y paradigmas teóricos que él emplea en la terapia.

Pero la duda que surge junto con las ideas expuestas es: ¿cuál de ellas se procura en las aulas formativas de los profesionales de la psicoterapia? Mejor aún, si la literatura y experiencia señala que la mayor parte de las veces el psicoterapeuta se forma como psicólogo clínico ¿qué idea se permea en la formación de los psicólogos? Se expuso que para ser psicoterapeuta no se requiere estudiar psicología, sino que bastaba recibir un entrenamiento basado en los conocimientos básicos del proceso psicoterapéutico para que una persona pudiera ejercer la psicoterapia. Se dijo también que en el caso del psicoanálisis, la teoría sugiere que para que una persona se convierta en analista requiere someterse a su propio análisis supervisado. Por ello se considera que dependiendo de la corriente teórica es que se supone una idea específica en lo que a vínculo o alianza terapéutica se refiere. Pero la cuestión se complica cuando se supone que el sólo entrenamiento en psicología acredita a un profesional como apto para trabajar terapéuticamente con personas.

La experiencia ilustra que al término de la formación académica, el psicólogo, en algunos de los casos, no posee ni siquiera una clara definición hacia un marco teórico o epistemológico bajo el cual sustentar su trabajo. En otras tantas no ha tenido experiencias en el campo aplicado sean estas supervisadas o no. Y, en otras, no posee el conocimiento teórico o vivencial para hacer frente a diferentes problemáticas con las que puede verse enfrentado. Por eso la cuestión arriba planteada se complica aún más.

Lo que es cierto es que el terapeuta debe tener claro que la alianza terapéutica es un hecho registrado y sustentado por diversos teóricos y prácticos, a lo largo del collage literario psicoterapéutico. Además, de que el grado en el que haga recaer en la alianza su práctica profesional, dependerá de la posición que asuma en torno a un marco teórico o epistemológico particular.

Como se expuso el vínculo terapéutico contempla la alianza de trabajo. Ésta alude a la colaboración entre el terapeuta y el paciente que tiene como propósito conseguir las metas acordadas a lo largo del proceso terapéutico. Si bien esto ha sido valorado en mayor o menor medida, durante el tiempo de existencia de la psicoterapia, es momento que se reconozca, casi al unísono, que la alianza de trabajo es un prerrequisito necesario para que tenga lugar el proceso terapéutico.

Lo que también debe reconocerse es que tal vinculación no causa en sí misma el cambio, sino que favorece a que se generen las condiciones necesarias para que el terapeuta logre vencer el desafío de ganarse la confianza del paciente, y le transmita un sentimiento de aceptación, respeto, cooparticipación e individualidad. Por tanto debe quedar claro que la alianza de trabajo proporciona la ocasión para el intercambio subjetivo de los participantes, a la vez que es por medio de la cual se pueden generar indicadores importantes del cauce de la misma terapia.

Otro aspecto que resulta aparejado con el vínculo y la alianza de trabajo es la manera en la que cada uno de los participantes perciben y sienten al otro. Tal fenómeno reconocido como transferencia y contratransferencia responde a las imagos con las que una persona se identifica. Esto es, la transferencia responde a las emociones reales con que la persona se vincula con lo que representan aquellas personas significativas en su vida, que es lo que debe entenderse como imago.

Lo más importante de tal fenómeno es que el terapeuta no se crea el papel bajo el cual lo sitúa una persona en una situación particular. Efectivamente, la tarea del terapeuta es evitar reforzar el estilo de interacción interpersonal del paciente y servir de cómplice a las imágenes de esas personas significativas en su vida. Debe, por el contrario fomentar el comportamiento independiente de la persona consultante, porque de responder de forma predictiva para él, de creerse el rol que le es asignado, sería una derrota para la cura o lo esperado en terapia.

En efecto, la vida del sujeto corre el riesgo de ser soslayada a la del terapeuta, esto es, la derrota de la cura se presenta cuando al sujeto no se le da oportunidad de ser, y no cuando no se le consiguió establecer en determinado patrón de normalidad.

Es un hecho, empero, que por su papel los terapeutas se cuentan dentro de las personas crédulas, por lo que no debe señalarse con demasiada rigurosidad el hecho de haberse contratransferenciado o no con los sentimientos de su paciente. Su responsabilidad primera y última radica en el grado en el que contribuye a tal proceso, pues es transparente que hasta ciertas palabras y afirmaciones se prestan a una interpretación romántica y alientan al paciente a albergar esperanzas y a repetir lo hecho previamente con otras personas o médicos. Tal situación debe someterse a un análisis más riguroso. Por el momento resta repetir la sugerencia del psicoanálisis al respecto: considerar los sentimientos del paciente para con el terapeuta como no

reales, por lo que debe evitar corresponder con actitudes o palabras el lugar en el que se ve situado desde los ojos de quien le consulta.

Es lógico entonces que el vínculo terapéutico impone a sus participantes compartir sus sentimientos, en el momento y espacio adecuado para dar la impresión de que son uno sólo. Efectivamente, el intercambio personal, la autenticidad y la empatía tienen lugar cuando ambos participantes comunican y "sienten" sus experiencias en un aquí y ahora en la medida que trabajan por la consecución de metas comunes. Al margen de tal fenómeno permanece la necesidad de ser aceptado por el otro, lo que requiere que el terapeuta y el paciente se comporten en la misma medida: aceptándose mutuamente dentro de los márgenes que no afecten el curso de la terapia.

Otro de los aspectos sumamente controvertidos y comentados en este trabajo es el estilo terapéutico. Su definición no puede ser cerrada y absoluta, sino conservarse abierta a reformulaciones y a la personalidad de cada terapeuta. Por cuestiones académicas y formales se dice que el estilo terapéutico es la manera en la que el terapeuta apropia lo que a su entender debe ser la práctica psicoterapéutica. Implica el dominio técnico al grado tal de olvidarlo para dejar lugar al movimiento espontáneo del profesional. Conlleva al movimiento cómodo del espacio, las estrategias y las emociones de ambos participantes. No requiere de un entrenamiento formal, más bien tal adiestramiento debe encauzarse al olvido de lo académico y formal en aras de desarrollar la experiencia, y por ende la intuición, que va acuñando determinada manera de encauzar el ejercicio profesional.

El estilo, no obstante, no desdeña el apego por los principios psicoéticos básicos, pues debe recordarse que estos deben ser constantes a lo largo del proceso terapéutico. El estilo sí debe implicar, en cambio, el pleno conocimiento de que, conforme el tiempo de la terapia va avanzando, el terapeuta conoce menos de lo que le sucede a la

persona que le consulta, pues el estilo se sitúa desde la demanda de felicidad y ésta depende de la verdad del paciente, y de ella el terapeuta sólo puede tener una ligera noción, pese a las opiniones contrarias.

Puede pensarse entonces sobre cuál es el papel del psicoterapeuta en un lugar del que nada sabe. La respuesta, una vez más, no es sencilla. Quizás la más cercana es la que apuesta por el manejo de la metáfora en la generación de un espacio en el que la persona puede ser y evidenciarse como tal, desde el cual pueda interrogarse a sí misma y a su mundo pasado, presente y futuro. Claro es que en ello, el terapeuta más que comportarse como pantalla en blanco, al estilo más ortodoxo del psicoanálisis, debe pensarse como otro ser humano sujeto a las mismas cuestiones existenciales que aquejan a quien le consulta.

Esto no quiere decir que el terapeuta deba compartir e imitar las reacciones emocionales del paciente, sino que debe entenderlas como las que él mismo pasa o puede pasar en algún momento de su vida. No quiere decir tampoco que tiene que vivir todas las situaciones a las que se someten las personas que son sus pacientes - ingerir drogas, casarse, divorciarse, etcétera-, para así poder entenderlos, más bien debe obedecer al hecho de que saber que tales situaciones existen y son vividas y significadas de forma diferente por cada persona al grado tal de que, en ese sentido, diseñaran su vida.

En suma, el estilo es aquel proceder, con cualidades específicas, que conforma el psicoterapeuta. Es también un modelo donde no existe referente que sea indiferente a la percepción del terapeuta, y desde el cual se desdén a la técnica para dejar espacio a la apertura hacia las diferentes verdades. Es un lugar en el cual se pone en juego la verdad, y no así el conocimiento, de uno y otro participante, sin confrontación, sólo como un estar ahí. Desde el conocimiento, la técnica se erige como la más

apropiada. Pero al hablar de lo vivenciado y experimentado, de lo que hace y por lo que vive la persona, es plantearse desde el cuestionamiento por la verdad. Cuando el terapeuta se mueve desde la técnica lo que hace es traducir la verdad del otro, por lo que resulta muy cómodo.

La dificultad que se presenta cuando salta la interrogante sobre quien es dueño de las vivencias del otro, el mismo paciente o la instrumentación psicológica y el uso que se haga de ella, deja de existir. Pues el único dueño de la verdad del otro es él mismo, por lo que nadie más puede asegurar tal o cual cosa de ella.

Con todo lo hasta aquí expuesto es posible suponer que el momento en el que termine la terapia no sea del todo claro o signifique un momento áspero y de difícil emprendimiento.

Semánticamente, la terapia concluye cuando el terapeuta y el paciente ya no se encuentran en los espacios de trabajo o bien cuando están cumplidas dos condiciones principales: que el paciente no padezca de los síntomas o no se queje de los motivos que lo llevaron a solicitar el apoyo del profesional, y que el terapeuta juzgue haber hecho lo pertinente para eliminar el problema de la persona.

Se revisó en esta tesis que en la psicoterapia se desarrolla un estado psicológico en el cual el paciente transfiere emociones de su vida a la figura del terapeuta, fenómeno llamado transferencia; a su vez que el profesional, sin llegar a corresponder a los reclamos emergidos de la transferencia, lo que se llama contratransferencia, establece en la relación cualidades propias de su personalidad, de sus pensamientos y de sus sentimientos, en suma, de su deseo. Situación que dificulta la delimitación del curso de la terapia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Así, si la lógica del trabajo impone a la terapia como una relación real en el presente que no está determinada por el pasado, que existe en el momento entre dos seres humanos influidos por la camaradería, los hechos existenciales de la vida y la mutua comprensión, resulta sencillo entender dos cosas: que la relación es la fuerza más potente para la curación del paciente, y que la ruptura de la alianza supone igual carga emocional.

Resulta lógico afirmar, al final de esta parte, que la demanda del tratamiento psicoterapéutico, la felicidad del paciente, está lejos de procurar la cura o el momento ideal para concluir el tratamiento; y más distante aún de las manos del terapeuta que de las de la misma persona. Es decir, la demanda como tal es indefinible desde el lugar del psicoterapeuta, puesto que él no es quien vive lo que al paciente le aqueja. Inclusive para la persona misma la existencia de la demanda queda en duda, pues en no pocas ocasiones se ve empujada a enunciar una queja, con su correspondiente solución, por las demandas de su círculo social. Por tanto, la demanda como quiera que sea nombrada, es indefinible o inexistente. Sólo es en tanto se enuncia y se apareja desde el discurso del profesional o del usuario, con una curación, pero no por ello se puede asegurar una relación directa entre ellas.

En otras palabras, la demanda de un paciente no tiene casi nunca una correspondencia real desde su verdad, pero sí desde las exigencias del núcleo social, que imprime en los discursos de quienes lo conforman, los requerimientos culturales.

La persona vive de tal o cual forma, que no es precisamente inadecuada o enferma, pero sí susceptible de ser tachada como tal, por lo que debe someterse a una solución, pero solamente pensada desde el medio social, no desde la realidad del paciente.

Por tanto la cura existe en tanto sea admitida en el discurso de los participantes de la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

terapia. Desde ahí, la conclusión del tratamiento encuentra clara definición: cumplidos los objetivos expuestos, sean referentes a la adquisición de habilidades, eliminación de conductas o reformulación de estilos de vida. Cuando no es así y el terapeuta apuesta por el reconocimiento de que la verdad del otro no es la propia, sino diferente, la misma dinámica dictará el rumbo que tome la vida de la persona, incluyendo la culminación del tratamiento o el abandono de la terapia.

Consideraciones Finales

La psicología no requiere ser tal o cual cosa más que aquello que debe ser para el que en un momento dado escribe o trabaja sobre ella, en la manera en que él quiere nombrar su trabajo. Tampoco necesita de la búsqueda empecinada de un sólo marco teórico conceptual, de un método y objeto de estudio, en tanto los que dicen hacer psicología reconozcan en ella una ideología y como tal ser influenciados por el movimiento dialéctico de la sociedad. Más valdría validar su trabajo desde el interior, desde la lógica de su lenguaje, el ordenamiento de sus principios y la clarificación de sus fines. Quizás sólo restaría reconocer la heterogeneidad, del mundo diario, por medio del conocimiento lingüístico y cualitativo.

Si bien en la época moderna existió un exagerado enamoramiento por enunciar, delimitar o reconocer al objeto de estudio de la psicología; por la expansión de los supuestos teóricos para su validez universal; por el empleo casi ilimitado del método científico experimental; y por la creencia de que la investigación señalaría de forma neutra y objetiva los segmentos del mundo, la tarea del que pretenda afianzarse en uno u otro plano debería ser más apegada al razonamiento filosófico. De tal forma se interrogarían los preceptos existentes para generar una reflexión continua.

Los problemas y malos hábitos se han filtrado, no obstante, hasta la actualidad, hacia las diversas áreas de este conocimiento. Un ejemplo es el de la psicología clínica.

Determinada por necesidades específicas de un momento histórico particular a lo largo del tiempo, ha forzado y estirado sus módulos de conocimiento para validar su existencia. Tal ejercicio ha corrido por cuenta de los psicólogos, quienes se mueven por necesidades económicas y de producción, en la mayor parte de los casos. Su desarrollo tuvo lugar con base en los modelos dicotómicos de salud-enfermedad y de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

normalidad-anormalidad, por lo que el trabajo posterior se vió permeado de una gran serie de aproximaciones teóricas sustentadas en ellos.

La formación de psicólogos clínicos obedece en ese sentido a criterios netamente institucionales. Las asociaciones mexicanas autonombradas como responsables de su establecimiento lo hacen con base en estándares académicos o bien emulando los modelos de los organismos estadounidenses. Por ello la validez, que señala a una persona como apto para ejercer la psicología clínica, debe considerarse susceptible de juicio.

Aunque no se espera una homogeneidad en las instituciones mexicanas si se pretende que en ellas se reconozca la heterogeneidad, más que el mutuo descrédito, y la necesidad de retomar diversos elementos inmersos en los múltiples marcos de referencia y discursos psicológicos, sean o no aproximaciones teóricas definidas. Tal hecho resulta de suma importancia si se recuerda la idea de que la psicoterapia es un campo de trabajo del psicólogo clínico, y que ahí deberá permanecer con el contacto continuo con las demás personas, con las diferencias entre cada una.

Tradicionalmente se entiende a la psicoterapia como el área correspondiente a ciertos sectores profesionales. Por tanto ha sido susceptible de medición, en términos de éxito. Tal proceso se ha intentado consolidar cuantificando los objetivos alcanzados, evaluando la calidad de la aplicación de las técnicas o categorizando el reporte verbal de sus participantes. Pensarla de esa manera hace de la psicoterapia susceptible de colocarse en el plano de la mercadotecnia y del consumismo, a costa de su perfil naturalmente humano. Es cuestionarla cuantitativamente cuando se debiera suponerla propensa de interrogantes cualitativas, pues es netamente de naturaleza intersubjetiva.

Sin embargo lo más delicado de entender a la psicoterapia en esta dinámica es que



las bases que la sustentan sean modelos bipolares de salud-enfermedad o normal-anormalidad. Pensar que el fin último de toda psicoterapia es el bienestar del individuo consultante, debe obligar al reflexionamiento sobre la validez de tal concepción, bienestar, y sobre el lugar desde el cual se dará respuesta a ello.

El bienestar, equiparable con la salud y la normalidad, obedece a los estándares, a los requerimientos socio-culturales, cuando no a la perspectiva particular del terapeuta. Se deja de lado la realidad vivenciada por el sujeto, a su propia verdad, apostando por encasillarlo a esos criterios.

En la tarea de corregir estas polémicas se ha señalado que la psicoterapia se compone principalmente de: 1) las técnicas, 2) las variables del terapeuta y del paciente, 3) los factores no específicos. Los primeros son aquel conjunto de estrategias, científicas o no, de las que un terapeuta echa mano para que sean trabajadas, por él y por el paciente, en las sesiones de terapia. Las segundas aluden a las categorías que señalan determinadas conductas que presentan los participantes.

Los aspectos no específicos por el contrario hacen referencia a todo aquello que no basta su definición para entenderlo en su totalidad, a todo eso imposible de ser nombrado, o al menos de una sola manera, pues pertenece al espacio de lo netamente intersubjetivo, incluso de lo inconsciente. Algunas de esas cosas son la ética y el vínculo terapéutico.

La ética comprende tres cosas. Por un lado es el conjunto de valores morales de una persona. Por otro es el conjunto de acuerdos o comunes entre los valores de los miembros de una sociedad, además de ser el estudio de tal ordenamiento. En el trabajo actual se hace referencia a las tres. El psicoterapeuta, al igual que cualquier otro profesionalista, debería ser entrenado en la reflexión filosófica para que así pueda

permitirse el análisis en torno a los criterios éticos establecidos por su profesión, y el cuestionamiento sobre si es la misma comunidad quien los establece y si su rol de profesionista se sobrepone al de ser humano.

En la psicoterapia existen, pues, problemas por todo ello. Desde la formación, generalmente, no se procura la reflexión filosófica en torno a la validez de los criterios éticos de una sociedad o profesión particular. Además se invita a ponderar el papel de profesionista sobre el de persona, se le exige al futuro terapeuta ser objetivo, dejando de lado sus cualidades de hombre común, olvidando que desde ahí se desensibiliza como humano.

Con ello es necesario caer en la cuenta de que todo aspecto humano conlleva valores morales por lo que no puede existir algo no ético, y si es señalado de tal manera es obedeciendo a los criterios establecidos por sectores institucionales. También que hablar en tal sentido es entender la base en un proceso construido desde la intersubjetividad, por lo que se sitúa como un elemento no específico de la terapia, en tanto su operativización no se da en una única manera, al igual que su lectura e interpretación. Y, que el problema ético en psicoterapia se presenta cuando se abandona la idea de ser persona y se cree que el ejercicio profesional puede darse invalidando la verdad del otro y al margen de las relaciones humanas.

La alianza terapéutica como otro factor no específico no es otra cosa que la puesta en juego del inconsciente de cada persona. A través de éste, el terapeuta percibe de una manera determinada al sujeto sentado frente a él, mientras aquél hace lo mismo. Los encuentros así adquieren un matiz único, irrepetible y sumamente personal, por lo que no pueden ser evaluados desde la mira de un otro ajeno al fenómeno que los participantes comparten.

Lo que uno u otro decidan hacer, en relación con los sucesos de la terapia, depende en gran medida de lo que permanece velado a sus discursos, de el no decir, del inconsciente. De ahí que sea válido pensar que existen momentos específicos en los que determinadas terapias se adecúan a un terapeuta y a un sujeto en particular. Ni todas las terapias son por sí solas, más allá de los preceptos que las sustentan, ni todos los sujetos son susceptibles de cualquier terapeuta. La psicoterapia se construye por ambos participantes.

El papel del terapeuta desde aquí no puede ser ya más visto como suficientemente objetivo y como guía necesaria para el paciente. En vez de eso, debe apostarse por aquel que lo señala como ser humano expuesto a las mismas cuestiones existenciales de quien lo consulta.

De ahí que el estilo terapéutico se señale como algo de lo más importante, pues el lugar en el que opera, es desde donde se espera que se evidencie lo suficiente para que el otro haga lo mismo, y en esa medida se encuentre a sí mismo y con su verdad.

Sólo desde ahí podrá reconocerse a la psicoterapia como el crisol, como la matriz, de una relación entre dos seres humanos, con verdades diferentes, desde la cual se esperará generar los espacios reflexivos que replanteen las visiones y filosofías de vida de ambos, más aún de quien solicita ayuda.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aponte H. J. (1996). El sesgo político los valores morales y la espiritualidad en la formación de los psicoterapeutas Sistemas Familiares Año 12. No.3 p 27-38
2. Bellack, L. (1993). Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. México: Manual Moderno. Cap. 1.
3. Berstein, D. y Nietzel, M. (1988). Introducción a la psicología clínica. México: Mc Graw-Hill. Cap. 1-3, 8 y 13.
4. Braunstein, N. (1975). Psicología Ideología y ciencia. México: Siglo XXI. Caps. 2 y 5.
5. Brito, C. L. (1998). Los nuevos caminos de la libertad. Del psicoanálisis a la logoterapia. México: Diana. Cap. 1
6. Bucay, J. (1999). Recuentos para Demián. México: Océano. P.63-72.
7. Caballo, V. (1991). Técnicas de terapia y modificación de conducta. España: Siglo XXI. Cap. 1-8.
8. Conte, C. (1989). *Characteristics of therapist self-disclosure in the counseling process*. Journal of Counseling and Development 72(4). P.384-396
9. Cormier, W. y Cormier, L. S. (1994). Estrategias de entrevista para terapeutas. Habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales. España: Desclee de Brower. Cap. 4-5.
10. Cuevas, R. y Uribe, M. (1995). Enseñanza en habilidades psicoterapéuticas. México: Tesis de Licenciatura en Psicología UNAM. Cap 1-3
11. Delgado, S. (1983). La terapia de conducta y sus aplicaciones clínicas. México: Trillas. Cap.1.
12. Díaz H. B. y Fontana Z. V. (1997). El teatro como facilitador en la adquisición y/o desarrollo de habilidades del psicólogo clínico. Un manual práctico. México: Tesis de Licenciatura en Psicología UNAM. ENEP Iztacala. Cap. 2.
13. Follari, R. (1982). *Consideraciones críticas acerca de la epistemología de la psicología social*. Revista

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- de la Educación Superior ANUIES. 11(3) jul.-sep. P. 31-50.
14. Foucault, M. (1989) Historia de la locura. Mexico: Siglo XXI
15. França-Tarragó, O. (1996). Introducción a la psicoética. España: Descleé de Brouwer. Caps. 2. 4-5.
16. Frankl, V. E. (1995). La psicoterapia al alcance de todos. Barcelona: Herder.
17. Freud, S. (1985). *Proyecto de psicología para neurólogos*. Obras completas. Argentina: Amorrortu. Tomo.2. P. 67-92.
18. Freud, S. (1997). *Análisis terminable e interminable*. Obras completas. Argentina: Amorrortu. Tomo.XXIII. P. 211-254.
19. Freud, S. (1998). *Sobre la dinámica de la transferencia y Puntualizaciones sobre el amor de transferencia*. Obras completas. Argentina: Amorrortu. Tomo.XII. P. 93-106, 159-174.
20. Freud, S. (1999). *Psicopatología de la vida cotidiana*. Obras completas. Argentina: Amorrortu. Tomo.VI. Caps.2 y 3.
21. Freud, S. (2000) *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico*. Obras completas. Argentina: Amorrortu. Tomo.XIV. P. 1-13.
22. Fromm, E. (1937) La crisis del psicoanálisis. México: Alianza Editorial.
23. Garfield, S. (1979). Psicología clínica. Estudio de la personalidad y la conducta. México: Manual Moderno. Cap.8
24. Gavino, A. (s/año). *Las variables del proceso terapéutico*. En: V. Caballo (1991) Técnicas de terapia y modificación de conducta. España: Siglo XXI. Cap.8
25. Goldenberg (1973). En: D. Bernstein y M. Nietzel Introducción a la Psicología Clínica. 1980. México: Mc Graw-Hill. Cap.3

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

26. Goldstein, A. (1973) Generalización y transferencia en psicoterapia Argentina: Amorrortu. Cap. 4.
27. Goldstein, A.; Heller, F. y Sechrest, H. (1966) Manual de intervención conductual. Una guía clínica Barcelona: Descleé de Brouwer. P. 103-127.
28. Gómez, A. P. (1981) Psicología clínica. Problemas fundamentales México: Trilias.
29. González, M. L. y Martínez, M. I. (1988) *La importancia de la observación en la formación de terapeutas de grupo.* En: Memorias del V Congreso Mexicano de Psicología Clínica. Centro Médico Nacional del IMSS. 18 al 21 de agosto. Sociedad Mexicana de Psicología.
30. Grunebaum, H. (1986). *Harmful psychotherapy experience.* American Journal of Psychotherapy. 40(2) abril. P. 165-176.
31. Guyomard, P. (s/a). *El analista entre la técnica y el estilo.* El tiempo de la acción.
32. Haas, W. (1997). *Psychotherapy: some guiding principles.* American Journal of Psychotherapy. 51(4). P.593-606.
33. Haley, J. (1999). Terapia no convencional. Buenos Aires: Amorrortu.
34. Haley, J. (1999b) Terapia para resolver problemas. Buenos Aires: Amorrortu.
35. Harrsch, C. (1983) El psicólogo ¿Qué hace? México: Alhambra Mexicana. Cap. 5.
36. Harrsch, C. (1994). Identidad del psicólogo. México: Alhambra Mexicana. Cap. 1 y 8.
37. Heidegger, M. (1999) El ser y el tiempo. México: Fondo de Cultura Económica.
38. Hierro, G. (1992). Ética de la libertad. México: Torres Asociados. Cap. 1 y 2.
39. Hudson, W. O. Y Weiner, M. W. (1990). En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia. Argentina: Paidós.
40. Insua, T. (1985). Introducción a la psicología médica. Buenos Aires: Promed. Cap. 2.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

41. Johnson, C. (1990). Cuando terminar con el psicoterapeuta. Argentina: Javier Vergara.
42. Kazdin, A. (1978). Historia de la modificación de conducta. Fundamentos experimentales en la investigación actual. España: Descleé de Brouwer.
43. Krasner, L. (1963). Teorías de terapia de conducta. Buenos Aires: Paidós.
44. Klienke, C. (1995). Principios comunes en psicoterapia. España: Descleé de Brouwer. Cap. 2,4 y 7.
45. Lambert, W. y Bergin, H. (1983). Psicología social. España: Ariel.
46. Lacan, J. (1997). Escritos 1. México: Siglo XXI. Cap. 2.
47. Lacan, J. (1999). Escritos 2. México: Siglo XXI. Cap. 7.
48. López, R. S. (1989). Historia de la psicología en México. México: CEAPAC. Caps. Int., 8 y 9.
49. López, R. S. (1995). Historia de una psicología. México: Plaza y Valdéz. Cap. 1.
50. Mahoney, J. M. (1988). Psicoterapias cognitivas. Teoría, investigación y práctica. Bilbao: Descleé de Brouwer.
51. Marx, M. H. y Hillix, W. A. (1995). Sistemas y teorías psicológicas contemporáneos. México: Paidós. Cap. 6.
52. Marzilier, J. and Hall, J. (1987). What Is Clinical Psychology?. Oxford: University Press. Cap.3.
53. Mc Cluskey, D. (1997). *Apreliminar study of the rol of adaptation adult in psychotherapy*. American Journal of Psychotherapy. 12(3) julio. P.220-245
54. Mc Daniel, S. y Landau-Stanton, J. (1986). *El trabajo con la familia de origen y el desarrollo de habilidades en la formación de terapeutas familiares: un modelo integrador*. Sistemas Familiares. Año. 12. No 3. p. 87-99.
55. Medina, N. (1990). *Algunas reflexiones sobre el amor en el contexto del pensamiento freudiano*. Acerca

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- de la ética del psicoanálisis Colección Quehacer del psicoanalista. Argentina: Manantial. 19-26
56. Mensh. I. (1971). Psicología clínica. Ciencia y profesión. Argentina: Paidós. Cap. 3.
57. Miller, J. A. (1997). El seminario de Jacques Lacan. Libro 7. Argentina: Paidós. Cap. XXII
58. Miller, J. A. (1999). El seminario de Jacques Lacan. Libro 11. Argentina: Paidós. Cap. XVIII
59. Miller, J. A. (2000). Acerca del sujeto supuesto saber. Argentina: EOL. Cap. 1.
60. Minuchin, S. y Fishman. H. (1999). Técnicas de terapia familiar. México: Paidós. Cap. 1.
61. Mondragon, Ochoa, J. Velasco (1989) Psicología. Historia y Crítica. México: UNAM Iztacala. Cap. 1.
62. Morganstern, K. (s/a). Entrevista conductual. En: W. Cormier y L. S. Cormier (1994). Manual práctico de evaluación de la conducta.
63. Mueller, F. L. (1993). Historia de la psicología. México: FCE. Caps. 11, 12, 15 y 21
64. Noriega, J. y Gutiérrez, C. (1995). Introducción a la epistemología para psicólogos. México: Plaza y Valdéz
65. Nugent, F. (1990) Introducción a la psicoterapia. México: Trillas. Cap. 2
66. Ortega O. (1990) Análisis del perfil y del ejercicio profesional del psicólogo en el campo de la salud. Su formación profesional y perspectivas. México: Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM. Cap. 2-4.
67. Pérez A. (1982) Psicología clínica. México: Trillas.
68. Phares, E. J. (1994) Psicología clínica. Conceptos, métodos y práctica. México: Manual Moderno. Cap 3-4
69. Rabinovich, D. (1990) Ética del psicoanálisis e inconmesurabilidad. Acerca de la ética del psicoanálisis. Colección Quehacer del psicoanalista. Argentina: Manantial. P. 5-20.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

70. Ribes, E. (1980). Enseñanza, ejercicio e investigación de la psicología: Un modelo integral. México: Trillas. Cap. 5.
71. Rodríguez, C. M. (s/a). Ciencia y Tecnología: El caso de la psicología. México: UNAM Iztacala.
72. Rogers, C. (1993). Psicoterapia centrada en el cliente. México: Paidós. Cap. 1-3.
73. Rojas, S. R. (1981). Guía para realizar investigaciones sociales. México: UNAM Fac. de Ciencias Políticas y Sociales.
74. Rotler (1971). En: T. Ashby Procesos básicos en la relación terapéutica. España: Ariel. P. 27-52.
75. Sarason, I. (1994). Psicología: Fronteras de la conducta. México: Harla. Cap.2.
76. Savater, F. (1999). Las preguntas de la vida. México: Ariel. Cap. 2.
77. Straker, W. y Becker, C. (1997). *The lived experience of chance in psychotherapy. Client and therapist perspective*. International Journal of Psychotherapy. 2(2). P.171-178.
78. Thorne, F. (1973). Clásicos en psicoterapia. Bilbao: Descleé de Brouwer. Cap.10.
79. Ulrich, R. E. (1990). Control de la conducta humana. México: Trillas. Cap. 2.
80. Watts, A. (1992). Psicoterapia del este, psicoterapia del oeste. Argentina: Kairós.
81. Weiner, J. y Bordin, O. (1985). Psicología clínica problemas Fundamentales. México: Interamericana. Cap.1.
82. Weinstein, C. (1998). Variables del paciente que influyen en la alianza terapéutica. Chile: Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Psicología. Sistema de Universidades en Línea.
83. Wolpe, J. (1993). Práctica de la terapia de la conducta. México: Trillas.
84. Yalom, I. (1993). Desde el diván. Argentina: Emecé.

85. Yalom, I. (1998b). El verdugo del amor. Argentina: Emece
86. Yalom, I. (1999). El día que Nietzsche lloró. Argentina: Emece
87. Yalom, I. (2000). Terapia a dos voces. Argentina: Emece
88. Yates (s/año). En: López, M Sistemas Terapéuticos Contemporáneos. México: Trillas. Cap. 2

A N E X O

Ya que toda psicoterapia puede ser llevada de muy diversas maneras -dependiendo del terapeuta y de su orientación- la descripción que hago a continuación es para informarle acerca de mi capacitación y de cómo veo yo el proceso psicoterapéutico. Creo que así usted podrá saber mejor lo que puede esperar de mí como profesional de la Psicología.

I. a. Mi capacitación:

He recibido el título de Psicólogo por la Universidad.....de..... Mi especialidad es en..... para lo cual he participado de..... (tales y tales cursos de postgrado). Mi orientación psicológica es fundamentalmente..... cuyos presupuestos teóricos y metodológicos se basan en los importantes aportes hechos al conocimiento psicológico por..... (tal y cual autor). Como miembro del Colegio de Psicólogos de..... actualizo permanentemente mi formación. He escrito..... (X número de)..... artículos para (tales revistas de psicología) y he participado en..... (tales)..... investigaciones psicológicas (se detallan sólo las más relevantes). He trabajado como psicólogo durante (X nro. de) años en..... (tales instituciones) y... (tantos) años en (tal otra) . Mi mayor experiencia ha sido trabajando con ... (niños, parejas, adultos, ancianos, etc). No soy médico y por lo tanto no puedo prescribirle ningún medicamento. Si ud. lo necesitase puedo recomendarle un psiquiatra de mi confianza. Incluso, en ciertas ocasiones será necesario, por su propio bienestar, que trabaje en conjunto con él. Actualmente me superviso psicológicamente con el Ps. Veraz Acogesanos

I. b. Informaciones sobre el proceso psicoterapéutico:

La psicoterapia es un proceso de (¿aprendizaje? ¿autoaceptación? ¿conocimiento de sí mismo? ¿otra cosa?) que contribuye a que ud. se comprenda mejor a sí mismo, a los demás y a las interacciones que entabla en la sociedad. A través de la relación psicológica ud. podría lograr un mejor funcionamiento como persona, de manera que las interacciones con los demás sean más saludables y ud. pueda sentirse más satisfecho con ellas. También es posible que, a través del logro de lo anterior, sus asuntos personales puedan ser enfrentados de una manera más eficaz.

Hay varios pasos en el proceso terapéutico. Primero necesitamos un cierto tiempo para explorar los

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

problemas que le han traído a la terapia. Es preciso que conozca como se ve ud. a si mismo y como interactúa con las personas que le son significativas. Es probable que yo entienda mejor su situación si hablamos de forma abierta y sincera. Mi responsabilidad durante esta etapa es escucharlo, ayudarlo a expresarse y brindarle un contexto de confianza y acogida para que a ud. le resulte fácil comunicar lo que desea.

Todas las sesiones serán confidenciales. Mi código de ética profesional me impide decir a nadie lo que ud. me dice en la terapia (salvo a mi propio psicoterapeuta supervisor y en casos muy excepcionales); y tampoco puedo brindar datos si yo los tengo en mis ficheros.

Luego de que hayamos explorado suficientemente cual es su situación vital, nos pondremos de acuerdo sobre los objetivos que ud. quisiera alcanzar de ahí en adelante, siempre que yo esté en condiciones de ofrecerle. Es probable que ud. quiera experimentar cambios en su vida. Estos requerirán esfuerzos e incomodidades. En algunas ocasiones. Ud. podrá experimentar, como consecuencia de ese mismo proceso, sentimientos de impotencia, soledad, depresión, inseguridad o ansiedad. Ninguna de estas vivencias son anormales ni tampoco insuperables, pero pueden hacerle pasar por periodos de malestar.

Evaluaremos periódicamente el progreso que ud. vaya haciendo, tratando de ver si el proyecto de cambio vital, que juntos acordamos enfocar al principio de nuestra relación, se va logrando o no.

El tratamiento terminará cuando ud. crea que haya logrado suficientemente lo que esperaba, según lo que nos hayamos puesto de acuerdo al comienzo.

II. Como parte de mi ética profesional yo reconozco que Vd.:

1. Tiene el derecho a decidir con la mayor conciencia posible si quiere recibir o no, psicoterapia de mi parte. Para eso ud. tiene derecho a preguntarme cual es mi orientación psicológica y cuales pueden ser las otras alternativas psicoterapéuticas que hay en nuestro medio. Si desea, le puedo proporcionar nombres de otros psicólogos cualificados.
2. Tiene el derecho de dar por finalizada la terapia en cualquier momento sin ninguna obligación moral,

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

legal o económica.

3. Tiene el derecho a hacer cualquier pregunta acerca de la manera que tengo de proceder durante la terapia; si desea le explicaré (el) los métodos que comúnmente uso.

4. (si se van a usar técnicas específicas;) tiene el derecho de evitar el uso de ciertas técnicas terapéuticas; le informaré si pienso usar procedimientos fuera de lo común y puedo describirle los posibles riesgos que tienen.

5. Usted tiene el derecho a oponerse al registro electrónico de los datos. Por mi parte le pediré permiso cuando me interese grabar las entrevistas o sacar apuntes, de forma que a ud. le quede claro con exactitud qué es lo que se vaya a hacer con esos registros y durante cuánto tiempo serán conservados por mí. Le explicaré cuál es mi intención respecto al uso de esos registros y le proporcionaré una declaración escrita respecto a que ellos no serán usados con otro propósito que el que ud. me autorice; usted tiene el derecho de suspender su autorización en cualquier momento.

6. Tiene el derecho a revisar los datos objetivos que se refiere a ud. (resultados de test, transcripciones de entrevistas, etc.) Y que tengo en mis ficheros. En caso de que yo considere que eso pueda serle perjudicial en su proceso psicoterapéutico, le haré saber los motivos. De lo anterior quedan excluidos los apuntes personales escritos por mí a lo largo de la psicoterapia, ya que esos textos se refieren a opiniones provisionales o hipótesis de trabajo que me pertenecen.

7. Uno de sus derechos más importantes es la confidencialidad. Dentro de ciertos límites, la información que usted me proporcione durante las sesiones de terapia serán mantenidas en estricto secreto y no serán reveladas a ninguna persona o institución sin su autorización escrita.

8. Si usted lo pide, cualquier parte de los registros de sus datos pueden ser comunicados a la persona o institución que usted indique. Le diré en ese momento si me parece que hacer público esos datos puede resultarle perjudicial.

9. Tiene el derecho a saber cuáles son las excepciones a mi deber de confidencialidad. Esto quiere decir

que hay circunstancias, absolutamente excepcionales, en las cuales tengo la obligación moral de manifestar a otras personas, sin su permiso, una información que ud. me haya confiado en la terapia. Esas situaciones son las siguientes: a) si usted amenaza seriamente con cometer un gravísimo daño corporal o psicológico, a sí mismo, a otra persona, o a la sociedad. b) si el Juez me ordenara, bajo pena. En ese caso estoy legalmente obligado a dar la información específicamente descrita en la orden judicial.

Otros aspectos prácticos

Las sesiones de terapia serán normalmente de 1 hora de duración.....X veces por semana. No es posible predecir el número de sesiones que requiera su proceso, pero al cabo de (X).. sesiones, considerare finalizada la etapa del proceso, y estare en condiciones de hacerle una propuesta más específica. A partir de ella, ud. podra evaluar si quiere continuar hacia adelante con el proceso. La tarifa profesional para mis servicios es de..... que ud. podra abonar.....

Por favor haga preguntas

La próxima vez que nos veamos, ud. podra hacer preguntas sobre cualquiera de los párrafos contenidos en este texto. Pero si ud. considera que ya tiene suficientes elementos como para tomar la decisión de iniciar conmigo la relación psicoterapeutica en los terminos antes detallados, puede traerme firmado el acuerdo de trabajo que a continuación le presento.

III. Acuerdo mutuo para el inicio de la psicoterapia.

1. Manifiesto mi acuerdo a entrar en psicoterapia con Dámaso A. Larrañaga por.... (número) de sesiones, durante los próximos... (número) semanas (o meses).
2. Estoy de acuerdo en pagar...(cantidad acordada) por cada hora de sesión. El pago lo haré cada (X tiempo).... de la siguiente manera.....
3. Entiendo que puedo dejar la terapia en cualquier momento y que no tengo obligación moral, legal o

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

financiera de completar el número máximo de sesiones fijadas por este contrato. Estoy acordando pagar sólo por las sesiones de terapias completas

4. Manifiesto que soy consciente que, entre los posibles beneficios de la psicoterapia puedo lograr un desempeño más satisfactorio en el seno de mi familia y de la sociedad. Manifiesto que es razonable esperar de la psicoterapia, una mejor comprensión de mis metas y valores personales así como una mayor madurez y crecimiento como persona. Soy consciente, también, que la psicoterapia puede implicar el riesgo de recordar acontecimientos dolorosos para mí que me provoquen emociones intensas de temor o angustia o sentimientos de ansiedad, depresión, soledad o abandono. Sé que el psicólogo no puede prescribir drogas o medicamentos, de manera que si esos tratamientos estuviesen indicados tendría que elegir al psiquiatra correspondiente.

5. Manifiesto que he tenido tiempo de pensar por mi cuenta, consultar a personas o profesionales de mi confianza y hacerle a Dámaso A. Larrañaga todas las preguntas necesarias respecto a su "Propuesta de Servicios".

Por eso, luego de sopesar mi decisión, deseo recibir psicoterapia de parte de:

en los términos antes formulados. Firma:

Fecha: