



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ALGUNAS ESTRATEGIAS TEORICO PRACTICAS PARA
EL PSICÓLOGO CLÍNICO EN LA INICIACIÓN
DE LA PSICOTERAPIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

MARCELA IVONNE MARTINEZ HERNANDEZ

DIRECTOR: DR. JORGE ROGELIO PEREZ ESPINOSA

REVISOR: MTRO. JORGE VALENZUELA VALLEJO



Ciudad Universitaria, México, D.F.

2013



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.

Agradecimientos

Esta tesis es un esfuerzo en el cual, directa e indirectamente, participaron varias personas, leyendo, opinando, corrigiendo, teniéndome paciencia, dándome ánimo, acompañándome en mis momentos de crisis y también en mis momentos de felicidad.

Quiero agradecer de manera especial y sincera al **Doctor Jorge Pérez**, por aceptarme para realizar este trabajo bajo su dirección. Su apoyo, confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas han sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación profesional.

Les agradezco el apoyo y la dedicación de tiempo a los profesores **Jorge Valenzuela, Lidia Díaz, Aída Mendoza y Damariz García**.

A mis padres, **Adán y María Luisa**, también a mi hermana **Blanca**, por su paciencia y apoyo a lo largo de mi vida y por darme la oportunidad de estudiar esta carrera.

A mi tías **Silvia y Elia**, quienes siempre me han apoyado.

A **Daniel**, por apoyarme en todo momento, sobre todo por su paciencia y amor incondicional.

A **Rufy**, aunque no podrá leerlo, ha sido mi gran compañero en la realización de este proyecto.

A mis amigos por haber hecho de mi etapa universitaria un trayecto de vivencias que no olvidaré: **Adri, Pao, Ble, Isma, Ere**. ¡Gracias!

A mi **tía Espe**, que aunque ya no esté con nosotros físicamente, siempre estará en mi corazón, por haber creído en mí hasta el último momento. ¡Ya soy psicóloga!

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCION	8
1. El psicólogo clínico en la iniciación de la Psicoterapia	13
1.1 ¿Quién es el psicólogo clínico?	13
1.2 El psicólogo clínico en la iniciación de la psicoterapia	15
1.3 Aspectos emocionales básicos del psicólogo clínico	21
1.4 Indumentaria del psicólogo clínico	26
2. Entrevista terapéutica	26
2.1 Definición	26
2.2 Tipos de entrevista terapéutica	27
2.3 Etapas de la entrevista terapéutica	29
2.3.1 Fase de apertura	30
2.3.1.1 Encuadre	35
2.3.2 Fase de obtención de datos	36
2.3.2.1 La formulación de las preguntas	41
2.3.2.2 Cierre de la entrevista	44
2.4 Consideraciones del psicólogo clínico para la entrevista terapéutica...	48
2.5 Pautas que debe considerar el psicólogo clínico durante la entrevista.....	50
3 Psicoterapia	54
3.1 Historia de la psicoterapia	54
3.2 Definición	62
3.3 Principios terapéuticos	64

3.4	Limitaciones de la terapia	69
4	Técnica	70
4.1	¿Qué es la técnica?	70
4.2	Silencio	74
5	Los componentes de la situación psicoterapéutica	77
5.1	El psicólogo clínico como terapeuta	77
5.2	Paciente	77
5.3	Alianza y relación terapéutica	80
5.4	Transferencia y contratransferencia	84
6	Algunos aspectos propios del proceso psicoterapéutico	90
6.1	La incongruencia del paciente	90
6.2	La intencionalidad	91
6.3	La voracidad	92
6.4	La confusión	95
6.5	La desubicación respecto al contexto	97
6.6	La insatisfacción	98
6.7	La culpa	98
6.8	El paciente considera tener la razón respecto a su problemática.....	99
7	Algunas consideraciones importantes del psicólogo clínico	100
7.1	Tema inicial de la sesión	100
7.2	Manera de escuchar al paciente	104
7.3	Tacto, calidez, prudencia para devolverle el material sobre aspectos relacionados con sus conflictos emocionales	109
7.4	La promoción de la diferenciación	115

7.5	La neutralidad del psicólogo clínico	118
7.6	Es importante no generar confusiones en el paciente	120
7.7	Lo que más beneficia al paciente	120
7.8	No hay que regañar al paciente hay que ubicarlo	120
7.9	El paciente no debe enterarse que el terapeuta desea que resuelva su problema.....	121
8	Proceso psicoterapéutico	122
8.1	aspectos básicos de cómo iniciar el proceso (técnica)	123
8.1.1	Encuadre	124
8.1.2	Técnicas de intervención verbal	125
8.2	Catarsis	135
8.3	Información, orientación y educación	137
8.4	Dificultades y obstáculos en el proceso de psicoterapia	137
8.4.1	Resistencia	137
8.4.2	Impasse	146
8.4.3	Acting out	154
8.4.4	Reacción terapéutica negativa	157
8.5	La etapa final	160
8.5.1	Circunstancias externas que pueden llevar al termino del tratamiento	163
8.5.2	Posibles respuestas hacia el término del proceso psicoterapéutico	169
8.5.3	Cierre	173
8.5.4	Separación	174

8.5.5 Última sesión	174
9 Discusión y conclusiones	177

REFERENCIAS

RESUMEN

Uno de los aspectos de relevancia, a la hora de reflexionar acerca de la psicoterapia, es la cuestión de la "Formación del terapeuta". La psicoterapia implica, entre otras cosas, ética y responsabilidad, como también formación y capacitación, conocimiento de la teoría, experiencia clínica y por sobre todo una gran dosis de creatividad. Por lo cual es importante que el psicólogo clínico en formación adquiera las habilidades necesarias para desarrollar de forma satisfactoria la práctica psicoterapéutica.

El presente trabajo es una investigación teórica con aportaciones clínicas por parte de algunos terapeutas, que tiene como objetivo dar a conocer algunos aspectos básicos en el proceso psicoterapéutico y el trato con el paciente. Para alcanzar dicho objetivo, se realizó una búsqueda de material bibliográfico, hemerográfico, así como aportaciones de la experiencia en la práctica clínica de algunos terapeutas.

A partir de la información recabada se hace evidente la importancia de la formación del psicólogo clínico en el proceso psicoterapéutico para realizar intervenciones más completas y efectivas.

Palabras clave: Psicoterapia, Paciente, psicólogo clínico

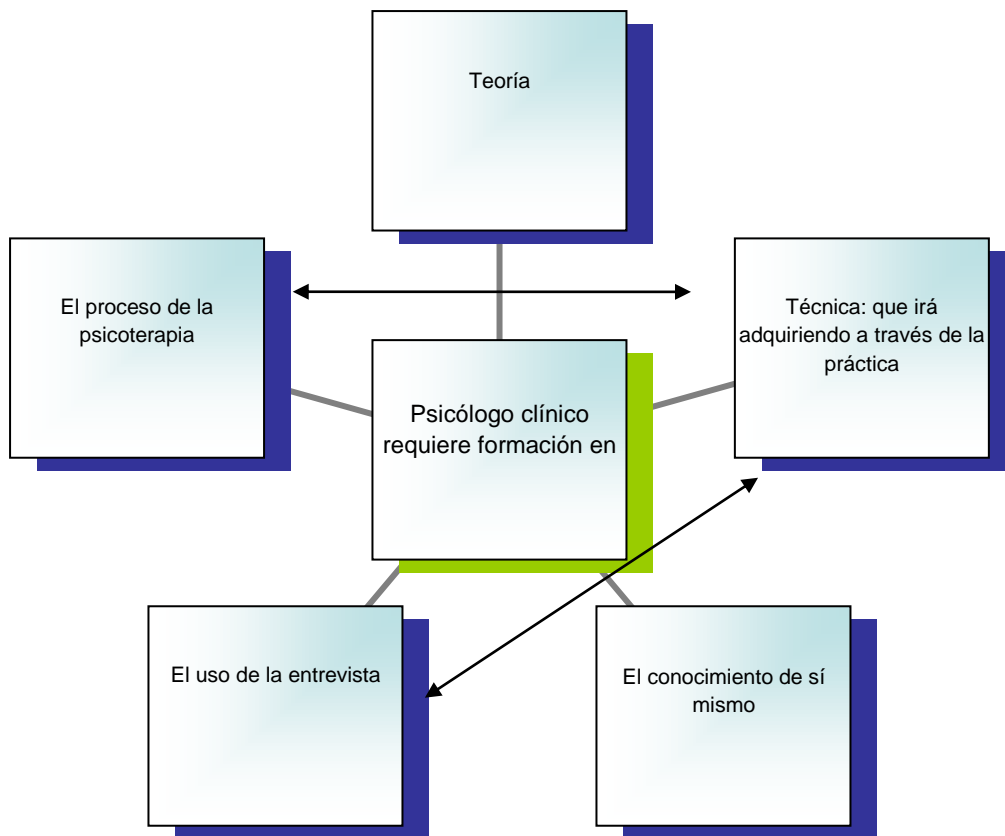
INTRODUCCION

La psicología clínica se puede definir como una rama de la Psicología que investiga y aplica los principios de la Psicología a la situación única y exclusiva del paciente, para reducir sus tensiones y ayudarlo a funcionar en forma eficaz y con mayor sentido (Goldenberg, 1973, cit. En Bernstein, 1982).

El área de Psicología Clínica estudia diversas manifestaciones psicopatológicas, dificultades adaptativas, o incapacidades para afrontar problemas, conflictos emocionales, etc., que pueden expresarse en el ámbito afectivo, cognoscitivo y/o conductual de la personalidad, y de esa manera comprometer diversas formas del bienestar o desarrollo del ser humano (Plan de Estudios Facultad de Psicología UNAM, 2008).

Por lo tanto el psicólogo clínico debe contar con un alto nivel académico, así como con entrenamiento y preparación en el campo conceptual y profesional, el cual le permita incidir en la prevención y solución de problemas psicológicos, actuando con ética y compromiso, ante su paciente.

De esta forma, la formación del psicólogo clínico es el elemento fundamental que garantiza su competencia profesional, de igual forma es necesario que el psicólogo se conozca a sí mismo, de esta forma, se puede decir que la formación del psicólogo clínico es integral ya que requiere formación en (Barragán, Heredia y Lucio, 1992):



Esquema 1 La Formación Integral del Psicólogo Clínico (Barragán, Heredia y Lucio, 1992)

La psicoterapia hoy en día es una parte fundamental, si no es que la principal, de la psicología clínica. El tratamiento como función del psicólogo clínico implica el ayudar a personas a entender y resolver sus problemas y sufrimientos psicológicos. Este tipo de intervención se da en modalidades muy variadas y de acuerdo con diversos enfoques teóricos.

Debido a que la psicoterapia es un tratamiento de base relacional mediada por el dialogo, las vicisitudes de la relación paciente-terapeuta son básicas en el más

sencillo de los tratamientos. Por lo cual es de suma importancia que durante la formación del psicólogo clínico se aborden distintos aspectos importantes a tratar durante el proceso psicoterapéutico (Safran y Muran, 2005).

Por esto, la Asociación Americana de Psicología (2012) indica que los psicólogos en formación deben contar con capacitación profesional y destrezas clínicas que intervienen en el aprendizaje para enfrentar con efectividad los problemas de la vida y de salud mental.

Por lo cual, aquellos a los que se permite entrar en el campo de la psicoterapia deben primero completar un proceso de formación bastante prolongado; donde se les enseñan las teorías y las técnicas actuales, dentro de contexto más amplio, de investigadores como Freud, Jung, Horney, dentro de la línea psicodinámica. Además de la adquisición de aptitudes y conocimientos, se subrayan los procesos internos y la conciencia.

Por este motivo, es indispensable prestar atención a la formación que reciben los estudiantes y futuros profesionistas, que brindarán como psicólogos clínicos terapia la cual promoverá en sus pacientes salud y la mejora en la calidad de vida.

Siendo esto así, el estudiante de psicología, principalmente del área clínica, es necesario que conozca elementos básicos que le permitan tener puntos de referencia para sus prácticas, o bien, su trabajo institucional.

Sin embargo, el proceso de iniciarse en el campo de la psicoterapia es bastante complejo y sinuoso. Raskin (1978, cit. En Guy, 1995) en su artículo "*Becoming*", indica que el proceso por el que se llega a iniciar el estudio de la psicoterapia compromete a la totalidad del ser y pesa sobre la personalidad misma. De igual forma, Henry (1966, cit. En Guy, 1995) refirió que "la carrera de un profesional dedicado a la salud mental, al menos los dedicados a la tarea terapéutica directa, constituye tanto un compromiso con un estilo de vida, como desempeñar un tipo de trabajo". El lugar destacado que se concede a la autoconciencia, y a la exploración de los procesos internos, obliga al terapeuta en formación a salir al encuentro de la propia vulnerabilidad, las propias debilidades y el dolor personal.

Para Henry (1966, cit. En Guy, 1995), el proceso de formación en psicoterapia implica algo más que cierto grado de socialización y aprendizaje conceptual. Ya que sensibiliza también al psicólogo clínico ante los conflictos, los traumas y las obsesiones sin resolver. Aunque estos no se resuelvan nunca totalmente, deben incorporarse o integrarse con comodidad en la personalidad del psicoterapeuta, con el fin de facilitar las relaciones interpersonales y el proceso terapéutico en vez de entorpecerlos.

Siendo así, es imprescindible un grado razonable de estabilidad. Cualidades también importantes en el psicólogo clínico son implicación, dedicación, integridad, concienciación, competencia, gran inteligencia, consciencia psicológica y empatía (Guy, 1995).

Del mismo modo, conviene que el psicólogo clínico haya expresado cierto sufrimiento, depresión y conflicto neurótico, pues el sufrimiento suele incrementar la comprensión y la empatía. Es positivo también ser un individuo reflexivo de tendencia pesimista-realista, ya que un optimismo excesivo va asociado a negación y no es bueno para la comprensión del conflicto. También es importante la capacidad para escuchar sin interrumpir y saber aguantar las críticas y la hostilidad sin represalias. La intuición y la creatividad son dotes complementarias en psicoterapia (Guy, 1995).

Para ser un psicoterapeuta eficiente se requieren años de experiencia, y no se puede precisar cuántos, Goldstein (2001) menciona que en ocasiones son 10 años en formación. Aunque esto depende del psicólogo clínico y de la experiencia acumulada por año, contando igualmente la experiencia en la vida y las dotes individuales. La psicoterapia es un proceso de constante aprendizaje que nunca acaba y en el que toda experiencia suplementaria aumenta el perfeccionismo.

Dada una estabilidad razonable, características personales positivas, un conocimiento de sí mismo a través del análisis personal, y la experiencia vital, hay que aprender la teoría y la técnica por medio de cursos y lecturas, obteniendo experiencia práctica bajo una supervisión de calidad.

Sin duda alguna es importante, que el psicólogo clínico en formación, tenga presente algunos aspectos clínicos que resultan de suma importancia para trabajar durante el proceso terapéutico, con el fin de que los pacientes se sientan cómodos y acogidos durante las sesiones, con las intervenciones adecuadas del psicólogo clínico para de este modo lograr la mejora en su calidad de vida.

Si bien, tal como describe Esparza y Blum (2009), en la actualidad no existe ningún programa universalmente aceptado para preparar a la persona que ha de fungir como terapeuta, en la mayoría de los programas profesionales de psicología clínica se incluye cierto entrenamiento didáctico y práctico en psicoterapia. Sin embargo se necesita mayor preparación que asegure un alto nivel de competencia en los egresados de la Licenciatura en Psicología de cualquier Plan de Estudios.

Es por eso que el propósito de esta investigación es explorar algunos de los aspectos teóricos sobresalientes y aportar algunos elementos clínicos que sirvan al psicólogo clínico en la iniciación de la psicoterapia a conocer más sobre el campo en el que se va a desarrollar.

1. El psicólogo clínico en la iniciación de la Psicoterapia

1.1 ¿Quién es el psicólogo clínico?

El psicólogo clínico, en la “Convención de Beuler” en 1949, fue definido como el individuo capacitado y especializado en la psicología como ciencia y en la aplicación de los conocimientos adquiridos en dicha área (Compas, 2003).

Siendo esto así, Compas (2003) refiere que el psicólogo clínico es el profesional que aplica no solo sus conocimientos, también habilidades, técnicas e instrumentos basados en la psicología, complementándose por ciencias a fines, a trastornos o a la conducta relevante para la salud y la enfermedad, para evaluar, diagnosticar y tratar, enfocándose a factores de riesgo, con el fin de promover la salud mental.

Tal como lo indica Valenzuela (2011): la profesión del psicólogo clínico tiene su base fundamental en la formación universitaria, pero su atributo principal es contar con características de personalidad acordes a la responsabilidad y capacidad de servicio que implica la ayuda al otro ser humano en la solución de sus problemas emocionales. Entre las principales características está el interés por ayudar a otros, así como el gusto por el conocimiento científico, autoconocimiento, autorrespeto, así como el respeto a su prójimo, sensibilidad, espontaneidad y autocrítica, sin olvidar la capacidad de observación.

De manera que, la diferencia principal entre el psicólogo clínico y otros profesionistas, se caracteriza por la formación y por la estructura formal de trabajo (Compás, 2003).

De igual forma, los psicólogos clínicos, como los psicólogos de otras áreas, se dedican al estudio y comprensión de la conducta. Sin embargo, la psicología clínica tiene un aspecto característico que la distingue de otras ramas de la psicología, que es lo que se conoce como actitud clínica o percepción clínica,

como describe Korchin (1976, cit. En Compas, 2003): los psicólogos clínicos se ocupan de la comprensión, el control o bien la intervención clínica; por lo cual necesitan conocer la estructura mental de una persona en particular, lo que a su vez requiere investigación clínica, acerca de cómo tales factores son ordenados por él. Al comprender las formas en las cuales los factores relevantes se relacionan en general se pueden visualizar esas relaciones en un caso específico; de esta forma el psicólogo clínico usa el conocimiento psicológico respecto de las personas en general, para comprender y ayudar a personas específicas.

De manera que, la actitud clínica coloca a los psicólogos clínicos en una categoría diferente de los psicólogos de otras áreas, ya que estos presentan un interés primordial que consiste en entender como los principios y relaciones que gobiernan los problemas de la conducta humana se plasman en la vida y en los problemas de los individuos: es decir, se sitúan en el nivel ideográfico, investigando las posibles aplicaciones de la investigación teórica en el tratamiento de los individuos (Compas, 2003).

Los psicólogos clínicos están al servicio de cualquier tipo de personas, de diferentes edades; las personas atendidas por el psicólogo clínico pueden presentar retraso mental, esquizofrenia, TOC, etc. Por lo cual es importante que conozca algunas herramientas de las cuales puede hacer uso durante las sesiones en que verá a su paciente (Compas, 2003).

Durante los últimos años, el papel del psicólogo como terapeuta se ha ido desarrollando considerablemente, ya que se han introducido una serie de métodos terapéuticos psicológicos, en los que el psicólogo clínico muestra su capacidad para crear un ambiente favorable, con el cual su paciente llegue a confiar en él, y de esta forma pueda relatarle sus experiencias y sucesos que en otra circunstancia lo harían sentirse apenado, violento o señalado (Compas, 2003).

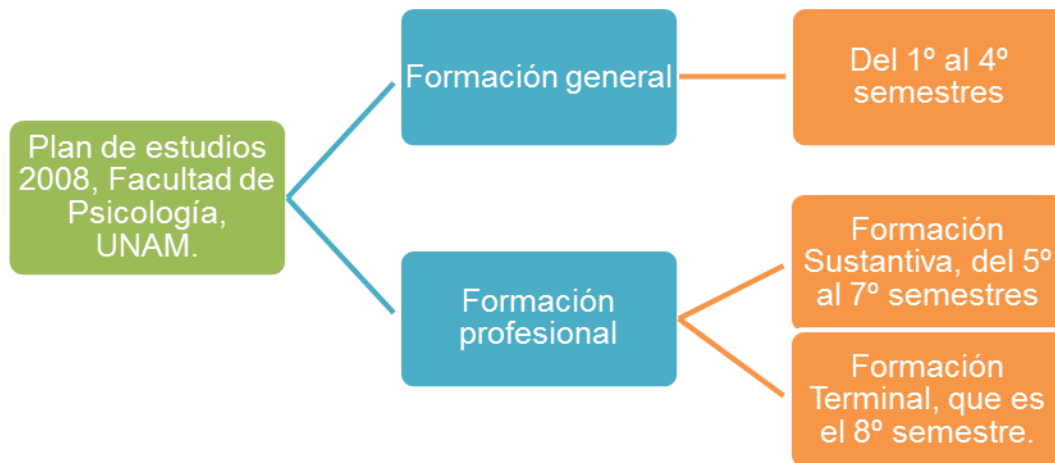
1.2 El psicólogo clínico en la Iniciación de la Psicoterapia

La formación del psicólogo clínico es el elemento fundamental que garantiza su competencia profesional. Dicha formación es el punto de partida de la actividad profesional del psicólogo y ha de permanecer abierta, en continua actualización (Valenzuela, 2011).

La formación ha de ser tanto teórica como práctica y ha de utilizar la metodología apropiada de acuerdo con los objetivos concretos a cubrir.

Para poder llegar a ser un psicólogo clínico es necesario contar con la formación universitaria, es decir, el estudio de la licenciatura en psicología; en la Facultad de Psicología, UNAM, en la última modificación de su Plan de estudios (2008), se divide en dos áreas curriculares:

Esquema 2 Plan de Estudios (2008), Facultad de Psicología, UNAM.



El área de Formación General, que abarca del primero al cuarto semestre, en ella el estudiante conoce el campo general de la disciplina y distingue las principales tradiciones psicológicas.

El plan continúa con la fase de Formación Sustantiva, del 5º al 7º semestre, en que el estudiante comienza a construir su trayectoria de formación académica individual.

El octavo semestre constituye la fase de Formación Terminal; al concluirla, el estudiante podrá titularse o proseguir en una especialización del Programa Único de Especializaciones (PUEP), el cual se imparte en la facultad (Plan de Estudios de la Facultad de Psicología UNAM, 2008).

Para la Facultad de Psicología, UNAM, el objetivo de las especializaciones es consolidar la formación de profesionales de la Psicología de alto nivel, de forma tal que los estudiantes adquieran de manera equilibrada un conjunto de conocimientos disciplinares, metodológicos, estratégicos y éticos; así como habilidades, destrezas, actitudes y valores, acordes con sus intereses de desarrollo profesional, para ser capaces de resolver problemas socialmente relevantes en su ámbito de competencia y los saberes y herramientas que les permitan enriquecer el campo disciplinario y profesional mediante la generación, aplicación y difusión del conocimiento psicológico (Programa del Programa Único de Especializaciones (PUEP), Facultad de Psicología UNAM, 2013) .Para que los estudiantes o egresados de la carrera puedan solicitar su registro para ingresar en alguna de las especializaciones incluidas en la convocatoria es necesario que cumplan los siguientes requisitos:

Estudiantes de la Facultad de Psicología de la UNAM (Plan de Estudios 2008)	Estar inscritos en el séptimo semestre o posteriores.
	Tener promedio mínimo de 8.
	Acreditar las materias prerrequisito o equivalentes determinadas por el subcomité de la Especialización elegida, de entre las incluidas en la presente convocatoria.

Egresados del Plan 2008	Haber cubierto el 100% de créditos de licenciatura.
	Haber obtenido promedio mínimo de 8.
	Haber cursado las materias prerequisite o equivalentes determinadas por el subcomité de la Especialización elegida, de entre las incluidas en la presente convocatoria.

En el campo de Psicología clínica y de la salud, las especializaciones que la Facultad de Psicología UNAM, ofrece son:

- Intervención Clínica en Niños y Adolescentes
- Intervención Clínica en Adultos y Grupos
- Promoción de la Salud y Prevención del Comportamiento Adictivo
- Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

Al especializarse en el campo de aplicación del área clínica, esto a su vez abrirá camino hacia una maestría o un doctorado; si el psicólogo clínico así lo decide, se puede conducir al campo de la psicoterapia, en el cual tendrá un entrenamiento más extenso, sea cual sea la corriente filosófica que elija.

De igual forma el Colegio Oficial de Psicólogos (2012) indica que es de suma importancia que una vez que el psicólogo clínico culmine sus estudios profesionales siga manteniendo, actualizando y adquiriendo nuevos conocimientos y habilidades, que permitan mejorar y potenciar la práctica profesional en el campo de la Psicología Clínica.

Esto se puede obtener a través de programas de formación continua. Los programas de formación continua podrán estar formados por las siguientes actividades:



Esquema 3 Modalidades de programas de educación continua (Colegio Oficial de Psicólogos, 2012)

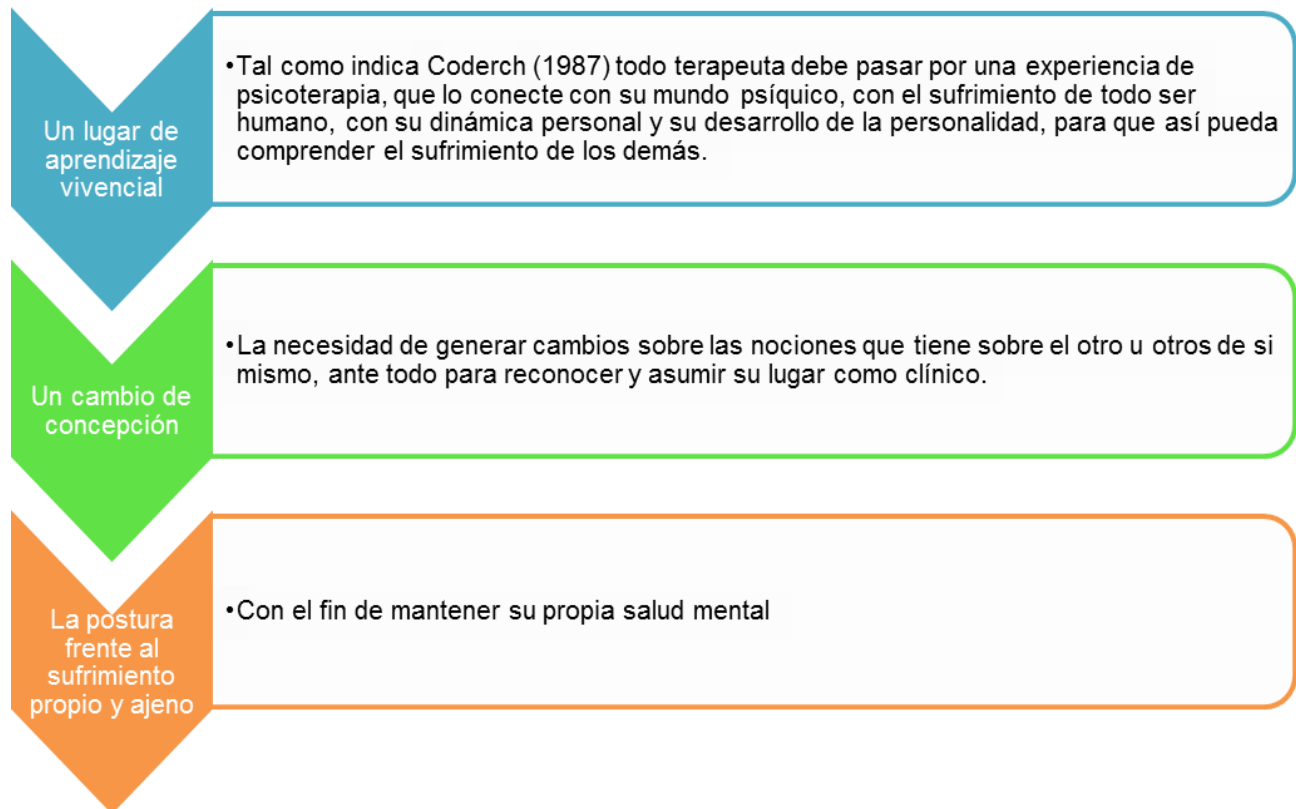
Es importante destacar, que la educación continua mantiene una relación cercana con los procesos complementarios de formación y actualización de los conocimientos, no solo en los diferentes marcos teóricos sino también en las modalidades profesionales de aplicación (Limón, Saad y Sánchez, 1992).

Por lo tanto, se puede apreciar que la tarea de la formación profesional del psicólogo clínico es bastante compleja, ya que las funciones profesionales a desempeñar reclaman una gran responsabilidad.

Ahora bien, cuando el psicólogo clínico decide tomar el camino del entrenamiento en psicoterapia, comienza un abanico de conocimientos para él, ya que como menciona Goldstein (2001), *se requieren años de experiencia para convertirse en un terapeuta razonablemente eficiente*, aunque no se puede precisar cuántos; ya que esto dependerá del terapeuta y de la experiencia acumulada por años, así como de la experiencia en la vida y los dotes individuales.

Muchos terapeutas afirman que la formación para el trabajo clínico, tiene un énfasis especial en el análisis de su propia experiencia y al autoconocimiento, argumentando que su experiencia como paciente, humaniza el trabajo terapéutico (Valenzuela, 2011).

Existen tres elementos en la formación de todo psicólogo clínico en la iniciación de la psicoterapia, que se complementan con la formación curricular que implica la carrera (Jiménez, 2004):



Esquema 4 Elementos de la formación del psicólogo clínico (Jiménez, 2004)

El trabajo psicoterapéutico, generalmente implica una importante fuente de tensión, debido a que la naturaleza del trabajo es inespecífica, el material es complejo y carece de normas fijas (Guy, 1995).

Tal como afirma Valenzuela (2011) muchas veces los psicólogos en formación están más preocupados por lo que dicen o hacen, y el comportamiento del paciente pasa a segundo plano. Pero conforme avance su camino en la formación psicoterapéutica, irán desarrollando seguridad.

Existen una serie de actividades con el fin de contribuir a la iniciación en psicoterapia del psicólogo clínico, tal como las tutorías, la supervisión y las

asesorías, sin embargo, tal como menciona Esparza y Blum (2009), el crecimiento en la demanda de los alumnos por cursar el área clínica en la Facultad de Psicología, ha dado como resultado que la formación se base en la teoría, dejando a un lado la práctica correspondiente, ya que muchas veces la práctica suele ser poca y sin el asesoramiento correspondiente.

Por lo cual en los siguientes capítulos se le brindará al psicólogo clínico, que está interesado en introducirse al campo de la psicoterapia, algunas estrategias que le ayudaran a tener un panorama más amplio sobre lo que sucede dentro del proceso terapéutico, iniciando con la entrevista, ya que es el primer contacto formal y del cual dependerá que el paciente asista continuamente, se continuará con algunos otros momentos y situaciones importantes que surgen dentro del proceso.

1.3 Aspectos emocionales básicos del psicólogo clínico

Como Menciona Barragán, Heredia y Lucio (1992), el perfil del psicólogo clínico se conforma mediante la fusión de las características de personalidad y de la preparación académica; en casi todas las carreras sucede lo mismo, pero en cuanto a la psicología clínica en particular, se acentúa, como una condición, que sus características de personalidad estén conforme a la función que va a desempeñar: que es ayudar a las personas a resolver problemas emocionales.

Se considera que todo buen psicólogo clínico debe tener características como las que se describen a continuación (Oblitas, 2008):

Aceptación: Esta característica apunta al respeto, a la preocupación y al interés que el psicólogo clínico muestra por el paciente, lo cual es importante que el paciente perciba. Al prestarle atención al paciente, el psicólogo clínico está transmitiendo su aceptación. Esta se expresa, entre otros rasgos, a través de sus gestos, su tono de voz y sus expresiones verbales.

Empatía: Alude a la capacidad para comprender los sentimientos del otro. La

empatía o comprensión empática favorece una buena relación psicólogo-paciente, así como la obtención de información al mostrar el psicólogo clínico comprende al paciente.

La comprensión empática debe manejarse con cautela y variarla a lo largo del proceso terapéutico. Es muy importante destacar que no se puede establecer la misma relación empática con todos los pacientes.

Una postura empática, en la que el psicólogo clínico se identifica con el paciente al extremo de intentar experimentar lo que siente, su manera de pensar y su punto de vista, es de evidente utilidad para el proceso psicoterapéutico. Esta actitud no solo ayuda al psicólogo clínico a comprender al paciente, sino que contribuye a establecer un marco que fomenta la sinceridad y en el que el paciente se siente libre para exponer sus sentimientos y pensamientos más íntimos.

Honestidad: Esta característica hace referencia a que el psicólogo clínico debe ser honesto y legal con el paciente, expresando de manera abierta y clara sus opiniones (Ruiz y Villalobos, 1994, cit. En Oblitas, 2008). La honestidad debe manejarse con cuidado, porque ser claro no significa decir todo lo que se piensa u opina sobre el paciente. En algún caso, llegar a asegurarle al paciente que se recuperará, puede hacer que perciba al psicólogo clínico como poco sincero o absurdo. En cambio, al demostrar al paciente que sus síntomas pueden eliminarse corrigiendo sus ideas poco realistas y sus conductas, puede ser más adecuado. Ser ambiguo con el paciente puede provocar que éste desconfíe del psicólogo clínico, de su validez, y que no exprese sus problemas en forma abierta, dificultando la relación y, por lo tanto, la terapia.

Credibilidad: esto quiere decir que sus palabras sean creíbles y tengan validez, por lo tanto que tengan crédito, que sean fiables como fuente de información, es una de las características básicas de un psicólogo clínico. A mayor credibilidad, mayor respeto del paciente al psicólogo (Johnson y Matross,

1977, cit. En Oblitas, 2008).

Dicha credibilidad está determinada por diversas características del psicólogo clínico (Goldstein, 1987, cit. En Oblitas, 2008):

- a) Experiencia: la experiencia y una buena formación hacen que tenga un manejo idóneo de las situaciones, comportamientos o emociones del paciente.
- b) Fiabilidad como fuente de información: es decir su formalidad, predictibilidad y consistencia.
- c) Motivos e intenciones del psicólogo clínico: cuanto más claro tenga el paciente que el psicólogo está trabajando para el bienestar del paciente, mayor será su credibilidad.
- d) Dinamismo: referido a su seguridad, potencia y nivel de actividad. Para muchos pacientes, será muy importante tener un psicólogo clínico dinámico y enérgico que le inspire la seguridad y el esfuerzo suficientes.

Flexibilidad: es fundamental que el psicólogo sea flexible para poder adaptarse a las necesidades de cada paciente (Cormier y Cormier, 1994). Los psicólogos clínicos flexibles adoptan métodos y técnicas a sus pacientes en lugar de forzar a estos a adaptarse a sus técnicas. Buscan el modo más adecuado para que cada paciente pueda realizar las tareas impuestas.

Conocimiento de sí mismo: al igual que su paciente, el psicólogo clínico es una persona con sentimientos, pensamientos e, incluso, con problemas, pero estos debe mantenerlos a un lado y no permitir que influyan en su relación con el paciente. Debe concentrarse en la terapia y sentirse eficiente, capaz y competente para ayudar a su paciente. Si ése no es el caso, se pueden llegar a transmitir sensaciones de inseguridad o fracaso al paciente.

Como ya se ha mencionado anteriormente, es importante hacer énfasis en que el psicólogo clínico, debe tener un buen conocimiento de sí mismo en diversos aspectos de su vida (Ruiz y Villalobos, 1994). Por una parte, saber cuáles son sus limitaciones en un nivel teórico y práctico, es decir, saber lo que no sabe. También, es indispensable que sepa qué tipo de pensamientos y sentimientos tiene mayor influencia en los juicios que realiza, así como conocer las propias dificultades emocionales.

Es aconsejable que el psicólogo clínico tenga un buen equilibrio psicológico, aunque no es imprescindible que éste sea total, siempre que su autoconocimiento le permita poner en marcha mecanismos de autocontrol o estrategias cognitivas que hagan que esto no interfiera con la objetividad que requiere para ayudar al paciente (Ruiz y Villalobos, 1994).

Cormier y Comier (1994) proponen tres áreas personales que la mayoría de los psicólogos clínicos deberían examinar con atención porque pueden tener una influencia significativa en la calidad de la relación y, en general, en el proceso terapéutico: competencia, poder e intimidad.

De igual forma Pérez (comunicación verbal, 29 agosto, 2012), destaca la importancia de que el psicólogo clínico inicie tratamiento psicológico, con el fin de descubrir sus puntos ciegos, alguna problemática no resuelta, de tal forma que no mezcle con el entrevistado. Por ejemplo:



Si el entrevistado menciona:
«No tengo ningún problema, me voy a divorciar»

Coincide con la situación del psicólogo clínico que está en proceso de divorcio o incluso ya se divorció.

Esta situación puede llegar a influir tanto que el psicólogo pueda llegar a emitir un comentario como: ¡Divórciese, porque está tolerando a esa señora!, haciendo una mezcla de su propia experiencia.

Ejemplo 1 La importancia de que el psicólogo clínico acuda a tratamiento psicológico

De tal forma que el psicólogo clínico con la ayuda de la psicoterapia pueda observar el enojo, odio, envidia, celos y aspectos de sus rasgos de personalidad, para que pueda analizarlos y no llegue a mezclarlos en la consulta, de tal forma que se conviertan en una resistencia o en un punto ciego de desconocimiento de la problemática del paciente (Pérez, comunicación verbal, 29 agosto, 2012).

1.4 Indumentaria del psicólogo clínico

Es importante señalar que la apariencia del psicólogo clínico es muy importante, sobre todo la indumentaria del psicólogo clínico, aunque no hay normas estrictas. Oblitas (2003) indica que como regla general, debe estar bien arreglado, con ropa discreta y, en algunos casos, dependerá de la edad de los pacientes a tratar. Adecuada al rol. Si el paciente es un niño, vestir un traje puede transmitirle al niño mucha seriedad, aunque ello no ocurrirá si el paciente es una persona adulta. Es útil y de sentido común vestir de acuerdo a las normas culturales y locales de cada sitio.

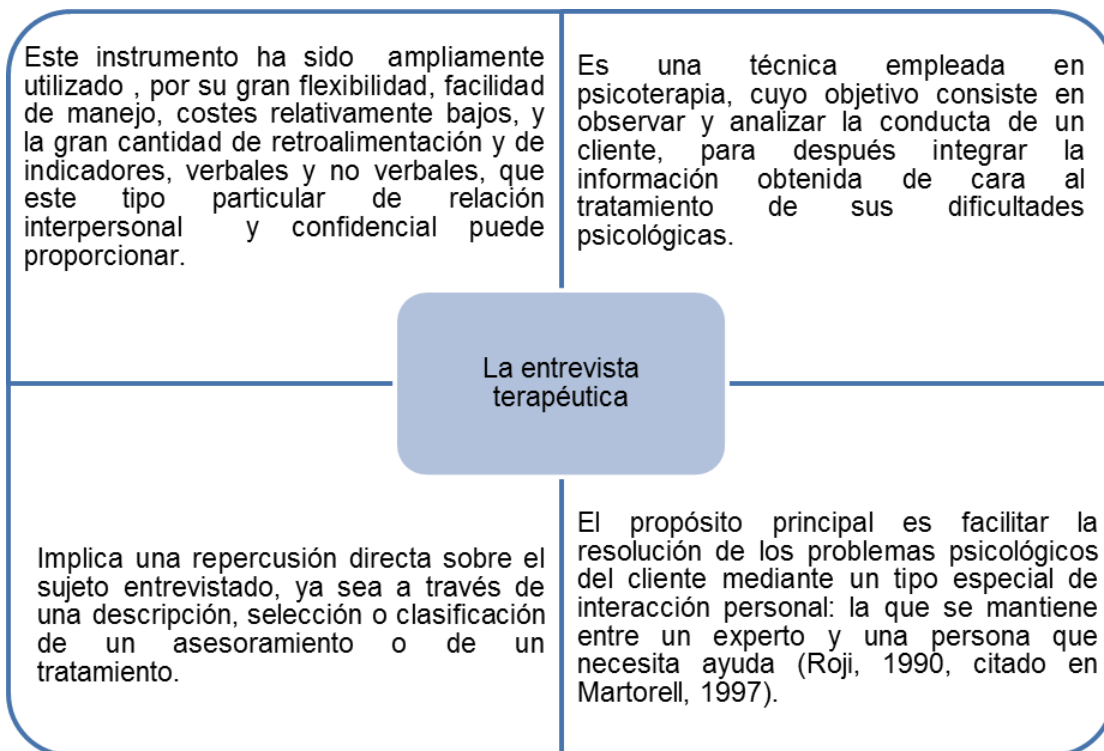
2 Entrevista terapéutica

2.1 Definición

Para los estudiantes, pasantes o psicólogos y terapeutas en formación, entre otros profesionales de la salud mental, es esencial el uso de la entrevista, ya que como Bleger (1985) indica es una técnica de investigación científica, que tiene su propio procedimiento con el cual amplía el conocimiento científico.

Puesto que la entrevista es en gran medida el instrumento más empleado en la Psicología clínica, tiene una función muy importante en muchas formas de tratamiento psicológico y es un componente principal de la evaluación clínica que precede, acompaña y sigue el tratamiento (Bernstein y Nietzel, 1982).

La forma en que se estructura la entrevista depende de las circunstancias y los objetivos de la entrevista, este trabajo está centrado en un tipo particular, la entrevista terapéutica, la cual cuenta con rasgos definitorios específicos y diferenciales, los cuales se muestran a continuación (Martorell, 1997):



Esquema 5 Características de la entrevista terapéutica (Martorrel, 1997))

Para Rojí (1997) la entrevista terapéutica es una situación interactiva en la que los participantes ajustan sus repertorios conductuales en función de la meta que implícita o explícitamente, se han propuesto alcanzar.

2.2 Tipos de entrevista terapéutica

Dependiendo de la situación, se podrán distinguir diferentes tipos de entrevista terapéutica (Bernstein y Nietzel, 1982):

**Entrevistas
iniciales**

Cuyo objetivo principal será identificar el tipo, situación y contexto que constituyen las dificultades del paciente. En esta entrevista el psicólogo clínico podrá determinar si puede abordar esta problemática. A este tipo de entrevista también se le denomina Pre-consulta.

La entrevista de identificación de problemas

En ella, el individuo ya ha sido aceptado por el psicólogo clínico como paciente. En esta entrevista, la tarea fundamental del psicólogo será identificar, describir y explicar de forma detallada y comprensiva los problemas del paciente. A este tipo de entrevistas también se les denomina de ingreso o de evaluación.

Las entrevistas de orientación

A partir de este tipo de entrevista lo que se pretende es conseguir que el entrevistado tenga una visión clara y esperanzadora de las estrategias de evaluación y de tratamiento clínico. Se explica en qué van a consistir y cuál es su finalidad, y con ello se trata de fomentar la creación de expectativas adecuadas, la disminución de su ansiedad ante la situación de entrevista y tratamiento, la motivación del paciente y el alcance de un clima cálido y óptimo.

Las entrevistas de terminación

Aquí lo que se pretende es “atar cabos” que hayan podido quedar sueltos. Se resumirá e incidirá sobre la labor del psicólogo clínico a lo largo de la entrevista y el tratamiento, de los posibles resultados, de los puntos que todavía no han sido solucionados, de los avances obtenidos respecto a los problemas del paciente, además de los planes y estrategias a futuro.

Las entrevistas en situación de crisis

Se dan cuando el paciente se encuentra en situación de emergencia, en las que con la máxima rapidez posible el psicólogo clínico intentará abordar las dificultades del sujeto. En escaso espacio de tiempo se tratará de establecer una buena relación con el entrevistado, darle apoyo, determinar cuál es la naturaleza y el contexto concreto de su problema, y además de emprender una estrategia de intervención y ayuda para el mismo. Para ello, el psicólogo

clínico intensificara su serenidad, interés y aceptación hacia el paciente, y se centrará de una forma más directa en los problemas inmediatos del paciente (Miller, 1996; Resnick y Cols., 1996).

2.3 Etapas de la entrevista psicoterapéutica

Tal como lo indica Rojí (1997) durante una entrevista terapéutica se pueden distinguir tres etapas, las cuales tienen una función importante que cumplir, además cada etapa tiene cierto grado de estructuración, las etapas son (Romero y Ruiz, 2012):

- Etapa inicial o de apertura
- Etapa de obtención de información
- Etapa de cierre

Ahora bien, cabe destacar que debido a la delicada labor a la que se enfrentan los profesionales de esta área, en la que se trabaja con individuos que sufren problemas psicológicos, y en la que un mal trabajo puede traer graves consecuencias, la improvisación no es recomendable si el entrevistador aun es principiante en esta temática (Pérez, comunicación verbal, 25 de febrero, 2013).

Es aconsejable que antes de cualquier entrevista el psicólogo clínico tenga en cuenta de qué tipo, cuánta y de qué fuentes es la información previa acerca del paciente. Esto permitirá centrarse mejor en los puntos más relevantes o menos tratados de las dificultades del individuo y, al mismo tiempo, impedirá que se repita. También es importante tener en cuenta que esto permitirá planificar mejor la entrevista y así tener una mejor visión de lo que se podrá realizar. Con todo ello, se puede facilitar el establecimiento de una relación terapéutica más fructífera, ya que el entrevistado se percatara del interés y atención hacia su caso (Rojí, 1997).

2.3.1 Fase de apertura

En esta etapa es de suma importancia que el psicólogo centre especial atención, ya que en gran medida determinará el desarrollo de la relación.

Tal como afirma Díaz (1989), el inicio de la entrevista es el primer contacto formal, cara a cara, entre entrevistado y entrevistador. Como ya se había mencionado anteriormente, este encuentro puede estar precedido frecuentemente por una llamada telefónica, que en algunas ocasiones puede generar en el paciente una serie de fantasías por el contacto a distancia, dichas fantasías se desenvuelven en los terrenos del inconsciente, idealizando durante un tiempo más o menos prolongado, la interacción entre psicólogo y paciente; la duración de estas fantasías dependerá, tanto del buen funcionamiento del juicio de realidad del entrevistado, la cual permitirá la rápida rectificación de sus distorsiones perceptuales y conceptuales, así como de la habilidad con la que el entrevistador se enfrente a ellas.

Ahora bien, la entrevista se inicia saludando al paciente y presentándose ante él, esperando que, como es lógico en todo contacto social, corresponda a la iniciativa saludando y presentándose a su vez, si es que no se le ha llamado por su nombre tomado del expediente correspondiente, si es el caso (Díaz, 1989).

Otro punto importante es dirigirse al paciente de usted, ya que no sabe su problemática ni su patología; solo cuando el psicólogo clínico se dirige a niños o adolescentes podrá hacerlo de tu (Pérez, comunicación verbal, 20 agosto, 2012).

Es importante mencionar que el saludo es el primer contacto físico con el paciente (González, 2002), el saludo puede ser un apretón de manos, solo un roce de dedos, acercándose mucho o incluso saludando de beso en la mejilla, también de gran fortaleza dando golpecillos en la espalda, este dato va indicar la cercanía que quiere tener el entrevistado durante su entrevista, por lo cual es importante que el entrevistador no rebase el límite que este le permite. Si el entrevistado llega y saluda solo con *¡hola!*, así debe saludar el entrevistador no debe acercarse, ya

que podría generar incomodidad o una serie de pensamientos donde está muy adelantado el proceso de acercamiento, no es lo más conveniente (Pérez, comunicación verbal, 20 agosto, 2012).

El entrevistado neurótico no se desorganiza por la ausencia de presentaciones, pero elabora sus propia interpretación, siguiendo su educación o conflictiva existente, de esta forma para él la omisión se tomará como una falta de educación, desinterés, rechazo o realización de una labor burocrática, en la que el interés del entrevistador solo se centra en el caso, el conejillo de indias o bien, para llenar en un expediente, mas no en su persona; de esta forma el paciente puede hacer interpretaciones, que como es lógico suponer, pueden despertar resistencias iniciales a entablar una relación de trabajo (Díaz, 1989).

Desde el momento en que el psicólogo clínico establece contacto visual con el entrevistado puede observar la dirección de su atención, ya sea hacia él, hacia el lugar de la entrevista, hacia el vacío, hacia un punto específico, cuya observación consume todo su interés. Esto permitirá inferir al psicólogo clínico el deseo o temor que tiene el paciente de relacionarse con él, la apatía hacia el mundo circundante y la existencia presuntiva de alucinaciones (Díaz, 1989).

Mientras el entrevistado entra al consultorio el psicólogo clínico puede observar su marcha y, como seguirá haciéndolo en el curso de la entrevista, detalles de su actitud, expresión facial, constitución, integridad corporal, conducta e indumentaria (Díaz, 1989).

Resultará difícil creer que el paciente se siente muy a gusto frente al psicólogo clínico, si entro al consultorio pegado a la pared, tratando de protegerse de un ataque, salta en su asiento cada vez que se le dirige la palabra y permanece tensamente sujeto a los brazos del sillón, en cuyo borde se apoya, mientras lanza furtivas miradas a la puerta, dispuesto aparentemente a huir en cuanto a la ocasión lo propicie. Tal acontecimiento puede expresar la desconfianza expresada corporalmente, la cual interfiere con el desarrollo de la entrevista o no cede al curso de la misma, también llevará a explorar en el momento adecuado, tanto la

posible existencia de otras manifestaciones de disociación ideo-afectiva, de represión o negación de emociones, como los temores despertados por la entrevista.

Por lo tanto, durante esta fase el psicólogo clínico también debe fijarse en el aliño del entrevistado, si su ropa es de calidad y si es adecuada a la situación, a su edad, sexo, economía e incluso al clima, la indumentaria del entrevistado puede aportar elementos para valorar su condición socioeconómica y muy a grandes rasgos, su contacto con la realidad, el buen o mal gusto en el atuendo, el cuidado en el arreglo, la limpieza, el seguimiento o abandono de la moda, en ocasiones el tipo de vestimenta puede dar a notar la existencia de incongruencias personales, oposición de normas sociales, incluso a la identidad de género, etc. (Díaz, 1989).

Además, el psicólogo clínico también puede observar si su higiene es la adecuada, incluso su descripción física: como su estado de nutrición, si tiene alguna seña o cicatriz en la cara, si tiene tatuajes, ya que todos estos datos le permitirán al psicólogo clínico ir construyendo la historia y las características del entrevistado; a la vez hay que observar el estado emocional en el que se presenta a la entrevista, por ejemplo: relajado, tenso, nervioso, preocupado; además de sus gesticulaciones, estereotipias u otras expresiones motoras, pero sobre todo si entre lo que dice y como lo dice concuerdan con la problemática que va a narrar, por ejemplo, si un entrevistado dice que viene muy triste pero no se nota habrá que escucharlo (Pérez, comunicación verbal, 20 agosto, 2012).

El psicólogo clínico no deberá señalar inicialmente la contradicción entre actitud y discurso, con la finalidad de evitar el aumento de la resistencia a la exploración, que podría presentarse por la irrupción brusca sobre la defensa disociativa, como la desaparición del indicador corporal de la existencia, intensificación o disminución de la angustia en el curso de la entrevista. En cambio si el paciente inicia su comunicación haciendo al psicólogo clínico participe de los temores expresados a través de su actitud, esto indica que se encuentra ante una persona sin disociaciones, que permite el abordaje y frecuentemente, la rápida disminución

de la angustia en la relación con el entrevistador a través de la exploración del temor manifiesto (Díaz, 1989).

Es importante señalar que el psicólogo clínico debe registrar datos sobre el tipo de lenguaje que emplea el paciente, ya que Díaz (1989) indica que esto permitirá obtener información sobre su nivel cultural, la región geográfica de la que proviene, su profesión o intereses vocacionales y recreativos, el grado de sofisticación psicológica, etc.

Durante la entrevista es muy importante tener en cuenta que **hay escuchar mas no criticar**, ya que la crítica impide identificar en principio el problema manifiesto y posteriormente el problema denominado latente para así saber con qué problemática trabajar y que forme parte del diagnóstico final de dicho entrevistado (Pérez, comunicación verbal, 20 agosto, 2012).

Ahora bien, dentro de esta primera etapa es fundamental el establecimiento de un buen rapport; para Menninger (1974, cit. En González, 2002), el rapport es la relación que se establece entre el psicólogo clínico y el paciente, el cual liga al paciente al tratamiento, a la cura y al psicólogo. Por lo tanto, es la capacidad del paciente para establecer una relación profesional con el psicólogo clínico.

De esta forma, el rapport, es el hecho de crear un clima cálido, cómodo, de confianza y propicio para el establecimiento de una buena relación terapéutica es uno de los aspectos clave que pueden hacer que una entrevista o un proceso de tratamiento alcancen o no el éxito. Para ello se debe procurar que el ambiente físico, y no solo el interpersonal, favorezca la confianza, la apertura al diálogo y la confidencialidad (Díaz, 1989).

Mientras el paciente relata el porqué de la búsqueda de atención psicológica, el entrevistador se mantendrá en silencio, mostrando su interés solamente a través de gestos, miradas y movimientos, los cuales permitirán que el paciente continúe con su relato.

El psicólogo clínico no deberá interrumpir ni siquiera para precisar fechas o circunstancias ambiguas, ya que esta primera narración espontanea permite observar la sucesión de temas vinculados, que posteriormente puede perderse si las intervenciones del entrevistador despiertan el temor a ser descubiertos en acciones, afectos o fantasías que se teme sean objeto de crítica o rechazo.

De esta forma, la intervención en este momento de la entrevista, se reduce exclusivamente a la observación de:



Esquema 6 Algunos aspectos que debe observar el psicólogo clínico durante la entrevista (Díaz, 1989).

Una vez que el paciente ha ampliado la descripción de su padecimiento actual, con las diversas manifestaciones sobre las áreas de su vida afectadas o cuando a pesar de los intentos de ampliar comunicaciones tan escuetas como: *tengo angustia, me duele la cabeza, no duermo bien, se me ha ido el apetito y ya...* no se puede obtener la respuesta deseada, se comenzará a realizar la investigación.

2.3.1.1 Encuadre

Tal como lo indica Díaz (1989), el clima de franca colaboración que es preciso lograr durante la primera etapa de la entrevista se ve favorecido por el empleo de una técnica directiva denominada encuadre, la cual consiste en presentar o definir la situación de entrevista, esto se hace mediante la especificación de los objetivos de la intervención terapéutica y de las fases y técnicas generales en que consiste el tratamiento.

De la misma forma Díaz (1989), refiere que el encuadre contribuye a disminuir notablemente la ansiedad del paciente, ya que se le proporcionan una serie de puntos de referencia respecto de los cuales puede estructurar tanto sus percepciones como sus expectativas, este hecho suele traducirse en un considerable incremento de la motivación para permanecer en tratamiento. Además el encuadre ofrece al psicólogo clínico la oportunidad de establecer algunas hipótesis elementales en relación con la forma en que él, y sobre todo sus expresiones y actitudes menos controladas conscientemente influyen en la conducta al paciente (inhibiéndole, tranquilizándole, etc.).

La técnica de encuadrar la entrevista o el tratamiento también es importante porque da al psicólogo clínico la oportunidad de establecer una primera hipótesis sobre la clase de persona que es su paciente (Díaz, 1989); más adelante se hablará más sobre el encuadre.

2.3.2 Fase de obtención de datos

La transición entre la primera y la segunda etapa de la entrevista debe realizarse de la manera menos brusca posible (Rojí, 1997). Para dar inicio a esta etapa se puede realizar alguna pregunta abierta al entrevistado, para así tratar de iniciar el diálogo de una forma suave y cómoda, y con ello intentar crear un clima propicio para que el entrevistado se decida a contar los motivos que le han llevado a visitar el consultorio, para de esta forma ir estableciendo la naturaleza y contexto de sus problemas.

En esta etapa es relevante indagar sobre la problemática que le aqueja, y por medio de la entrevista saber (Pérez, comunicación verbal, 20 agosto, 2012):

-
- **¿Qué es?,**
-
- **¿En qué consiste?,**
 - **¿Cada cuando se presenta esta situación?, es decir la frecuencia e intensidad, de dicha problemática.**
-
- **Tratar de identificar el momento de inicio de la sintomatología y/o padecimiento, ¿Cuándo inicio?, e incluso si se dio a partir de cierto acontecimiento.**
-

Por ejemplo en una entrevista inicial una paciente de sexo femenino podría mencionar:



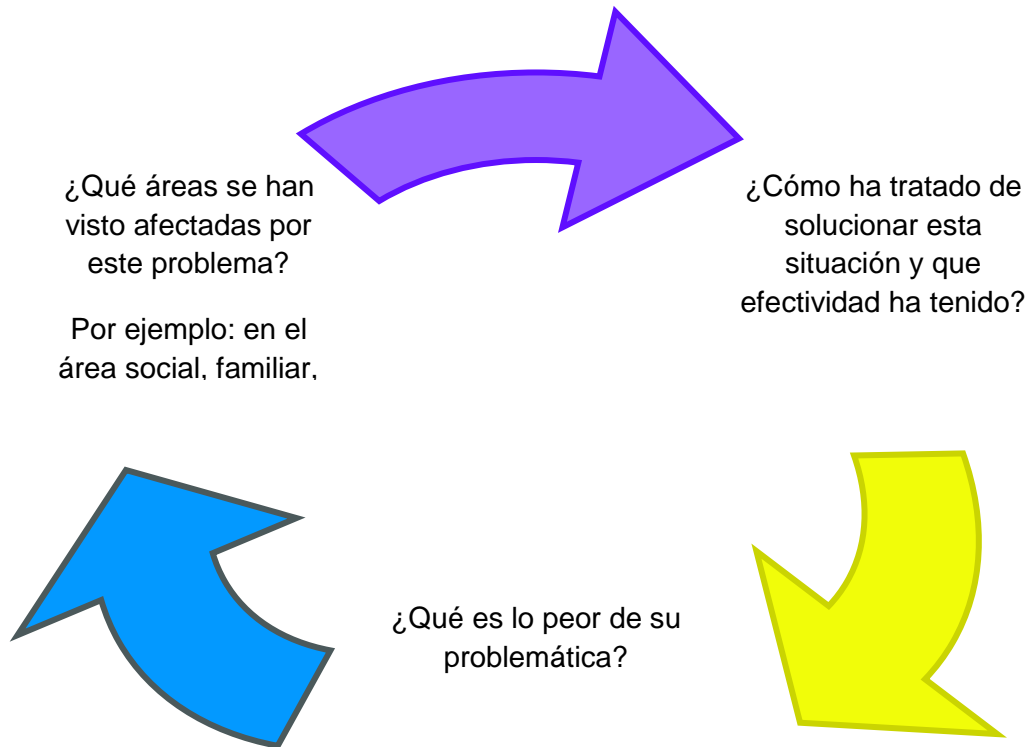
Una mujer puede mencionar:

“Constantemente siento angustia, muchas ganas de llorar, culpa, además tengo insomnio; cuando logro conciliar el sueño con frecuencia sueño un bebé”

Al indagar el psicólogo clínico podría descubrir que estos síntomas se desarrollaron tras un aborto inducido.

Ejemplo 1 Factor desencadenante.

Ahora bien, de este ejemplo y de cualquier otro motivo de consulta pueden surgir preguntas como las que a continuación se presentan (Pérez, comunicación verbal, 20 agosto, 2012):



Esquema 7 Preguntas que se le pueden hacer al paciente para abordar su motivo de consulta (Pérez, comunicación verbal, 20 de agosto, 2012)

Durante la entrevista el psicólogo clínico intentará transmitir comprensión, interés y aceptación, entre otras cosas mediante la escucha activa. De esta forma, una vez creado un ambiente propicio para el diálogo, se emplean preguntas y comentarios más directivos por parte del psicólogo clínico, con el fin de recabar información pertinente al caso, que permita realizar la elaboración de una hipótesis acerca de las dificultades del entrevistado y, al mismo tiempo, poder ir contrastándolas y planificando posibles estrategias de intervención.

Un punto muy importante es que durante la entrevista, el psicólogo clínico debe utilizar un lenguaje que sea respetuoso, ya que en ocasiones las bromas se

vuelven irónicas, y no se sabe que reacción pueda generar en el paciente, ya que puede desagradarle o hacerle sentir mal (Díaz, 1989).

Por otro lado, el psicólogo clínico debe estar muy atento a lo que el entrevistado dice, seguir la secuencia de la problemática, no cambiar súbitamente de tema y emplear la técnica de la clarificación, para saber si los datos coinciden, de forma que el psicólogo clínico puede intervenir diciendo: *¿podría aclararme si esto fue por la mañana o por la tarde?, ¿antes de que siga podría decirme que evento fue primero?, o bien, acláreme ante toda esta situación ¿Qué hizo?* , así el entrevistado puede indicar: *esto lo dije porque...* (Pérez, comunicación verbal, 20 agosto, 2012).

Cabe mencionar que durante esta fase **no se puede hacer uso de la confrontación**, ya que durante la entrevista se está elaborando un diagnóstico; la confrontación se hace presente si el psicólogo clínico trata de ordenar los acontecimientos que el entrevistado narra diciendo: *“usted me dijo que estaba esperando a su novia en el andén del metro Copilco debajo del reloj, pero al mismo tiempo indica que ese día usted no estuvo en el metro, que estuvo en su casa viendo el fútbol”*. La confrontación pone dos hechos, que al poner uno contra otro se vuelven incongruentes, no coinciden y se generan reflexiones acerca del *¿por qué los hechos no coinciden en el paciente?*, al dejar al descubierto tal incongruencia. Lo indicado es que el psicólogo clínico tome los datos y trate de aclarar, cuando se percibe que el entrevistado está mintiendo, de igual forma solo se registran (Pérez, comunicación verbal, 20 agosto, 2012).

De igual forma, como indica Pérez (comunicación verbal, 20 agosto, 2012), el psicólogo clínico debe estar atento al cambio de tono de voz que hace cuando algo le molesta al paciente, como se expresa, ya sea de objetos o de personas, por ejemplo, un entrevistado puede tener cierto tipo de expresión cuando habla de su madre que ya falleció, a algunos se le corta la voz, formando un nudo en su garganta, pero otros el tono de voz muestra aplanamiento emocional o cierta ira, los contrastes que puede llegar a tener, por lo cual hay que estar muy atento tanto a la comunicación verbal como a la no verbal.

Asimismo, Pérez (comunicación verbal, 20 agosto, 2012) sugiere analizar una serie aspectos en el paciente como los siguientes:

Si el entrevistado remarca algunos puntos o incluso si existen temas que no quiere tratar. Ya que todos los datos están al servicio del diagnóstico.

El psicólogo clínico puede observar si el paciente es muy demandante: si pide café, si pide dulces tal como los recibe en el odontólogo, incluso si menciona la posibilidad de que se le haga una rebaja al precio de la consulta. Si las demandas del paciente son excesivas podrían indicar voracidad.

Es importante observar si el entrevistado hace comentarios sobre el lugar de la consulta, por ejemplo : que bonitos plafones, o por el contrario: los plafones están muy sucios, y así poder ver su hostilidad o amabilidad de transferencia, ya sea negativa o positiva.

Ver sus demandas, por ejemplo si quiere cambiar el horario de las sesión de entrevista, y analizar ante que situaciones el psicólogo clínico no debe acceder. ¿Si es puntual? ¿Si tiene que contar, si inicia contando sueños?

Quien lo manda, qué expectativas tiene para resolver sus problemática, si habla bien o mal de su experiencia con el psicólogo.

Esquema 8 Algunos otros aspectos que es conveniente que el psicólogo clínico observe (Pérez, comunicación verbal, 20 agosto, 2012).

Por otro lado, es necesario que el psicólogo clínico aprenda a deslindar la información objetiva de otra clase de información que puede enmascararla, es necesario tener siempre presente que, cualquier persona, cuando tiene que hablar de sí mismo y de sus actuaciones anteriores, lo hace de tal forma que tiende a minimizar los aspectos desfavorables de tales conductas, para ofrecer la mejor imagen posible de sí mismo (Rojí, 1997).

Sullivan (1984, cit. En Rojí, 1997) menciona que el móvil de esta forma de actuar por parte del paciente es la ansiedad, en cuanto a esto afirma que la ansiedad es, una señal de que algo debe ser diferente de inmediato. Para poder objetivar la información que ofrece el paciente es necesario, por una parte, identificar los efectos de una ansiedad sobre la interacción y la comunicación, de manera que, su inseguridad respecto a la opinión del entrevistador sobre lo que él cuenta, afecte lo menos posible a la evaluación de los hechos, y por otra, es necesario controlar la propia ansiedad, para que esta no desemboque en interpretaciones precipitadas o en la autodefensa tras el rol de experto.

La capacidad que ha de desarrollar el psicólogo clínico, para adecuar sus técnicas a las fluctuaciones de la comunicación y la interacción que mantiene con su paciente, se encuentra íntimamente ligada a la identificación de las distorsiones, que introduce la ansiedad de los participantes en la relación terapéutica.

2.3.2.1 La formulación de la preguntas

Como indica Roji (1997), “una de las habilidades fundamentales que el psicólogo clínico en formación ha de desarrollar es el saber preguntar”.

Ahora bien, Paul (1973) indica que por medio de las preguntas, el psicólogo clínico puede ampliar un tema, enfocar algún acontecimiento y además explorar su connotación. De la misma manera, por medio de las preguntas el paciente comprueba que se le está poniendo atención y que el psicólogo clínico es

participe activo en este encuentro. Por lo tanto, las preguntas durante la entrevista orientaran al paciente en una dirección y le darán una guía, pero también control.

Sin embargo, cuando se habla de control no se habla de absoluta rigidez, por ejemplo, cuando el psicólogo clínico no ha comprendido lo que el paciente quiso decirle, puede hacer uso de comentarios, observaciones e incluso interpretaciones, sin necesidad de hacer una pregunta. Lo puede hacer por medio de un: *“no entendí muy bien lo que trato de explicarme”*; el psicólogo clínico debe estar atento a la respuesta ante este comentario por parte del paciente, ya que el psicólogo clínico le puede hacer saber al paciente que la respuesta de algún acontecimiento puede ser importante y está omitiendo detalles (Paul, 1973).

De igual forma Paul (1973), refiere que el psicólogo clínico solo debe clarificar con el objetivo de devolverle al entrevistado mayor conocimiento sobre la dinámica de la problemática central que le aqueja.

De esta forma, Rojí (1997) sugiere una serie de consideraciones que debe tener el psicólogo clínico al formular una pregunta:

-
- Las preguntas dirigidas personalmente al sujeto, empleando tú, usted o llamándolo por su nombre, tienden a generar respuestas más fiables que si la pregunta se formula de forma abstracta. Por ejemplo: María ¿usted vio...? En lugar de ¿se veía...?
-
- El enunciado de una pregunta debe evitar sugerir la respuesta. Por lo que el psicólogo clínico deben evitar todas aquellas formulaciones que puedan dar lugar a un condicionamiento semántico. Por ejemplo: ¿Cómo son las relaciones con su esposa? En lugar de A usted le gusta maltratar a su esposa, ¿verdad?
- Es importante que el psicólogo clínico no emita preguntas que contengan alternativas cerradas ni que conlleven una implicación. Por ejemplo: no es conveniente preguntar ¿Él era... o era...? Ni ¿Ella

estaba...? Lo conveniente es preguntar: ¿Cómo era...?

- Las preguntas deben enunciarse de tal manera que su respuesta no haya de ser obligatoriamente minuciosa. En caso de que la información que busca el entrevistador sea más compleja o extensa es conveniente que formule varias preguntas escalonadamente, recurriendo a varias interrogaciones independientes entre sí. Es decir, nunca se debe bombardear al paciente con varias preguntas a la vez.
- Otro punto importante es que antes de formular una pregunta es necesario evaluar las posibilidades de que el sujeto tenga los conocimientos necesarios para responderla. En caso de duda, antes de formular la pregunta es conveniente que el psicólogo clínico verifique que no está enfrentando al paciente con algo que desconoce.
- El enunciado de una pregunta no debe ser ni tan específico que pueda dar lugar a una respuesta irrelevante ni tan general que promueva una respuesta estereotipada.
- Antes de formular una pregunta conviene evaluar hasta qué punto ésta provocara en el paciente una especial tensión, que le lleve a ponerse a la defensiva, o bien a una comodidad tan notoria que le oriente hacia la divagación.
- El orden de una serie de preguntas resulta más efectivo cuando sigue un criterio psicológico (motivación, expectativas...) que cuando el criterio estructurante es de naturaleza lógica (particular, general...).
- Es aconsejable disponer de enunciados alternativos para cada cuestión y emplearlos siempre que el paciente dé muestras de no captar el sentido de la pregunta. En esta situación suele ser efectivo recurrir a ejemplos que ayuden al paciente a identificar el tipo de información buscada.

-
- La estructura sintáctica y la selección léxica del enunciado de una pregunta debe realizarse buscando preferentemente la sencillez y la claridad, eligiendo por ejemplo voces activas en lugar de pasivas, y cuidando las implicaciones emocionales de los términos elegidos.
-

2.3.3 Cierre de la entrevista

Esta fase se inicia con la indicación por parte del entrevistador, respecto a que se acerca el final, la cual debe ser seguida por un resumen de los contenidos tratados. Durante esta etapa se ofrece al paciente la oportunidad de aclarar aquellos malentendidos en que hubiera podido caer el entrevistador y por otra parte, se le brinda la posibilidad de comunicar cualquier información que hubiera quedado retenida por diversos motivos (Rojí, 1997).

Es frecuente que el paciente, en este momento próximo a la despedida, ofrezca alguna información especialmente relevante. Este fenómeno suele darse en pacientes que no desean que acabe la entrevista y que, por ello, tratan de prolongarla sacando un tema de interés, o bien en pacientes que, sabiéndose en el final de la entrevista, dejan de temer las consecuencias que pudiera tener el hecho de revelar una información que ellos consideraban perturbadora. A este tipo de acción se le denomina voracidad (Pérez, comunicación verbal, 20 agosto, 2012).

El psicólogo clínico no debe descuidar atención y su interés ni siquiera en los últimos momentos de la entrevista.

Cabe resaltar, que la función de esta etapa consiste en atar los cabos que hayan podido quedar sueltos, insistiendo siempre en los aspectos potenciadores de la comprensión del paciente respecto de sus dificultades, y en su esperanza y autoconfianza frente al futuro.



Esquema 9 La despedida del paciente tras la entrevista (Rojí, 1997)

Por lo tanto, es importante devolverle al entrevistado algo que le permita ir con mayor tranquilidad al salir de su sesión, y lo que se le devuelve es la comprensión de la problemática, lo que sucedió, lo que le preocupa y sobre todo la empatía, que él sienta que fue comprendido, en lo que le aqueja y como se va a trabajar (Pérez, Comunicación verbal, octubre 31, 2012).



La entrevista debe terminar en un momento positivo a nivel anímico del cliente y en el cual algún problema importante no esté a medio tratar, al menos sin haber puesto en marcha alguna estrategia de solución.

Ilustración 1 El término de la entrevista (Pérez, comunicación verbal, octubre 31, 2012)

De igual forma, Pérez (Comunicación verbal, octubre 31, 2012) refiere que en la parte del cierre de la entrevista, es importante que el entrevistado no se vaya en estado de regresión, es decir, que se vaya pensando en aspectos que refirió de su pasado, los cuales le fueron dolorosos, por ejemplo: la pérdida de algún familiar, las causas de su divorcio, el maltrato que sufrió durante su niñez, etc.; al término de la entrevista hay que llevar al paciente al aquí y el ahora.

Provocándole distracción y haciendo que el riesgo de sufrir algún incidente sea más probable por la falta de atención (Pérez, comunicación verbal, octubre 31, 2012).

La forma de llevarlo es a través de algunas preguntas tales como:



Esquema 10 Preguntas para regresar al paciente al aquí y ahora, tras la entrevista (Pérez, comunicación verbal, octubre 31, 2012).

Pérez (Comunicación verbal, agosto 6, 2012) indica que al término de la entrevista, el entrevistado ha de saber que se le escucho, se le comprendió y por lo tanto se puede conocer la problemática consciente e inconsciente que le aqueja. La empatía muestra que lo importante no es tener la solución a todos los problemas pero sí comprender la dinámica de estos.

Puede suceder, que al final de la entrevista, el paciente le pida al psicólogo clínico su número telefónico particular. En este caso, es necesario conocer si existe algún motivo que justifique esta demanda. Como indica González (2002), darle al paciente el número particular puede ayudar, si implica que el terapeuta no teme a la posible dependencia, ni habrá de molestarse si llega a llamarle de forma desesperada. Por lo tanto, es necesario que a través de la información recabada durante la entrevista, el psicólogo clínico valore si es prudente darle este tipo de información, por ejemplo: si el paciente que solicita el número particular del psicólogo muestra síntomas de ansiedad, probablemente, una de las formas con las que ayude a disminuir su ansiedad será llamando al psicólogo clínico, sin importarle la hora, si es fin de semana, si es un día festivo, etc.

Esta etapa culmina con la despedida formal, que consiste en los rituales sociales habituales en una despedida. Es recomendable que esta se desarrolle de forma breve y respetuosa, pero también cálida, de manera tal que haya un lugar para el reconocimiento del esfuerzo realizado y la manifestación de sentimientos de gratitud y afecto (Díaz, 1989).

Es importante mencionar que algunos entrevistadores utilizan solo una sesión para la entrevista, algunos otros pueden realizar 2 o 3 dependiendo si aplican pruebas, para obtener todos los datos importantes para el entrevistador y para el diagnóstico, se puede aunar una batería de pruebas y así profundizar la información que ya se obtuvo durante la entrevista con el entrevistado.

2.4 Consideraciones del psicólogo clínico durante la entrevista terapéutica

Ahora bien, tal como lo indica Pérez (comunicación verbal, 20 agosto, 2012) un estudiante que está por comenzar su formación como terapeuta, debe estar pendiente de una gran serie de datos antes, durante y después de la entrevista.

Muchas veces el primer contacto con el entrevistado es a través de la llamada telefónica para concertar una cita, siendo así González (2002) refiere que el teléfono es una herramienta fundamental en el desarrollo de la entrevista y por lo tanto exige un buen manejo técnico, ya que influye en el trabajo clínico con los

pacientes. Cuando el paciente llama por primera vez, el psicólogo clínico le puede pedir algún tipo de información como: su nombre, número telefónico, si la cita es personal o para otra persona.

En este sentido, será importante observar si por su tono de voz da la impresión de tratarse de una persona del sexo masculino o femenino, una niña, un adolescente; el tono de voz que emplea, que es lo que más le llama la atención, la forma que utiliza para dirigirse hacia el psicólogo clínico, es decir, si le habla de usted o si le habla de tu (Pérez, comunicación verbal, 20 agosto, 2012).

Así también podrá observar si la persona es ansiosa y si durante la llamada telefónica decide contar la situación que le aqueja, si es así, lo indicado es ayudarle a reducir su ansiedad indicándole la fecha y la hora en que se dará la cita y mencionándole una frase que lo tranquilice tal como *“aquí lo espero”* o *“nos vemos el día...”* (Pérez, comunicación verbal, 20 agosto, 2012).

Durante la llamada también hay que indicar el costo de la sesión, si es gratuita o si el costo es de acuerdo a un estudio socioeconómico y en qué consiste dicho estudio (Pérez, comunicación verbal, 20 agosto, 2012).

Como ya se ha mencionado, en ocasiones los entrevistados pueden indicar el motivo de consulta durante la llamada, el cual puede ser la muerte de un familiar, un divorcio, alguna dificultad en la relación con sus hijos, incluso que se le rompió una uña, siendo así lo que para la persona resulte relevante; por tal motivo el psicólogo clínico no debe soslayar o restarle importancia, lo que tendrá que hacer es atender dicha demanda para conocer el conflicto central que le tiene en esa situación de ansiedad (Pérez, comunicación verbal, 20 agosto, 2012).

Ilustración 2 Llamada telefónica



Los entrevistados llegan y por lo general, suelen ofrecer descripciones muy vagas, imprecisas y pobres de los problemas que presentan. Una de las principales labores del entrevistador será conseguir una adecuada especificación de la naturaleza y contexto de la problemática del entrevistado (Pérez, comunicación verbal, 20 agosto, 2012).

Durante la sesión de entrevista, es importante que el psicólogo clínico lleve a cabo una evaluación de los problemas y dentro de esta, uno de los principales objetivos será cumplir con la denominada conceptualización, la cual consiste en saber qué información obtener y como conseguirla (utilizando para ello instrumentos que permitan recoger y procesar la información relevante), integrarla de alguna forma significativa y utilizarla para generar hipótesis sobre los problemas del paciente (Pérez, comunicación verbal, 20 agosto, 2012).

2.5 Pautas que debe considerar el psicólogo clínico durante la entrevista

Para Díaz (2010) el psicólogo clínico que fungirá como entrevistador, debe contar con conocimientos, habilidades y responsabilidad para abordar la sesión de la entrevista, sin embargo esto lo ira adquiriendo a través de la experiencia.

Es de suma importancia menciona que el psicólogo clínico, durante esta sesión debe abstenerse de realizar interpretaciones, ya que su principal tarea es observar (Díaz, 2010).

A continuación de enlistan una serie de puntos que el psicólogo clínico debe tomar en cuenta para la entrevista, según Díaz (2010):

- Demostrar seguridad en sí mismo.
- Ponerse a nivel del entrevistado; esto puede conseguirse con una buena preparación previa del entrevistado en el tema que va a tratar con el entrevistado.

- Ser sensible para captar los problemas que pudieren suscitarse.
- Comprender los intereses del entrevistado.
- Despojarse de prejuicios y, en lo posible de cualquier influencia empática.
- Su voz es serena, audible y segura.
- Su posición corporal refleja seguridad, profesionalismo y serenidad.
- Sus movimientos son seguros, profesionales y serenos.
- Establece rapport o empatía con naturalidad y agilidad en forma oportuna.
- Mantiene contacto visual con el paciente más del 80% del tiempo, sobre todo al
- principio de la entrevista.
- Toma los datos básicos completos, con precisión y agilidad.
- Recaba con precisión y agilidad, en forma horizontal, el psicograma.
- Pregunta con naturalidad y precisión qué es lo que hizo que el paciente decidiera acudir a consulta psicológica.
- Evita hacer preguntas sugeridas.
- Evita repetir preguntas que ya han sido respondidas.
- Razona sus preguntas pero no titubea o genera silencios prolongados.
- Se expresa con precisión y lenguaje accesible para el paciente.
- Promueve que el paciente se exprese suficientemente en sus respuestas.
- Se muestra comprensivo de los sentimientos, pensamientos y acciones del paciente.

- Evita refutar agresivamente u ofender al paciente.
- Evita con habilidad y prudencia que el paciente se extienda innecesariamente.
- Mantiene el control y ritmo de la entrevista (evita que el paciente sea el que determine unilateralmente los puntos a tocar, que salte de uno a otro, o se extienda demasiado).
- Aprovecha el tiempo recabando información sin perder serenidad y naturalidad.
- Después de preguntar el motivo de la consulta, sus preguntas son lógicas para explorar factores hipotéticos que podrían intervenir directa o indirectamente en el cuadro sintomático, considerando también los Criterios de Salud Mental.
- Hace preguntas sistemáticas procurando abordar en forma concreta (pide corregir los discursos abstractos o generales) las experiencias del paciente en una etapa/aspecto de su vida.
- Muestra sistematicidad para abordar las áreas y etapas de la vida del paciente según el grado de cercanía o pertinencia al cuadro sintomatológico.
- Explora sistemáticamente la presencia de factores físico-biológicos que puedan estar participando en el cuadro de síntomas.
- No preguntar aspectos de la vida íntima de los pacientes que no sean realmente necesarios para la comprensión del caso.
- Retroalimenta o consolida las expresiones verbales espontáneas del paciente que significan ideas o propósitos activos para superar la dinámica que mantiene el cuadro clínico.

- No adelanta recomendaciones, consejos o propuestas que no se basen en una exploración clínica suficiente.
- Explica claramente al paciente las conclusiones a que ha llegado al final de la entrevista.
- Explica la perspectiva que el caso tendría sin el apoyo psicoterapéutico.
- Explica la perspectiva el caso puede tener con apoyo psicoterapéutico, en qué consistirá, y cuánto puede durar aproximadamente.
- Orienta al paciente sobre posibilidades físicas, médicas, legales, educativas, tecnológicas, sociales y económicas que puedan ser de ayuda en su caso.
- Evita dar consejos voluntariosos o moralistas.
- Evita hacer sentir culpable, tonto o irresponsable al paciente.
- Propone al paciente una lista escrita de 2 a 6 propósitos accesibles a realizar en el plazo inmediato para iniciar el cambio en la dinámica de vida del paciente que presuntamente está generando el cuadro sintomatológico.
- En común acuerdo con el paciente establece la fecha y hora de la siguiente cita.
- Realiza una despedida al mismo tiempo cálida, motivadora y profesional.

3. Psicoterapia

El psicólogo clínico en formación carece de conocimiento en cuanto a los acontecimientos que pueden ocurrir dentro de las sesiones terapéuticas, por lo cual este trabajo iniciará dando un breve panorama del desarrollo histórico de la psicoterapia, para después conocer algunos de los conceptos más sobresalientes. Terminando con la mención de los principios de la psicoterapia.

3.1 Historia de la Psicoterapia

Desde los más tempranos tiempos, el hombre intentó comprender y aliviar las diversas manifestaciones de desórdenes psíquicos; pero estas intenciones siempre han estado limitadas por el nivel de conocimiento y el grado de exactitud o inexactitud de las representaciones sobre las causas del trastorno mental y las vías para su alivio y curación.

A lo largo de la historia han surgido distintos conocimientos y saberes que se desarrollaron en el ámbito de la magia, la religión, la filosofía, la medicina y posteriormente por la psicología, abriendo así el camino que permitió el desarrollo de la psicoterapia.

Durante **las sociedades primitivas** los conocimientos sobre los trastornos psíquicos, eran prácticamente nulos, por lo que las explicaciones sobre las causas de estas anomalías se sustentaban en función de la metáfora, sobrenatural y mística correspondientes a un pensamiento de tipo animista. Así el trastorno psíquico se explicaba como un fenómeno que obedecía del alma del paciente por espíritus malignos, por esta razón los hechiceros, brujos o chamanes eran los encargados de ejercer “la curación” y se valían para ello de ceremonias que consistían en rituales en los cuales se empleaba el exorcismo, así como determinados conjuros; todos dirigidos a expulsar, transferir a otro ser o intentar extraer dicho espíritu maligno del cuerpo del paciente.

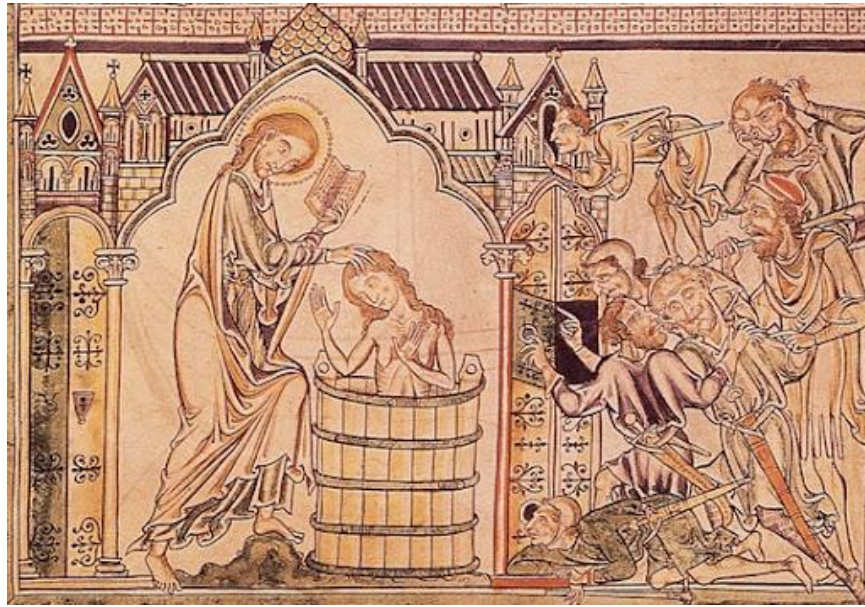


Ilustración 3 En todas las sociedades primitivas se mezclaba la magia y la religión.

En el mundo antiguo y en particular en **Grecia**, se desarrolló un pensamiento mucho más racional sobre la enfermedad mental, filósofos como Aristóteles y Platón, hacían mención al poder curativo de la palabra y en las llamadas escuelas filosóficas tales como la Academia Platónica, Liceo Aristotélico, entre otros, donde se realizaban una especie de entrenamientos psicológicos dirigidos a mejorar el estilo de vida de los participantes.

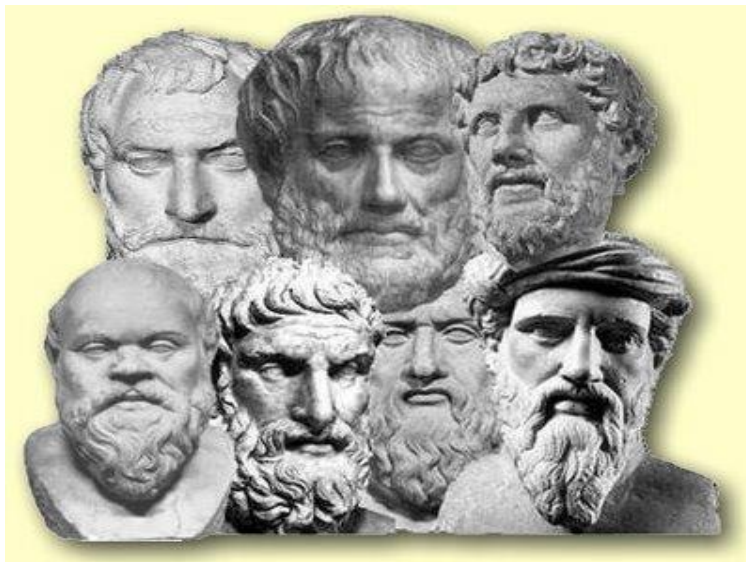
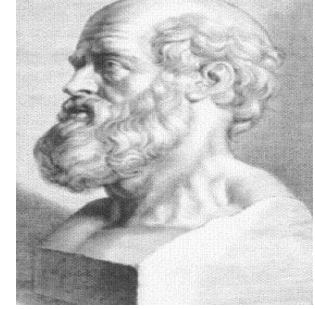


Ilustración 4 La psicología principalmente en Grecia estuvo muy ligada a la filosofía

Estos entrenamientos psicológicos incluían aspectos vinculados con el autocontrol, modificación de cogniciones (ideas, percepciones) erróneas, control de dieta, meditación, etc.

Las concepciones de enfermedad mental, se vieron también enriquecidas con la teoría de Hipócrates sobre los cuatro humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) que dieron pie a la clasificación de los temperamentos en sanguíneo, flemático, colérico y melancólico, en correspondencia de uno u otro humor. La enfermedad era explicada a partir del desequilibrio de estos humores.



**Ilustración 5
Hipócrates (460-
377 a.C.)**



**Ilustración 6 Galeno (128-
200 d.C.)**

Por esto Galeno (128-200 d. C.) dio un aporte importante al clasificar las causas de las enfermedades en orgánicas y mentales, y aunque no descartaba para estas últimas el tratamiento somático, se recomendaba el empleo de un tutor que aconsejara al sujeto sobre cómo llevar una vida tranquila.

El legado de Hipócrates y el de Galeno en particular, sobrevivieron durante la **Edad Media** y permitieron cierta tendencia a la explicación de los trastornos mentales, de acuerdo con causas somáticas, estas tendencias fueron opacadas y pospuestas a un segundo plano por el predominio de la iglesia católica y su ideología.

Debido a que en esta etapa predominaba el pensamiento religioso se dio un paso atrás, provocando así que nuevamente se considerara a la enfermedad mental como producto de fuerzas sobrenaturales, en este caso de la posesión del diablo u otros demonios, haciendo que los representantes de la iglesia se encargaran del tratado de estas personas, los cuales de nuevo recurrían al exorcismo y a otros

medios como la flagelación y otras manifestaciones corporales y a procedimientos muy crueles, por ejemplo a la quema de brujas.



Durante esta etapa la confesión y el alejamiento del pecado eran las vías para evitar la enfermedad mental, se desarrollaron también algunos métodos, tales como ejercicios espirituales con el fin de alejarse del pecado, los representantes más renombrados fueron Melchor Cano y el fundador de la orden de los Jesuitas, Ignacio de Loyola.

Ilustración 7 Durante la edad media se retoma el pensamiento de que la enfermedad mental era obra del demonio.



Ilustración 8 Pinel (20 de abril de 1745-25 de octubre de 1826)

Entre el **siglo XVI y XVIII** aparecen una serie de personalidades que se opusieron a la visión demonológica dominante, ofreciendo una explicación más racional, entre los cuales se encuentra Pinel, quien trato de humanizar el tratamiento de los enfermos mentales, proponiendo el llamado “Tratamiento Moral” apoyado en que los trastornos mentales tenían como causa el sufrimiento y los conflictos morales.

Del **siglo XVIII al XIX** se dieron una serie de transformaciones sociales y técnicas, por lo cual se aceleró el paso del nivel pre científico de los conocimientos y representaciones, a niveles más avanzados cercanos a las ciencias contemporáneas. F.J. Gall (1758-1826) y F. Mesmer fueron dos autores que influyeron notablemente en estos avances.

Gall, trató de establecer la relación que existe entre determinadas áreas del cerebro, con las emociones y el carácter, y desarrolló una metodología para realizar este diagnóstico caracterológico al cual le denominó Frenología.



**Ilustración 9 F.J. Gall
(1758-1826)**

Por su parte Mesmer, aportó una base importante a lo que posteriormente se le llamó psicoterapia, planteaba que las enfermedades mentales mantenían una causa natural y eran debidas al desequilibrio que se producía en cierto fluido que existía en todas las personas (y en todo el universo) y que denominó el *magnetismo animal*. Mesmer propuso un método para establecer el equilibrio de dicho fluido en el organismo (haciendo uso de imanes y pases con las manos del terapeuta), con el que obtuvo un notable éxito.



**Ilustración 10 Franz
Mesmer (1733-1815)**

En 1784, el marqués Armand de Puységur (1751-1825) demostró por primera vez la naturaleza psicológica, y no fluídica, de la relación terapéutica, reemplazando la cura magnética por un estado de “sueño despierto” o sonambulismo, que el médico escocés James Braid (795-1860) denominaría hipnosis en 1843. Más tarde Bernheim reemplazó el hipnotismo (como método de inducción de hipnosis) por la sugestión, abriendo así el camino a la idea de una terapia basada en una pura relación psicológica.

Al abandonar la hipnosis, la sugestión y la catarsis, y después de llamar transferencia a la relación entre médico y el enfermo, Sigmund Freud elaboró en el psicoanálisis el único método moderno de psicoterapia fundado en una

exploración del inconsciente y la sexualidad (libido), considerados los dos grandes universales de la subjetividad humana.

En el plano clínico, el psicoanálisis es también el único que reivindica la transferencia como parte integrante de esa universalidad, y que propone su análisis en el interior mismo de la cura, como prototipo de cualquier relación de poder entre psicólogo clínico y paciente, y por lo tanto entre maestro y discípulo. En este sentido el psicoanálisis es el heredero de la tradición filosófica socrática y platónica. Desde esta perspectiva, la psicoterapia analítica (o psicoanalítica) es una terapia que se basa en los principios teóricos de la cura freudiana, sin adoptar todas las condiciones de la técnica psicoanalítica clásica.

Desde su nacimiento, el psicoanálisis se encontró en conflicto, en todos los países del mundo, con las otras formas de psicoterapia, sea porque se fue amalgamando con ellas al punto de desaparecer en su especificidad, sea porque les opuso una fuerte resistencia, provocando escisiones o disidencias. Las otras dos grandes escuelas de psicoterapia del siglo XX son la escuela de psicología analítica fundada por Carl Gustav Jung y la escuela de psicología individual creada por Alfred Adler, ambas producto de disidencias con la doctrina de Freud.

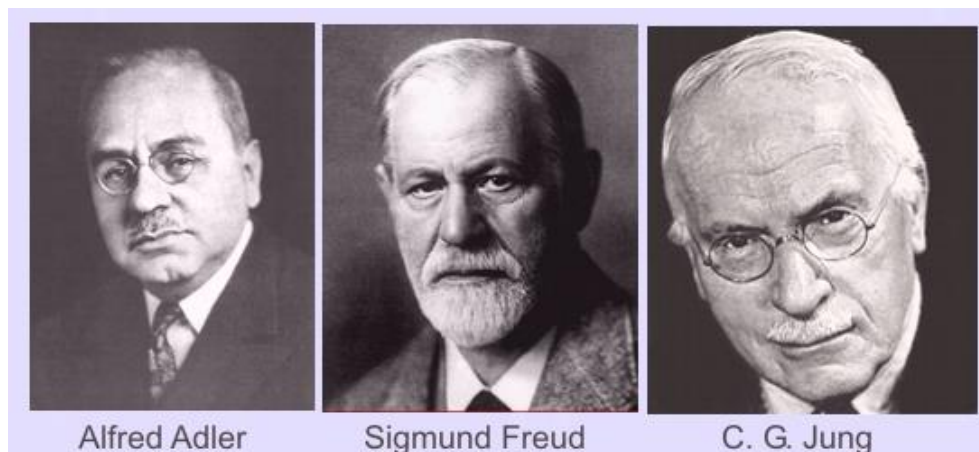
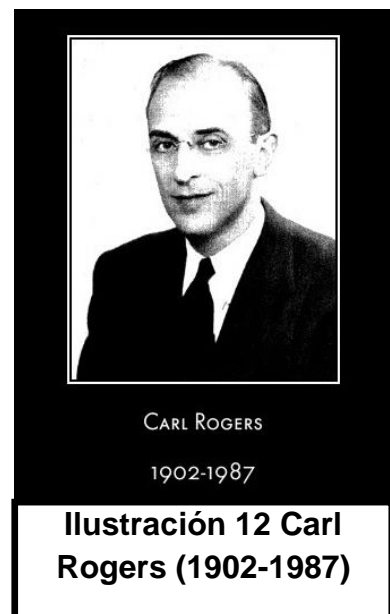


Ilustración 11 Fundadores de las principales escuelas de psicoterapia

Las otras escuelas de psicoterapia del siglo XX salieron en general del molde freudiano.

Tienen en común que rechazan los tres grandes conceptos freudianos, que son el de inconsciente, el de sexualidad y el de transferencia. Al inconsciente freudiano oponen un subconsciente de naturaleza biológica, o una consciencia de tipo fenomenológico; a la sexualidad en el sentido freudiano prefieren una teoría culturalista de la diferencia de los sexos, o bien una biología de los instintos; finalmente, a la transferencia le oponen una relación terapéutica derivada de la sugestión. De allí la tentación permanente del retorno al hipnotismo. Con esta base originaria del hipnotismo y la sugestión se relacionan, por una parte, el método del “ensueño dirigido” (creado en 1945 por el médico francés Robert Desoille 1890-1966, que dio nacimiento a un movimiento, el Groupe international du reve éveillé dirigé de Desoille, GIREDD) y por la otra el narcoanálisis o método de exploración del psiquismo mediante la inyección de barbitúricos que provocan un estado de somnolencia. Practicado a partir de 1932 y renovado después de la Segunda guerra Mundial.

Entre los principales representantes de las múltiples escuelas de psicoterapia, algunos han tenido un impacto importante, ligado a la fuerza de su doctrina, como en los casos de Wilhelm Reich, Karen Horney, Jacob Levy Moreno, el creador del psicodrama o incluso el norteamericano Carl Rogers (1902-1987), quien elaboró el análisis llamado no directivo, que trata de liberar al yo de todos sus aspectos psicopatológicos mediante entrevistas informales. A estos se añaden los culturalistas inspirados por el neofreudismo (Abram Kardiner, Erich Fromm), la escuela de Palo Alto (en la cual bajo la dirección del antropólogo Gregory Bateson, tomaron cuerpo las primeras experiencias de terapia familiar que apuntaban a



tratar colectivamente a los miembros de la familia del enfermo), y la terapia de grupo dominante dicha , con sus múltiples variantes (sus principales representantes en la historia del freudismo han sido Trigant Burrow y Wilfred Ruprecht Bion).

La psicoterapia, en sentido estricto, aparece durante el último cuarto del siglo pasado. Este es un periodo en el que los descubrimientos se suceden con rapidez y los conocimientos acumulados en el pasado comienzan a ser vistos bajo una nueva luz: la medicina oficial reconoce la naturaleza psicogénica de la neurosis. Tal como afirma Caparros (1983, citado en Singer):

“Sin una autentica psicogénia no es posible una autentica psicoterapia”

Aunque el problema de la influencia de la mente sobre el cuerpo preocupaba a los médicos, la vía que hizo posible la aparición de la psicoterapia se desarrolló al margen de los esquemas de la medicina oficial y solo hacía a finales del siglo antepasado se integró dentro de esta.

Así, la psicoterapia ha ido ocupando un espacio cada vez más importante, como una herramienta socialmente útil, transformándose en un recurso innegable en el campo de la salud mental, no sólo como medio (psicológico) dirigido a la cura de las patologías mentales, al alivio del sufrimiento sintomatológico o los cambios comportamentales; su campo de acción asistencial se extiende también en relación a las enfermedades físicas o en los padecimientos sociales que se vinculan a perturbaciones psicológicas; en forma combinada con otros tipos de tratamiento, y ya no limitada estrictamente a la enfermedad, sino como procedimiento útil para promover el desarrollo, afrontar las crisis vitales y favorecer cambios inherentes al crecimiento mental y a la afirmación de la salud, es decir en la prevención y promoción de la misma.

3.2 Definición

Existen múltiples definiciones de psicoterapia, Kleinke (1995) por su parte menciona que la palabra *psicoterapia*, proviene de las raíces griegas *psiche*, que significa espíritu, alma o ser, y *therapeutikos*, cuya palabra hace referencia a aquella persona que cuida a otra. Así, en el sentido etimológico, psicoterapia significa cuidar el espíritu o ser de otra persona.

La búsqueda de una definición sistemática para el concepto de psicoterapia ha preocupado a los investigadores desde hace tiempo; La Fundación Milton Erickson llevo a cabo un proyecto que se titulaba ¿Qué es psicoterapia? (Zeig y Munion, 1990, cit. En Kleinke, 1995). En este proyecto se le preguntaba a un total de 81 autores, considerados psicoterapeutas ejemplares por sus contribuciones al área, lo que se les cuestionaba era: ¿Cómo definían la psicoterapia? ¿Cuáles eran sus objetivos?, entre otras cosas, lo que dio como resultado un libro.

Entre las definiciones más sobresalientes se encuentran:

Psicoterapia es el uso de cualquier técnica en el tratamiento de trastornos mentales o inadaptaciones... el término no implica la gravedad del desorden, la duración o intensidad del tratamiento o la orientación teórica del psicólogo clínico. Pero el término se reserva para el tratamiento llevado a cabo por un profesional: psicólogo clínico, psiquiatra o trabajador social psiquiátrico (Diccionario de términos psicológicos y psicoanalíticos en English y English, 1958; cit. En Kleinke, 1995).

Psicoterapia: término genérico para cualquier tipo de tratamiento basado principalmente en la comunicación verbal o no verbal con el paciente, específicamente distinto de los tratamiento electro físicos, farmacológicos o quirúrgicos (Asociación Psiquiátrica Americana, 1969, cit. En Kleinke, 1995).

Psicoterapia es el tratamiento, por medios psicológicos, de problemas

de naturaleza emocional, en el que una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con el paciente con el objeto de: suprimir, modificar o paliar los síntomas existentes; intervenir en la pautas distorsionadas de conducta y promover el crecimiento y el desarrollo positivos de la personalidad (Wolberg, 1977, cit. En Kleinke, 1995).

La psicoterapia es una relación especial culturalmente relativa entre un profesional de la asistencia y un individuo o grupo de pacientes. Funcionando desde una plataforma teórica que incluye supuestos básicos sobre la naturaleza humana y el proceso de desarrollo psicológico, el psicoterapeuta trabaja con el paciente para crear una alianza segura, estable y cariñosa, en la cual y desde la cual el paciente puede explorar (a menudo por medio de rituales estandarizados) formas pasadas, presentes y posibles de experimentarse a sí mismo, al mundo y sus relaciones dinámicas (Mahoney, 1991, cit. En Kleinke, 1995).

En conclusión, la mayoría de las definiciones identifican a la psicoterapia como un tratamiento ejercido por un profesional que hace uso de medios psicológicos para ayudar a resolver problemas humanos, en el contexto de una relación profesional (Kleinke, 1995).

Por lo que es importante mencionar, que si bien uno de los objetivos principales de la psicoterapia radica en ayudar a las personas a dar un mejor manejo a sus conflictos, también se pretende ayudar a los pacientes a aceptar el sufrimiento como un aspecto inevitable de la vida al ser afrontado adecuadamente, y así brindarle una oportunidad de crecimiento personal (Frank, cit. En García, 2011).

3.3 Principios terapéuticos

Los principios básicos de la psicoterapia según Paul (1973) son: “un conjunto específico de métodos y principios”, los cuales se emplearan en el transcurso del proceso psicoterapéutico del paciente.

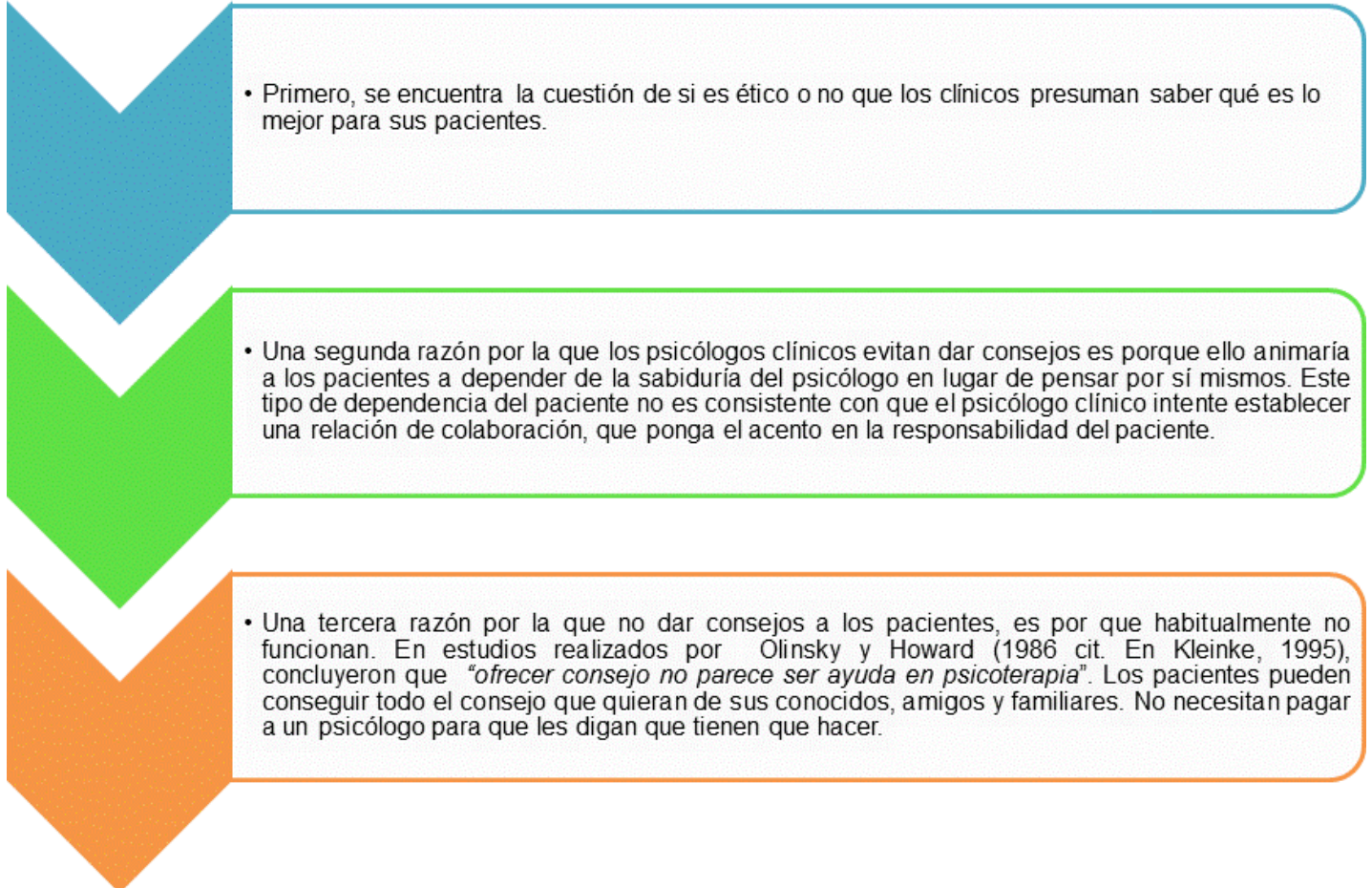
Uno de los principios más importantes, si no es que el principal, es hacer comprender al paciente que tiene la absoluta libertad para expresar sus sentimientos y manifestar sus ideas del modo en el que él lo desee (Paul, 1973). Esto se le puede hacer saber, por medio de una consigna que se le da al paciente al momento de iniciar tanto la entrevista como el proceso terapéutico. Por ejemplo:

“Dígame todo lo que quiera. Lo escucharé y procuraré comprenderlo. Cuando crea algo relevante que decirle, se lo diré” (Paul, 1973).

De esta forma lo que se está haciendo es notificar al paciente, ya que no se le pide que mencione lo que piensa o que directamente exprese sus sentimientos, incluso no se le ordena que hable de sí mismo (Paul, 1973).

Por otro lado, el psicólogo clínico debe apoyar y fomentar la libertad de autoexpresión y auto experimentación, por medio de su comportamiento, es decir, reduciendo al mínimo, toda forma de dirección, orientación y control; el psicólogo clínico adopta un papel de observador y comentador interesado en la problemática del paciente, pero de forma neutral. De igual forma el psicólogo clínico debe escuchar de forma atenta lo que el paciente expresa, para después poder ayudar a manifestar de forma clara lo que piensa y siente, y analizar lo emitido, para que el paciente pueda comprenderlo. Cuidándose de profesar de forma indebida sobre lo que el paciente emite, o hacer que piense o actúe de tal forma que el psicólogo considere adecuada (Paul, 1973).

Otro principio, no menos importante, es que el psicólogo clínico no debe ofrecer consejos a sus pacientes, ya que generalmente existen 3 razones por las cuales los psicólogos clínicos deben evitar dar consejos a sus pacientes.

- 
- Primero, se encuentra la cuestión de si es ético o no que los clínicos presuman saber qué es lo mejor para sus pacientes.

- Una segunda razón por la que los psicólogos clínicos evitan dar consejos es porque ello animaría a los pacientes a depender de la sabiduría del psicólogo en lugar de pensar por sí mismos. Este tipo de dependencia del paciente no es consistente con que el psicólogo clínico intente establecer una relación de colaboración, que ponga el acento en la responsabilidad del paciente.

- Una tercera razón por la que no dar consejos a los pacientes, es por que habitualmente no funcionan. En estudios realizados por Olinsky y Howard (1986 cit. En Kleinke, 1995), concluyeron que *"ofrecer consejo no parece ser ayuda en psicoterapia"*. Los pacientes pueden conseguir todo el consejo que quieran de sus conocidos, amigos y familiares. No necesitan pagar a un psicólogo para que les digan que tienen que hacer.

Esquema 11 Razones para no dar consejo durante el proceso psicoterapéutico (Kleinke, 1995)

Sin embargo, a pesar de los peligros descritos respecto a dar consejos, hay ocasiones en las que hacerlo puede ser adecuado. Estas ocasiones son cuando el paciente y psicólogo clínico han acordado un curso de acción y el paciente está dispuesto a aceptar las sugerencias del psicólogo clínico. Es decir, un psicólogo puede sugerir al paciente varias formas de alcanzar sus metas (Kleinke, 1995).

Otra situación en la que el psicólogo puede darle consejo a su paciente es cuando este está dispuesto a realizar una acción que le resultara dañina. El psicólogo clínico puede habitualmente ayudar a los pacientes en estas situaciones animándoles a anticipar las consecuencias de sus actos (Kleinke, 1995).

Paul (1973) sugiere que el psicólogo clínico debe estructurar la terapia y la relación con el paciente, de forma que lo ayude a lograr: la Autonomía del Yo; por lo tanto, lo que se pretende es liberar de compulsiones y experiencias ajenas al yo. Por lo tanto, para este autor todos los principios terapéuticos, recaen en la adquisición de una mayor autonomía por parte del paciente.

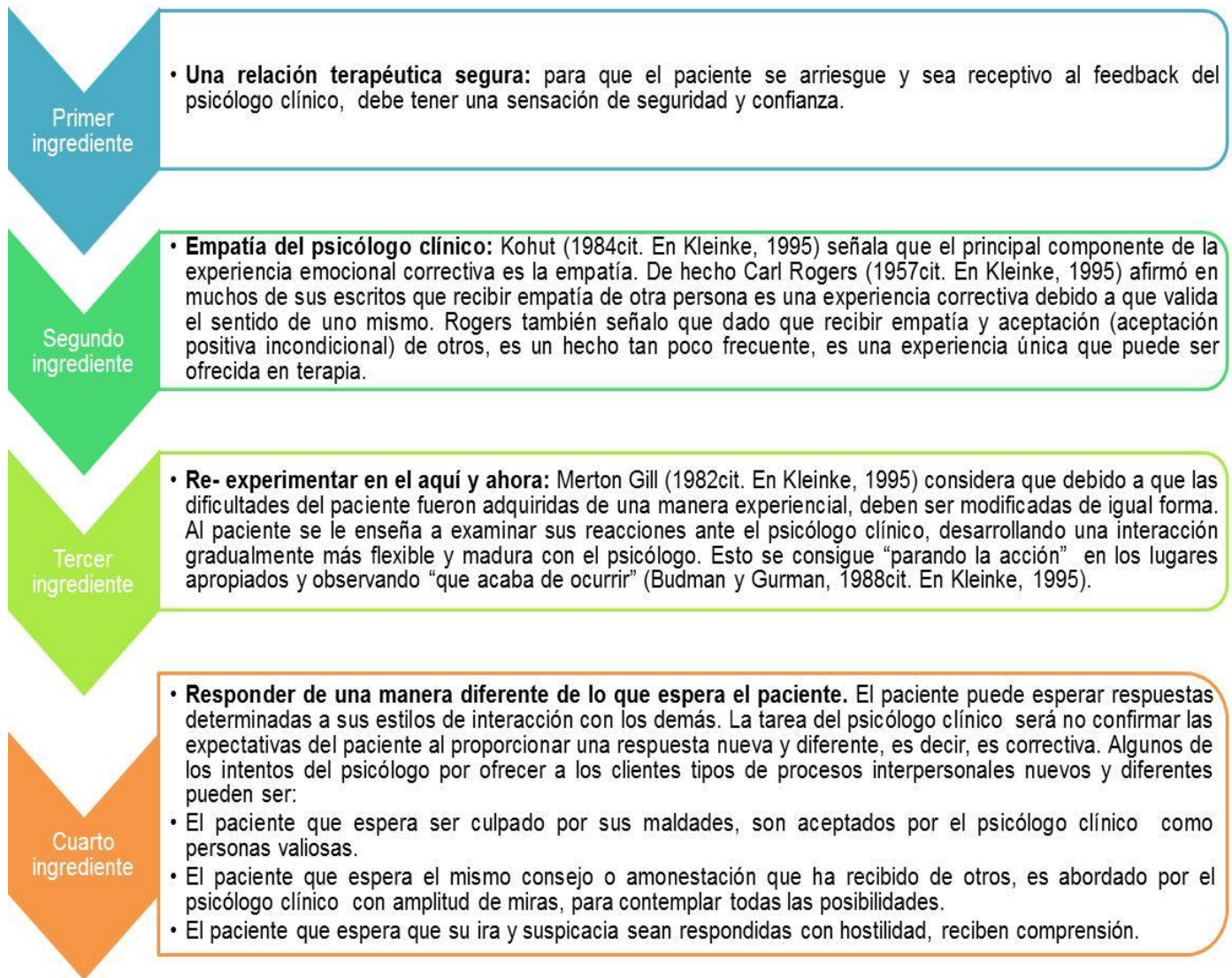
Otro principio importante es ampliar la visión del mundo del paciente, ya que cuando los pacientes llegan a terapia, habitualmente están estancados. No saben cómo solucionar sus problemas y las soluciones que están poniendo en práctica no les funcionan. Un proceso importante en la terapia es ayudar a los pacientes a observar sus problemas desde una nueva perspectiva y ser conscientes de respuestas de afrontamiento que no han considerado o que nunca imaginaron que fueran posibles.

Otro punto a tratar es la ayuda que se le brinda a los pacientes para recapitular conflictos genéricos, ya que mientras los pacientes y los psicólogos enfocan su atención en aspectos y problemas del paciente, tiene lugar un proceso interpersonal en el que los pacientes se comportan con el psicólogo clínico de la manera que han aprendido a hacerlo con otras personas significativas en su vida.

La tarea del psicólogo es evitar responder a los pacientes de una manera predictiva. Como lo describe Watchel (1977, cit. En Kleinke, 1995) el psicólogo no desea ser el cómplice de otras personas significativas en la vida del paciente reforzando un estilo interpersonal que no responde a los mejores intereses de éste. Por ejemplo, en lugar de reforzar la dependencia, la tarea del psicólogo clínico es ayudar al paciente dependiente a comportarse de manera independiente.

Edwar Teyber (1992 cit. En Kleinke, 1995) afirma que el punto clave de la terapia es que los pacientes no solo hablen con el psicólogo acerca de sus problemas de una manera abstracta. Sino que por el contrario recreen y representen en su relación con el psicólogo clínico, los mismos conflictos que le han llevado a buscar ayuda. Para resolver sus problemas los pacientes deben experimentar en su relación con el psicólogo una manera nueva y más satisfactoria de respuesta.

Por su parte, Alexander y French (1946, cit. En Kleinke, 1995) describieron que uno de los objetivos centrales de la terapia es exponer de nuevo al paciente, bajo circunstancias más favorables, a situaciones emocionales que no pudo resolver en el pasado. Ya que pensaban que el insight por sí solo no era suficiente para ayudar a los pacientes a realizar cambios sustanciales en sus vidas. Consideraban que era la oportunidad de experimentar la interacción con otra persona, sin las consecuencias temidas o sin los resultados contradictorios a los anticipados, lo que produce el cambio (Budman y Gurman, 1988, cit. En Kleinke, 1995). El proceso de la experiencia correctiva implica los siguientes ingredientes:



Esquema 12 Ingredientes del proceso de la experiencia correctiva (Kleinke, 1995)

3.4 Limitaciones de la psicoterapia

Tal como lo indica el Centro de Apoyo de la APA (2012), algunas personas recurren a la psicoterapia porque han estado deprimidas, ansiosas o enojadas por demasiado tiempo. Otras podrían solicitar ayuda ante una enfermedad crónica que interfiere en su bienestar emocional o físico; algunas otras podrían tener problemas a corto plazo para los que necesitan ayuda. Por ejemplo, un divorcio, la partida de los hijos, sentirse abrumado por un nuevo empleo o estar de duelo por la muerte de un familiar.

Por lo tanto, la psicoterapia puede ser de gran beneficio cuando se presentan señales como (Centro de Apoyo, Asociación Americana de Psicología, 2012):

Un sentimiento abrumador y prolongado de desamparo y tristeza.

La persona siente que sus problemas no se solucionan a pesar de sus esfuerzos y de la ayuda de familiares y amigos.

Presenta dificultad para concentrarse en las tareas de su empleo o realizar otras actividades cotidianas.

Se preocupa excesivamente, espera lo peor o está constantemente nervioso.

Las acciones, como beber alcohol exageradamente, consumir drogas o ser agresivo, están dañando al mismo individuo o a otras personas.

Sin embargo, Paul (1973) menciona que en ciertos casos la psicoterapia no resulta un método de tratamiento aconsejable para todos los pacientes que solicitan ayuda a un psicoterapeuta.

Ya que en ciertos casos la psicoterapia resulta por completo inadecuada. Por ejemplo (Paul, 1973):

Un paciente en un estado de aguda depresión, difícilmente soportara los requisitos que conlleva la psicoterapia y por lo tanto no tendrá algún beneficio del tratamiento.

Pacientes con graves deficiencias en el juicio de realidad no son candidatos al tratamiento psicológico.

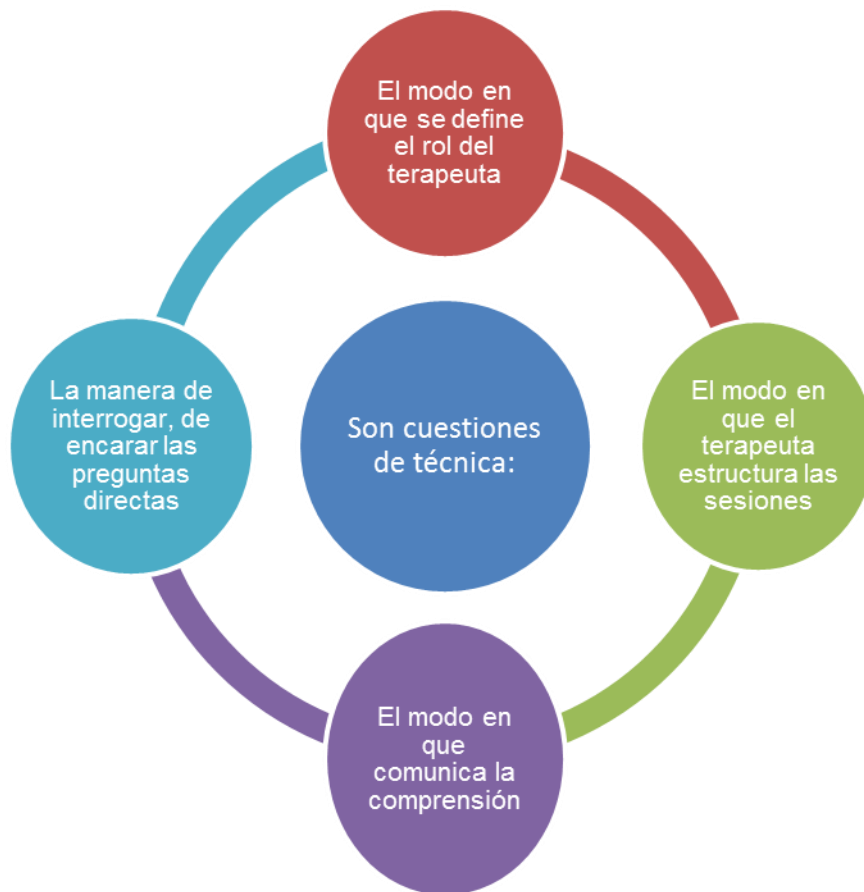
Pacientes que por sus síntomas más que psicoterapia, requieren medicamento.

4 Técnica

4.1 ¿Qué es la Técnica?

La técnica se refiere a la forma en cómo se conduce la psicoterapia, implica los criterios, principios y tácticas en que se basa el psicólogo clínico con el fin de instrumentar los propósitos (Paul, 1973).

En pocas palabras la técnica, es la manera en la que el psicólogo clínico lleva sus intenciones a la práctica (Paul, 1973).



Esquema 13 Cuestiones que implica la Técnica (Paul, 1973)

Paul (1973) indica que algunas otras situaciones en las que también se hace uso de la técnica de cada psicólogo clínico durante el proceso psicoterapéutico son:



Esquema 14 Algunas otras situaciones en las que se hace uso de la técnica (Paul, 1973)

Para adoptar una técnica en forma decidida se requiere una convicción que no surge de la teoría sino de la experiencia de su eficacia real en la práctica. Y el psicólogo clínico deberá adquirir esa convicción, que solo la experiencia puede darle, para aplicarla bien (Manrique, 1982).

Las técnicas se aplican específicamente cuando las relaciones terapéuticas encuentran dificultades provocadas por afectos persistentes no resueltos; son de mayor importancia en las fases iniciales y finales de la terapia; pero cuando hay un afecto profundo, las técnicas tienden a desarrollar afectos apropiados en la otra persona, pero también en la persona del terapeuta. El psicólogo clínico maduro, con la introducción de la técnica, provoca un afecto profundo dentro de sí mismo (Manrique, 1982).

Manrique (1982) indica que un interés excesivo por las técnicas puede distraer al psicólogo clínico para la comprensión del paciente. Aunque cabe destacar que no cabe duda de que el conocimiento y la profundización de las mismas es absolutamente necesario siempre que se tenga en cuenta la relación dualista del carácter irracional y que la misma se cree y se fomente a través de las técnicas y de los modelos bien precisos. Cuando las técnicas son correctamente utilizadas permiten distinguir el tratamiento óptimo de aquel que simplemente es bueno. No se trata de emplear una técnica por el simple hecho de emplearla, se deben diseñar los objetivos concretos y que tengan una aplicación tanto en la psicoterapia ortodoxa como en cualquier otra metodología que se aprecie radical y estricta.

El especialista debe tener cierto grado de libertad. Pero esto no implica que no tenga algunos límites. Una buena técnica puede formularse de manera totalmente objetiva e independiente de los distintos estilos terapéuticos y las distintas personalidades de los psicólogos clínicos (Manrique, 1982).

4.2 Silencio

Dentro de la sesión psicoterapéutica el silencio juega un papel muy importante, tanto por parte del psicólogo clínico como del paciente. Manrique (1982), menciona que tanto el silencio en el paciente como en el terapeuta, son una respuesta concreta ante una determinada estimulación.

Generalmente el psicólogo clínico suele guardar silencio con frecuencia y el paciente solo en ciertas ocasiones, es importante señalar que el psicólogo clínico puede hacer uso del silencio como parte de su técnica (Manrique, 1982).

En cuanto al paciente no se habla de silencio en el amplio sentido de la palabra, a continuación se exponen algunos tipos de situaciones por los que el paciente guarda silencio durante la sesión (Manrique, 1982):

a) Silencio embarazoso: el paciente quiere hablar pero no lo logra debido a los bloqueos, inhibiciones, miedo, desconfianza, etc.

b) Silencio de resistencia o bien silencio de defensa.

c) Silencio hostil: se trata de una expresión de agresividad y oposición al terapeuta.

d) Silencio de reposo: sucede tras un momento emotivo intenso o después de un esfuerzo afectivo- emocional.

e) Silencio elocuente: es un modo de expresión que puede sustituir a la palabra; en esta situación el psicólogo clínico debe poner demasiada atención para entender lo que el paciente quiere decir, y comprender que el silencio del paciente puede ser una respuesta que expresa desacuerdo con lo que el psicólogo dice o con lo que él mismo piensa.

f) Silencio de expectativa: el paciente lo utiliza para reflexionar antes de dar una respuesta madura.

g) Silencio de recuperación: es una respuesta que indica que el paciente

ya se encuentra en momentos de madurez psicológica respecto a aquello que piensa.

Por otro lado, al hablar del silencio en el psicólogo clínico se trata de algo que debe ser bien programado, ya que es intencional, buscado, procurado y forma parte de operaciones técnicas preventivas (Manrique, 1982).

Se puede hablar del valor expresivo del silencio por parte del psicólogo clínico cuando aparece como:



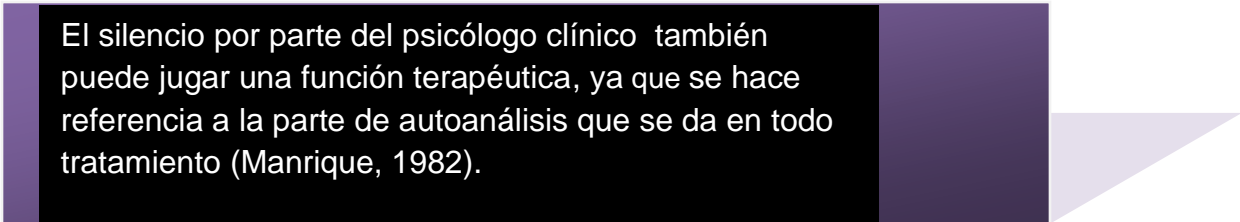
Esquema 15 Muestras de valor expresivo por parte del psicólogo clínico en el uso del silencio (Manrique, 1982)

Si el psicólogo toma en cuenta estas variables que influyen en su comportamiento y en el del paciente, no buscara cuando hablar o callar, sino que ira directamente a la técnica, es decir cómo hablar, como callar, analizará el momento de hablar y

el de callar y la intención, así como los objetivos que pretende hablando o callando (Manrique, 1982).

Cremerius (1972, cit. En Manrique, 1982) considera que el psicólogo clínico puede utilizar el silencio como un instrumento, ya que sirve para escuchar y comprender al otro. Cuanto más se requiere comprender los motivos secretos de su acción tanto más se debe dar ocasión al otro para que pueda mostrarse y expresarse.

A esto se le podría llamar “**silencio de participación**” por parte del psicólogo clínico. Además puede servir para ordenar y clarificar lo que el paciente ha dicho, está por decir o está diciendo en el momento presente. Sirve también para hacer una evaluación continua sobre la forma y la dosis en que el paciente debe ser partícipe de las conclusiones del psicólogo, del resultado del trabajo íntimo. Es un silencio táctico que da la oportunidad de examinar las intervenciones sucesivas (Manrique, 1982). Por medio del uso de la técnica del silencio, el psicólogo puede retirarse y apartarse para reordenar y reparar sus ideas; es una protección contra el peligro que pueden traer sus desequilibrios y disturbios. Con el silencio se tiene un medio de protección contra las inquietudes agudas e inseguridades (Manrique, 1982).



El silencio por parte del psicólogo clínico también puede jugar una función terapéutica, ya que se hace referencia a la parte de autoanálisis que se da en todo tratamiento (Manrique, 1982).

Si se da la situación en la que el psicólogo, durante la sesión se vea obligado a poner cualquier cosa en claro, o también a ejercer un control de los propios impulsos, esto solo será posible con la ayuda de un momentáneo retiro del campo interactivo (susceptible de opresión) mediante el silencio. Mientras se retira puede organizar el trabajo de reordenamiento y reparación (autoanálisis) y su efecto terapéutico va después a la par con el trabajo de ambos, en beneficio del paciente. Se considera que este silencio terapéutico del psicólogo es uno de los más

importantes, ya que él es un modelo sobre el que el paciente aprende y por consiguiente el material que se ofrece no puede ser una proyección de las inquietudes, quizá problemas o disturbios de su propia personalidad (Manrique, 1982).

5 Los componentes de la situación psicoterapéutica

5.1 El psicólogo clínico como terapeuta

En psicoterapia los encargados de desarrollar esta labor, como indica Golstein (2001) pueden ser los psiquiatras, los psicólogos, asistentes sociales y en algunos casos los enfermeros o bien miembros del clero.

En el caso del psicólogo clínico como el especialista en psicoterapia, lleva a cabo el tratamiento de las enfermedades psíquicas (Dorsch, 1985 cit. En García, 2011). Oblitas (2008) argumenta que el psicólogo clínico debe tener una buena formación académica y un interés básico por las personas y su bienestar.

Para Ávila (1994), el objetivo del psicólogo clínico como terapeuta es facilitar el bienestar y autonomía de quien solicita atención, y sus objetivos específicos se derivan de los síntomas, malestar y trastornos concretos que sufre.

5.2 Paciente

El paciente en psicoterapia es la persona que acude a los servicios psicoterapéuticos, Feixas y Miró (1993) afirman que todas las personas que acuden a psicoterapia tienen algo en común, experimentan algún tipo de dificultad, malestar o trastorno, que es lo suficientemente importante en sus vidas como para provocar un deseo consciente de cambio.

Generalmente, antes de acudir a los psicoterapeutas, los pacientes han intentado solucionar sus dificultades recurriendo a otras fuentes, tales como médicos, amigos, sacerdotes, etc. (Feixas y Miró, 1993).

Habitualmente, los pacientes expresan conflictos con otras personas y síntomas, tales como la ansiedad, desesperanza, incomunicación con su compañero/a, conducta de evitación, insomnio, ideas obsesivas, amnesia, sentimientos de hostilidad, jaquecas, pérdida de apetito, falta de concentración etc. Resulta común que estos sentimientos se expresen como algo extraño a sí mismos, desconocido y que no pueden controlar; en consecuencia, es frecuente que los pacientes acudan a la terapia con expectativas poco realistas, es decir, buscando que el psicólogo clínico les de la solución a sus problemas, por lo cual es importante tener en cuenta que **el proceso de la terapia se diseña no para cambiar a los pacientes sino para ayudar a los pacientes a que se cambien a sí mismos** (Strupp y Butler, 1990 cit. en Feixas y Miró, 1993).

Si el psicólogo clínico se pone en el lugar de la persona que presenta dificultades, podrá darse cuenta que el paciente se encuentra en una situación particular, tiene que admitir que no puede resolver su situación por sí sola, ya que puede tener problemas con sus compañeros de trabajo, con su pareja, de índole sexual, etc., lo cual supone el reconocimiento de cierto fracaso personal, o por lo menos cierto grado de incapacidad (Feixas y Miró, 1993).

Por lo tanto al ingresar a psicoterapia se busca incrementar el sentimiento de competencia personal (Feixas y Miró, 1993).

Otro aspecto a tener en cuenta en el rol del paciente es la ansiedad que puede despertar el hecho de iniciar una psicoterapia. Esta ansiedad puede relacionarse con la falta de referentes que existen en la cultura sobre lo que es una psicoterapia. Los indicadores culturales disponibles a través del cine o la literatura (o la experiencia de un amigo) son anecdóticos y, con frecuencia, despiertan expectativas poco realistas

Oblitas (2008) hace mención de que en la paciente existen una serie de factores que es importante considerar ya que pueden afectar de alguna manera el proceso terapéutico; entre las variables más importantes se encuentran las descritas por Ávila (1994), quien identifica 3 tipos de pacientes y demandas:



Pacientes quienes sufren por síntomas de ansiedad, depresión u obsesiones, los cuales buscan liberarse del malestar emocional que dichos síntomas les ocasionan.



Pacientes quienes experimentan problemas de la vida diaria que no pueden resolver, ellos esperan encontrar soluciones en forma de estilos de afrontamiento.



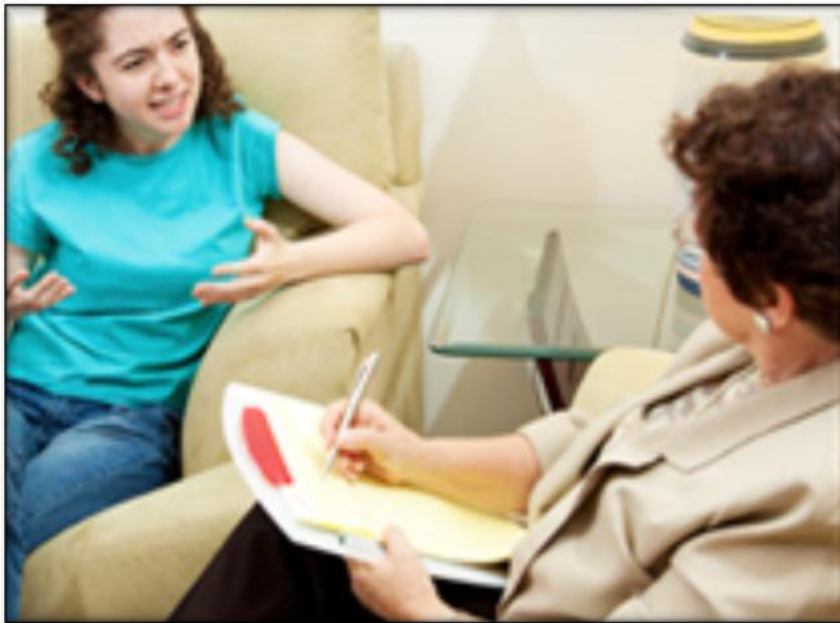
Pacientes quienes están insatisfechos consigo mismos al fracasar en el proceso de llegar a ser la clase de personas que les gustaría, los cuales quisieran minimizar los conflictos que limitan su realización personal.

Esquema 16 Tipos de pacientes (Ávila, 1994)

5.3 Alianza y relación terapéutica

La relación entre psicólogo clínico y paciente es uno de los elementos distintivos esenciales de toda psicoterapia. Aunque existen muchos tipos de relación que pueden resultar de ayuda como: una charla con un amigo, un familiar, etc., el tipo de relación que se crea entre el psicólogo clínico y el paciente es distinto. De hecho, para que la relación sea verdaderamente terapéutica, debe ser diferente de otras relaciones en la vida del paciente.

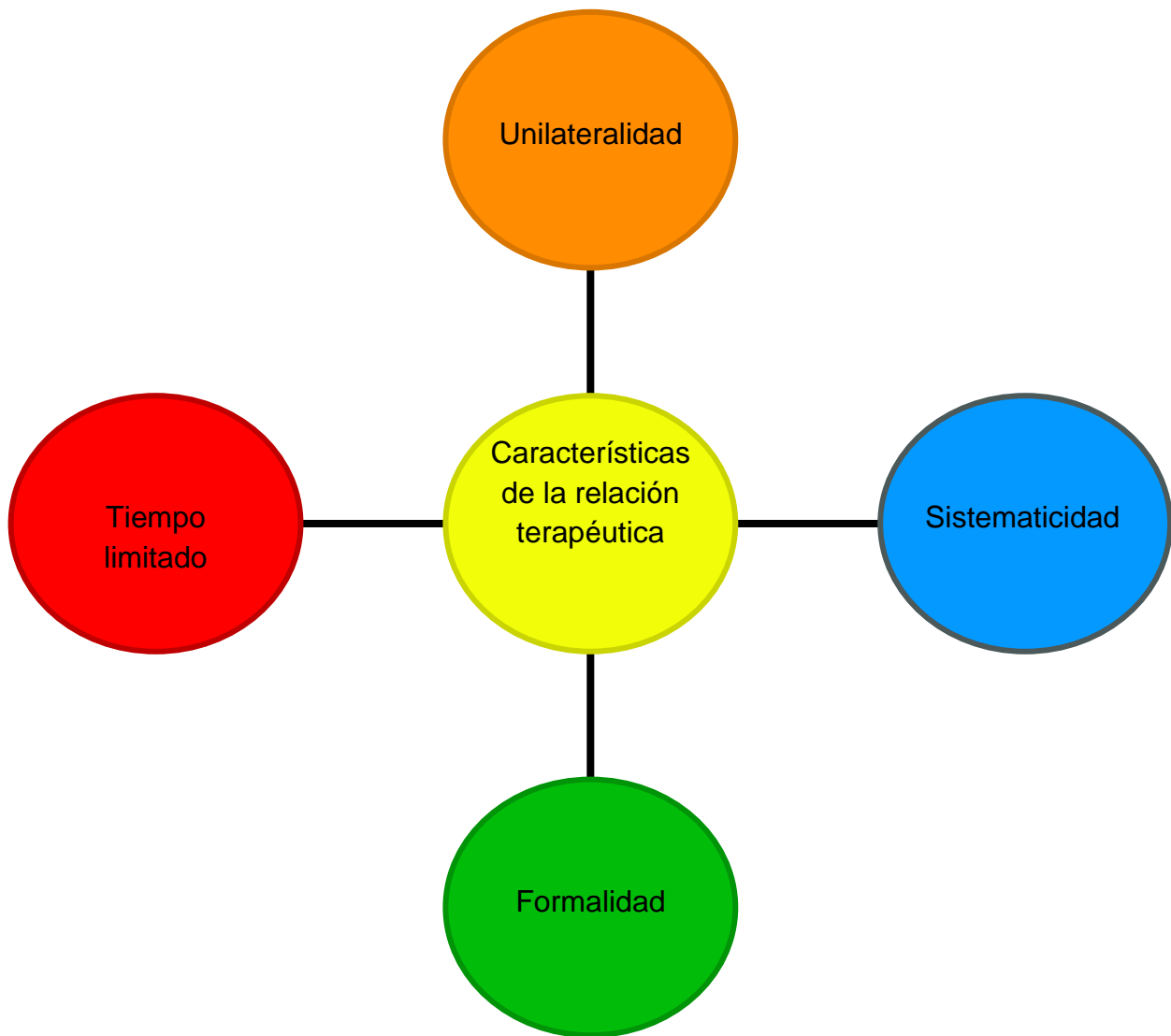
Por regla general, la psicoterapia es diferente otro tipo de relaciones interpersonales debido a que es un servicio que se basa en los recursos tanto del psicólogo clínico como del paciente para buscar solución a los conflictos de éste último y por lo tanto, es adecuado que sea negociado y que el paciente sepa lo que puede y no puede esperar de la relación que se está estableciendo (Kleinke, 1995).



La relación entre el psicólogo clínico y paciente se debe caracterizar por la confidencialidad, la confianza y el respeto. Dentro del contexto de esta relación, el psicólogo clínico por lo general sigue un conjunto de procedimientos, que son en mayor o menor medida prescritos por una teoría o escuela de pensamiento.

Ilustración 13 Relación entre psicólogo y paciente (Davidson y Neale, cit. En Compas, 2003)

Kanfer y Goldstien (1991, cit. En Compas, 2003) señalaron las características de las relaciones de ayuda que las distinguen de otras relaciones sociales.



Esquema 17 Características de las relaciones de ayuda (Kanfer y Goldstien, cit. En Compas, 2003)

Mientras que la mayoría de las relaciones atienden a las preocupaciones y las necesidades de ambas partes, las relaciones de ayuda son **unilaterales** por que involucran un contacto que se centra en la solución de los problemas del paciente.

Se considera que las relaciones de ayuda son sistemáticas, ya que el psicólogo clínico y el paciente acuerdan desde el principio seguir un conjunto de procedimientos de manera organizada con el fin de cumplir una meta establecida por mutuo acuerdo. Esta relación está basada en la formalidad ya que se introduce poniendo límites a la relación, es decir, se limitará el contacto a lugares y horarios específicos, que deberá ser respetado por ambas partes, se tendrá un tiempo límite en estas relaciones de ayuda, que por lo general se definen con la resolución de los problemas del paciente (Kleinke, 1995).

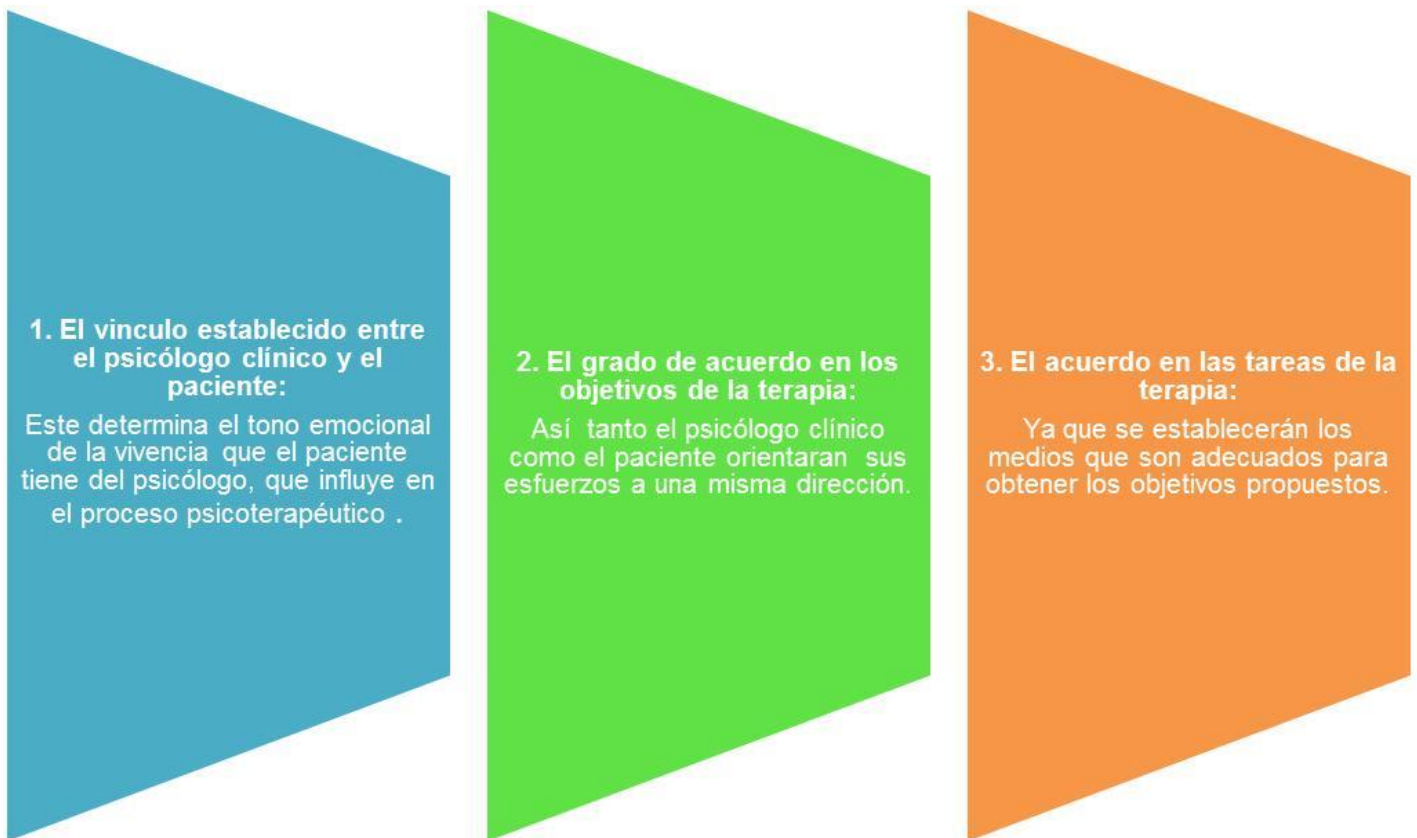
Un concepto que caracteriza a la relación terapéutica es la transferencia, identificada como el hecho de que el paciente tiende a revivir conflictos pasados con el psicólogo clínico al ser éste una figura representativa para él; estos conflictos pueden resolverse mediante una respuesta nueva y diferente a las que el paciente está acostumbrado (Kleinke, 1995).

Para Brems (1999 cit. En Kleinke, 1995), el término de “experiencia correctiva” resulta de suma importancia para referirse a que el resultado de la relación terapéutica es una experiencia que induce y facilita el cambio en sí misma. El autor señala que la terapia no es un proceso fácil en el marco de la relación terapéutica, sino un proceso complicado en que los pacientes hablan de sus experiencias más profundas y los psicólogos clínicos deben acompañarlos en su sufrimiento a lo largo de dichas situaciones.

La clave de una relación terapéutica adecuada, no es rescatar a los pacientes de su sufrimiento sino permitirles experimentarlo (Botella y Corbella, 2001).

En cuanto a la alianza terapéutica se refiere, Bordin (1976, cit. En Botella y Corbella, 2001) la definió como el encaje y colaboración entre el paciente y el psicólogo clínico.

De igual forma, Bordin (1979 cit. En Kleinke, 1995) considera que la alianza terapéutica es uno de los factores esenciales que influyen en el cambio del paciente y propone tres componentes de la misma:



Esquema 18 Componentes de la alianza terapéutica (Bordin, 1979 cit. En Kleinke, 1995)

Así, la propuesta de Bordin (1979) considera la alianza terapéutica como un factor clave en el éxito terapéutico. Sin embargo a pesar de la importancia atribuida a la alianza terapéutica, Bordin (1980, citado en Horvath y Luborsky, 1993) afirmó que una alianza positiva no es curativa por sí misma, sino que es un ingrediente que hace posible la aceptación y el seguimiento del trabajo terapéutico.

5.4 Tranferencia y contratransferencia

Como ya se ha mencionado la relación entre paciente y psicólogo es diferente de cualquier otra relación que el paciente haya establecido en su vida. Parte de la razón por la cual el analista se sienta detrás de la cabeza del paciente, fuera de su vista, es porque así realiza una función parecida a una pantalla en blanco, sobre la cual el paciente proyecta o transfiere sentimientos y deseos inconscientes (Beitman y Yue, 2004).

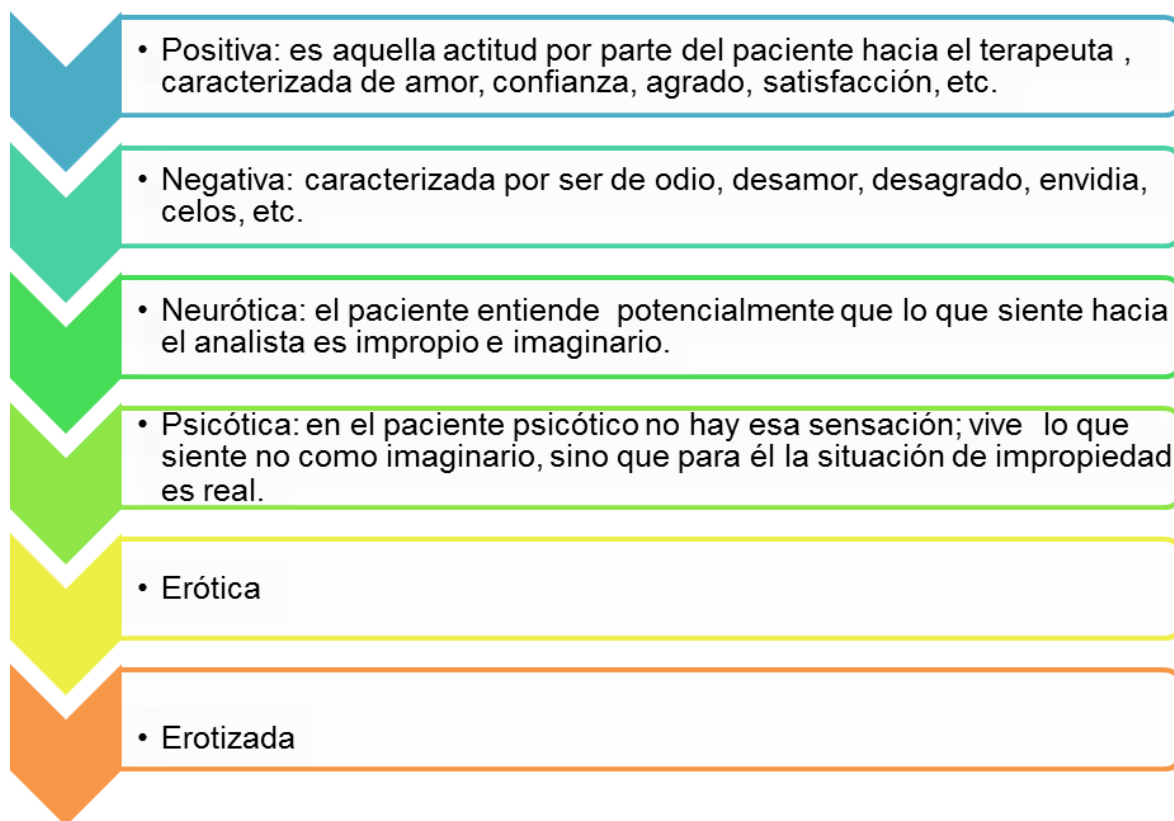
Freud (1905, cit. En Beitman y Yue, 2004) definió la transferencia como nuevos aditamentos o manifestaciones de impulso y de las fantasías que emergen y se hacen conscientes durante el progreso del análisis; pero tienen la peculiaridad, característica de su esencia, de que reemplazan a alguna persona que ha sido significativa en la vida del paciente por el psicólogo. En otras palabras, reviven una serie de experiencias psicológicas, no como pertenecientes al pasado, sino aplicándolas al psicólogo clínico en el momento actual.

Para Freud (1905, cit. En Beitman y Yue, 2004) la transferencia esencialmente es una repetición de relaciones pasadas significativas en un contexto nuevo: la relación con el psicólogo clínico. Freud negó la influencia de las relaciones interpersonales actuales de los pacientes y de sus circunstancias vitales en ese momento, además de la influencia de la personalidad, las técnicas y el rol del psicólogo clínico en la transferencia.

Tal como indica González (2002), “la transferencia estriba en pulsiones, sentimientos, actitudes y defensas actuales de una persona que no le corresponden a esa persona”, ya que son la repetición de reacciones formadas

relacionadas con personas importantes durante la primera infancia, convertidas en inconscientemente en figuras actuales. Greenson (1990, cit. En González, 2002) refiere que repetición e impropiedad son características de la transferencia. Se considera que la transferencia es impropia ya que es una reacción inadecuada a una circunstancia actual, dejando ver que la persona que desencadena la acción no es el objeto verdadero. Tal reacción inadecuada hacia el objeto actual es impropia, ya que se trasladó de un objeto del pasado.

De igual forma, la transferencia se caracteriza por su intensidad (González, 2002), pueden ser reacciones impropias de amor, odio, envidia, celos o rivalidad hacia el psicólogo clínico. Por lo cual a la transferencia se le puede clasificar de la siguiente manera:



Esquema 19 Clasificación de la transferencia (González, 2002)

De acuerdo con González (2002), el psicólogo clínico debe tener cuidado en el manejo técnico de la transferencia, ya que no solo hay que tener en cuenta la edad, el sexo, la raza y la posición social del paciente, sino también en no participar en su juego transferencial.

Por su parte, la **contratransferencia** designa el conjunto de reacciones emocionales, que el psicólogo clínico experimenta ante su paciente dentro del contexto de la terapia psicoanalítica, individual o grupal. Estas emociones y sentimientos se deben en parte a la historia personal del psicólogo, de sus complejos, cultura y aparato psíquico, pero también a lo que el paciente le hace sentir objetivamente con su personalidad y su transferencia (González, 1989, cit. en Cornejo, 2005).

Como Goldstein (2001) indica, la contratransferencia, se ha definido como las reacciones inconscientes del terapeuta a la transferencia del paciente, implica todos los sentimientos emocionales del terapeuta hacia el paciente, tanto conscientes como inconscientes. Estos sentimientos incluyen las reacciones a la transferencia del paciente, las reacciones a la personalidad del mismo y las reacciones que éste le suscite de forma activa.

El término contratransferencia apareció por primera vez en “Perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica” (1910, cit. En Cornejo, 2005), donde Freud menciona que la contratransferencia es un problema en la técnica empleada por el psicólogo clínico y que por lo tanto debe superarse. La contratransferencia se debía a los puntos ciegos del propio analista, por lo que este tenía la obligación de conocerla y superarla para poder desempeñarse como terapeuta.

Sin embargo, resulta más difícil reconocer la contratransferencia que la transferencia, debido a que requiere el deseo y la valentía del psicólogo clínico para mirar dentro de sí mismo (Beitman y Yue, 2004).

La señal de que existe contratransferencia es una desviación de las respuestas esperadas hacia el paciente. La clave para reconocer la contratransferencia es la señal. La identificación de la señal implica en primer lugar la comprensión de las respuestas que se esperan generalmente del papel del psicólogo, y en segundo el conocimiento de lo que es una buena terapia estándar; de otra forma, las desviaciones pasaran inadvertidas (Beitman y Yue, 2004).

Los sentimientos de contratransferencia se hacen conscientes para el psicólogo clínico cuando se vuelven lo suficientemente fuertes para ser reconocidos (Beitman y Yue, 2004). El psicólogo reconoce un sentimiento como contratransferencia cuando el sentimiento (el pensamiento o la conducta) resulta excesivo, inapropiado, exagerado o parece que no le pertenece. Entre los signos de contratransferencia son frecuentes la impaciencia con respecto a la duración de la sesión o el resentimiento por tener que terminarla, soñar con el paciente o sentir rabia injustificada hacia él. Es necesario que el psicólogo examine estos sentimientos a lo largo del curso de la terapia para estar más sensibilizado a ellos. Una vez que se reconocen, el psicólogo clínico debe intentar determinar su procedencia. Sin embargo no todas estas respuestas pueden catalogarse como contratransferencia; de hecho son bastante comunes entre los psicólogos clínicos. Por ejemplo, algunos psicólogos clínicos recuerdan muchos de sus sueños y se dan cuenta de que los pacientes aparecen en ellos frecuentemente. Otros por el contrario, se percatan de que los pacientes raramente aparecen en sus sueños y, cuando lo hacen les resulta sorprendente. Para el primer grupo, soñar con un paciente puede tener poca importancia, mientras que para el segundo indica la necesidad de observar con más detenimiento la relación terapéutica.

Los sentimientos sexuales contratransferenciales requieren una exploración inmediata, porque la implicación sexual puede ser devastadora para ambos. Si el

psicólogo clínico percibe sentimientos sexuales en respuesta a un paciente, deben considerarse varias fuentes posibles (Beitman y Yue, 2004):

Contratransferencia concordante:

El psicólogo clínico se siente tan cerca de la experiencia del paciente que los sentimientos sexuales de este han centrado en el campo consciente del terapeuta.

Contratransferencia complementaria:

El paciente, mediante el tono de voz, afirmaciones directas, gestos y/o forma de vestir, se comporta de forma que crearía una respuesta sexual en mucha gente

Originada en el psicólogo clínico:

El psicólogo está sencillamente interesado sexualmente en esa persona sin ningún tipo de provocación por parte del paciente.

Esquema 20 Fuentes de la contratransferencia (Beitman y Yue, 2004)

Wolberg (1988, cit. En Beitman y Yue, 2004) sugirió que el psicólogo clínico se hiciera las siguientes preguntas para poder sensibilizar a las manifestaciones de la contratransferencia:



Esquema 21 Preguntas que debe hacerse el psicólogo clínico si siente alguna reacción frente a su paciente según Wolberg (1988, cit. En Beitman y Yue, 2004)

6 Algunos aspectos propios del proceso psicoterapéutico

6.1 La incongruencia del paciente

Tal como refiere Gómez (2009), tanto la coherencia como la congruencia son dos atributos que se espera encontrar en las personas lucidas y “sanas”.

Cuando se dice que una persona es congruente, se intuye que puede ser libre de ser quien es en cada momento, libre de encontrar la conducta que satisfaga su momento presente, libre de volverse impredecible para los demás sin sentirse culpable de la decepción de los otros, ser congruente es estar vivo cambiante hoy, aquí y ahora. Se trata de una armonía diferente: “la de la belleza del ser siendo” (Bucay, 2003, cit. En Gómez, 2009).

Ahora bien, dentro del proceso terapéutico, psicólogo clínico y paciente están inmersos en un constante juego de contradicciones e incongruencias. Las contradicciones internas de cada uno de los participantes siempre están presentes. Aunque, muchas veces se actúan de manera inmediata, es decir, sin pasar por la mediación de la consciencia (Gómez, 2009).

Por otro lado, algunos terapeutas denominan “dobles mensajes” cuando quieren hablar de la incongruencia, usando el enfoque comunicativo (Watzlawick, 1967, cit. En Gómez, 2009), que el emisor envía simultáneamente un mensaje verbal y un mensaje no verbal que van en diferente dirección. Estos dobles mensajes provocan confusión en el receptor, pues no sabe a cuál de los dos mensajes responder. Todos los seres humanos son capaces de emitir esporádicamente dobles mensajes. Por lo tanto, se sabe que los dobles mensajes generan en el receptor confusión que experimenta, sin saberlo, el que los emite.

En el contexto terapéutico se presentan los dobles mensajes por ambas partes, pero resulta aceptado, e inclusive justificado por parte del psicólogo clínico, señalar las incongruencias en la comunicación del paciente (Gómez, 2009).

6.2 La intencionalidad

Tal como señala Pérez (comunicación verbal, 29 agosto, 2012) tanto el psicólogo clínico como el paciente tienen cierta intencionalidad durante el proceso terapéutico. Por su parte, la intencionalidad del psicólogo clínico, es la de obtener datos, siempre y cuando haga sentir cómodo al paciente, para que así llegue a sentirse en confianza, posteriormente el psicólogo clínico con toda la información recabada podrá devolverle elementos que le permitan tener un mayor conocimiento sobre esa situación de conflicto y procederá a la parte terapéutica.

De igual forma Pérez (comunicación verbal, 29 agosto, 2012), indica que en primera instancia hay que buscar el beneficio del paciente y sobre todo a través de establecer un diagnóstico, debe trabajar profesionalmente con el paciente, esto corresponde a diferencias, entre otras cosas, buenos modales y que utilice todos los elementos de los buenos modales para establecer un buen rapport y así mejorar la alianza terapéutica, al mismo tiempo que transmite empatía, el psicólogo clínico ha de buscar siempre el bienestar del paciente.

Otra intencionalidad del psicólogo clínico es no maltratar a los objetos del paciente, aun cuando el paciente hable mal de algún familiar conocido, amigo, etc., el psicólogo solo hará unión de los elementos: enojo, ira, ya que no debe responder con la misma respuesta del paciente. Solo debe registrar como dato las emociones del paciente con el fin de establecer un diagnóstico (Pérez, comunicación verbal, 29 agosto, 2012).

Todo el material que se recabe debe ser anónimo, en el sentido de no poner datos como: su número telefónico o su dirección. Hay que buscar lo que le aqueja al paciente, el problema central o aquellas partes inconscientes que no le permiten al sujeto resolver su problema se analizan o por principio se identifican para después establecer una serie de técnicas que le permitan realizar el proceso psicoterapéutico (Pérez, comunicación verbal, 29 agosto, 2012).

6.3 La voracidad

Pérez (comunicación verbal, 29 agosto, 2012) menciona que en ocasiones durante la sesión de la psicoterapia, se puede observar que hay pacientes que siempre tienen preguntas o comentarios que hacer, exigiendo más tiempo ya que el de la sesión no le es suficiente.

De forma que la voracidad del paciente, se muestra cuando el paciente tiende a establecer demandas de forma constante hacia el psicólogo clínico, por ejemplo, pidiendo que se le haga una reducción al costo de la sesión, o bien, pidiéndole al psicólogo una taza de café, té o algo que le pueda ofrecer; por lo cual es importante registrar las demandas que el paciente llegue a emitir, ya que sus necesidades forman parte de esa voracidad, el paciente muestra no estar ubicado en el espacio correspondiente. Además muestra que más que el deseo de ir a trabajar, está tratando de ver como obtiene lo que él necesita, y no tanto procurando su estabilidad (Pérez, Comunicación verbal, 5 septiembre, 2012).

Otra forma en que la voracidad puede manifestarse, es cuando el paciente le pide al psicólogo clínico que amplíe el tiempo de la sesión, o también, cuando el paciente continuamente le habla al terapeuta, entre sesiones, sin importar el momento que sea, para abordar ciertos acontecimientos de su vida; al igual que cuando llega temprano a su sesión, con el objetivo de que el psicólogo clínico lo atienda (Pérez, Comunicación verbal, 5 septiembre, 2012).

En ocasiones el paciente pretende abordar dentro de la sesión, problemáticas ajenas al él, por ejemplo las de un amigo o de un primo, estos elementos forman parte de la resistencia que de ayuda a la problemática que le aqueja; cualquier necesidad exagerada del paciente que no corresponda al ámbito de la entrevista evoca un aspecto de voracidad (Pérez, Comunicación verbal, 5 septiembre, 2012).

Pérez (Comunicación verbal, 5 septiembre, 2012) indica que esta voracidad se debe a que la información que se le brinda al paciente en un sentido terapéutico, no es lo suficiente, ya que el paciente no llega a procesar esa información y es como si no lo llenará de ese nutrimento que el terapeuta le da a través de sus

técnicas de intervención verbales, tal como la clarificación, confrontación, el señalamiento y la interpretación, así como de su empatía. La voracidad llega a convertirse en un mecanismo de defensa que no le permite elaborar ese proceso, o bien, esas ideas para obtener una mejoría.

Existen límites de la voracidad, puede ser de una magnitud mínima hasta llegar a extremos, donde incluso el paciente, termina su horario y quiere que su sesión se prolongue una hora más, porque siempre tiene muchas preguntas que hacer pero aunque existan muchas cosas que preguntar lo que el terapeuta le devuelve, no llega a ser procesado (Pérez, Comunicación verbal, 5 septiembre, 2012).

Un joven de 24 años, plantea una situación de conflicto ya casi al terminar la sesión, quiere seguir ahondando mas, sin plantear una postura frente a sus principales temores o dudas para obtener mas tiempo por ser un tema relevante y que el psicólogo clínico no pueda concluir su sesión en tiempo correspondiente.



El paciente menciona que su ex novia, le hizo la siguiente pregunta: Llevamos ya un buen tiempo como novios, ¿Te vas a casar conmigo?, a lo que él no le dio ninguna respuesta, lo único que le dijo fue que le gustaba estar con ella, pero que tenía planes de irse a estudiar un posgrado a España.



Pero ella quería una respuesta, por si había algún otro chico con el que pudiera iniciar una relación y poder hacer planes de casarse. Entonces el paciente termina la sesión planteando esta situación, que su novia le pedía una respuesta y él seguía comentando que no sabía que decidir ya que le costaba mucho trabajo; el psicólogo clínico al hacer énfasis en la respuesta que le pedía su novia, para con esto terminar la sesión, observa que el paciente responde: es que tengo muchas dudas, porque yo con ella me siento muy a gusto, cuando salimos, cuando platicamos, narrando así muchas situaciones, pidiendo así más tiempo de atención, sin procesar la información, y por lo tanto, sin tomar una decisión.



Volviendo a mencionar que no es muy bueno para tomar decisiones. Al seguir con sus dudas lo que deja ver es que quiere tener más tiempo en su sesión, pero sin pedir una cita extra, quiere que por la misma cantidad que paga por un tiempo determinado de su sesión se le dé tiempo extra. Sin embargo, hay pacientes que pueden mencionar: sé que termino el tiempo de mi sesión pero tengo una cosa que contarle, la cual me hace sentir muy mal.

Ejemplo 3 Voracidad (Pérez, Comunicación verbal, 5 septiembre, 2012).

Tras la voracidad de los pacientes, se encuentra el deseo de que las cosas fueran como ellos quieren o como ellos las ven, sin hacer un esfuerzo para cambiar aquello que no concuerda con su situación (Pérez, Comunicación verbal, 5 septiembre, 2012).

6.4 La confusión

La confusión del paciente puede provenir de que él no sabe que es exactamente lo que quiere, no sabe cuál es su conflicto; o bien se siente confundido por saber si tiene la razón, si está confundido, equivocado o los demás están mal.

En ocasiones el paciente, no sabe que es lo que quiere de la vida, o están confundidos en una toma de decisión (Pérez, comunicación verbal, 13 diciembre, 2012).

Por lo tanto, es importante que el psicólogo clínico, en estos casos, aplique la técnica de la clarificación y le tenga la debida paciencia, por que el paciente puede estar muy confuso y en un muy probable estado de ansiedad y sentimiento de atrapamiento, en el que no sabe qué hacer (Pérez, comunicación verbal, 13 diciembre, 2012).

Una paciente de 50 años de edad, comenta que tiene muchos problemas con sus hijos y su esposo, ya que ellos le dicen que esta neurótica y que siempre esta de mal humor, ella lo atribuye a la menopausia.



Al indagar la paciente comenta que tiene demasiadas cosas que hacer, su padre y su madre están hospitalizados ya que son de edad avanzada; por las mañanas trabaja como empleada domestica y dedica su tiempo libre a terminar su licenciatura en biología, agrega que ha tenido un muy buen desempeño; considera que no tiene el apoyo de su marido por que es muy pasivo y con poca iniciativa; esta molesta con la actitud de sus hijos por que ya tienen la edad suficiente para independizarse, además no han concluido sus estudios ya que deben materias. Menciona: "quisiera que caminaran como yo camino". Cuando me hablan les contesto mal y no tengo ganas de estar con ellos.



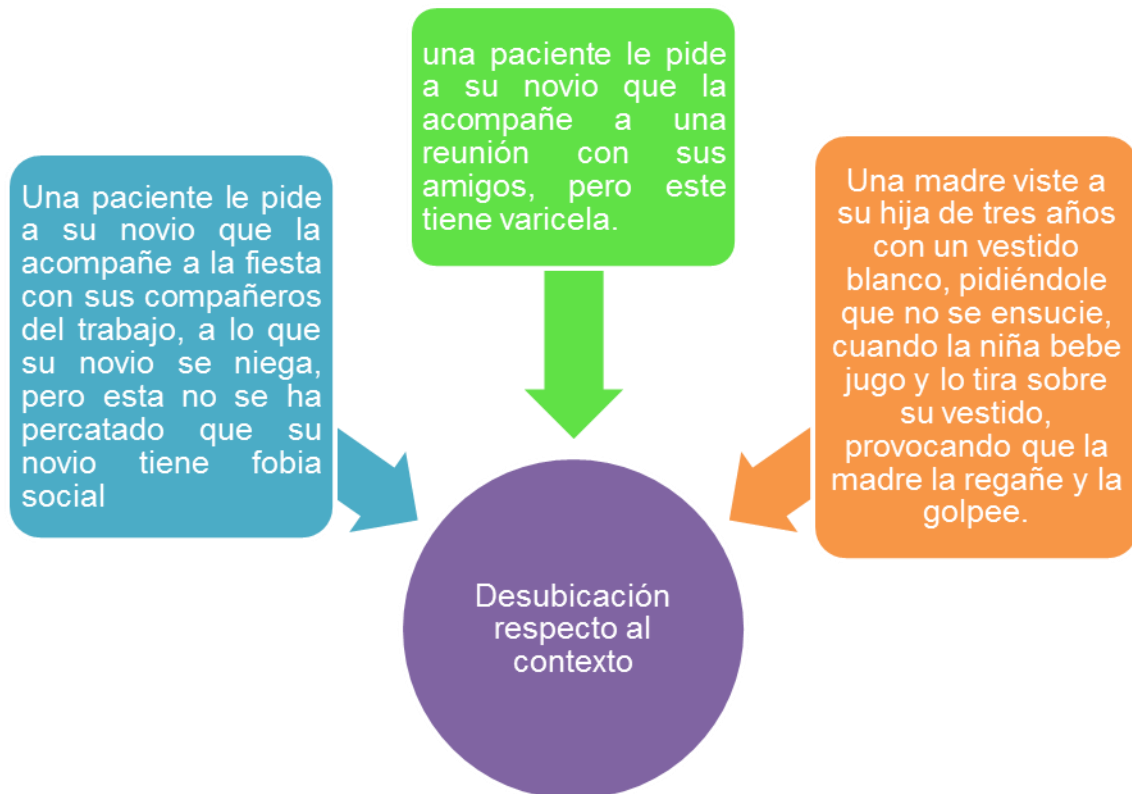
Termina diciéndole al psicólogo clínico: Quiero que usted me diga ¿estoy bien o estoy mal? ¿mis hijos y mi esposo tienen razón al decir que soy neurótica y agresiva?

Ejemplo 4 Confusión (Pérez, comunicación verbal, 13 diciembre, 2012).

6.5 La desubicación respecto al contexto

En ocasiones los pacientes, pueden plantear la problemática o la situación que les aqueja, sin tomar en cuenta la edad, cultura o personalidad de las personas que están frente a ellos (Pérez, comunicación verbal, 13 diciembre, 2012).

Por ejemplo:



Ejemplo 5 Desubicación en el contexto (Pérez, comunicación verbal, 13 diciembre, 2012)

6.6 La insatisfacción

El paciente platica durante la sesión, pero al trascurrir el tratamiento se aprecia que al paciente nada le satisface, en consecuencia el tratamiento tampoco, por lo tanto el psicólogo clínico hará uso de las técnicas de clarificación y confrontación, con el objetivo de promover la sensibilización para la toma de consciencia de la problemática que al paciente le aqueja (Pérez, comunicación verbal, 13 diciembre, 2012).

6.7 La culpa

La culpa es una vivencia psicológica que surge a consecuencia de una acción que causa un daño y que provoca un sentimiento de responsabilidad. También puede surgir por la omisión intencionada de un acto; el sentimiento de culpa es un factor desestabilizador e invalidante, a menudo producto de interpretaciones subjetivas. (Enciclopedia Salud, 2012).

En otras palabras, la culpa es una acción u omisión que genera un sentimiento de responsabilidad por un daño causado, por ejemplo: “Siento que, por mi culpa, mi hija sufrió demasiado” (Definición.de, 2012).

En la corriente psicoanalítica, la culpa es definida como un conflicto entre instancias yoicas y superyoicas; en este ámbito no se habla de culpa como sentimiento, es decir de la emoción que sigue a la violación de un precepto. El sentimiento de culpa puede ser consciente o inconsciente; en los dos casos, según Freud (cit. En Galimberti, 2002) del conflicto entre el superyó y los deseos sexuales y agresivos infantiles, conflicto que es una representación interiorizada y una perpetuación de los conflictos entre los niños y sus padres.

6.8 El paciente considera tener la razón respecto a su problemática

Todos los seres humanos, indistintamente de su edad, están expuestos a una serie de situaciones que implican o demandan en ellos la capacidad de afrontar y resolver situaciones que presentan un conflicto (Sánchez, 2007).

Muchas personas adolecen de la capacidad de encontrar una gama amplia de soluciones ante las situaciones que considera conflictivas o problemáticas, pues en su repertorio comportamental y cognitivo no ha construido o ejercitado estas habilidades (Guerra, 2012). Cada persona se enfocará de forma distinta a la situación que le aqueja y por la cual llega al consultorio.

Varios aspectos influyen en la tendencia de las personas a experimentar problemas, entre éstos están:

- (a) la percepción de la situación actual;
- (b) los escenarios mentales que llevan a representarse posibles eventos futuros;
- (c) las creencias actuales;
- (d) las emociones provocadas por percepciones, escenarios y creencias; y
- (e) el humor actual.

Para una persona determinada, una situación dada siempre será un problema, porque ciertos sentimientos la motivan a intentar cambiarla (Sánchez, 2007).

7 Algunas consideraciones importantes del psicólogo clínico

7.1 Tema inicial de la sesión

Es frecuente que el paciente al inicio de cada sesión, comience con temas resistenciales dando una explicación amplia de situaciones o conflictos que le aquejan, sin explicar directamente cual es el problema que en realidad lo tiene preocupado, molesto o ansioso (Pérez, comunicación verbal, 25 abril, 2013).

Por lo tanto es conveniente que el psicólogo clínico tenga la suficiente calma y mantenga una escucha activa, para poder unir las partes del relato de tal forma que pueda estructurar la problemática esencial que en esa sesión viene a presentar el paciente. Con esto ayudará a que pueda hacer mejores intervenciones clínicas y rompa las resistencias mencionadas al principio, mejorando así la dinámica del proceso terapéutico (Pérez, comunicación verbal, 25 abril, 2013).

Una paciente de 35 años, expone como motivo de consulta la preocupación por sus hijos, ya que tiene dos semanas que se separo de su esposo y no sabe como hablar con sus hijos de 5 y 3 años al respecto.

Indagando, la paciente comenta que la relación con su esposo nunca ha sido estable, ya que la mayor parte del tiempo él vive con sus papás y no ha estado junto a ella en sus periodos de embarazo, incluso no es muy apegado a los niños, pero cubre el 70% de los gastos de la paciente, con ella solo es cariñoso cuando quiere tener relaciones sexuales. Le preocupa saber que es lo que va a hacer si se separan definitivamente ya que tendría que buscar algún trabajo para obtener dinero, además tendría que viajar en transporte publico, ya que con su pareja podía salir en auto particular.

Agrega que asiste a actividades en su delegación de las cuales recibe apoyo económico y se siente menos presionada tras la separación con su marido.
De esta forma la paciente deja ver que mas que estar preocupada por sus hijos, esta preocupada por su estabilidad personal

Ejemplo 6 Tema inicial de la sesión

Por otro lado, se puede concebir el motivo de consulta erróneamente, es decir, la causa que ha estimulado al paciente a solicitar la visita, simplemente como la puerta que abre paso a la exploración de los signos o síntomas que permitirán concretar un diagnóstico psicopatológico (Martínez, 2011).

Martínez (2011), indica que el motivo de consulta puede estar relacionado con la clínica objetivable pero también con una inquietud subjetiva que el paciente no sabe o no se atreve a manifestar.

Cuando una persona con problemas de adicción a una determinada sustancia tóxica acude a consultar presionado por sus familiares, no necesariamente el motivo de consulta es vencer la adicción, sino tal vez, liberarse de la exigencia de aquéllos sin tener que dejar de consumir (Martínez, 2011).

Por tanto, es evidente que a veces el motivo que el paciente alega como justificante de su consulta, o que el psicólogo presupone a partir de la clínica, es decir, lo que se denomina "motivo de consulta manifiesto o explícito" no es el motivo que profundamente ha estimulado al paciente a consultar, lo que se denomina "motivo de consulta latente o implícito" (Martínez, 2011).

- Motivo de consulta manifiesto

El motivo de consulta manifiesto obedece a la interpretación que el paciente hace de su malestar, que está mediatizada por la información médica o psicológica que dispone, su capacidad para entenderla adecuadamente, el haber sufrido experiencias previas iguales o semejantes, el imaginario socio-cultural en el que vive, etc. (Martínez, 2011).

Un paciente, comenta que ha acudido a consulta porque no puede controlar su enojo, que **en ocasiones** le llevan a sentirse muy agresivo con las personas de su entorno. Su esposa le recomendó **asistir a terapia tras** una discusión conyugal, pero él también cree darse cuenta de la magnitud de su problema.

Además, explica que en una ocasión estuvieron a punto de **despedirlo** de un empleo **por una** pelea con un compañero. **El paciente** entiende que sufre un problema de control de los impulsos y que necesita ayuda profesional.

El psicólogo clínico podrá preguntarse si realmente **asistió** a consulta por este motivo, si efectivamente su facilidad para enojarse es lo que más le preocupa de sí mismo.

Al interrogar al paciente sigue explicando que durante muchos años sus allegados ya le han **comentado que** su carácter **es** irritable, pero sobre todo ahora, su mujer, **es quien** más ha insistido sobre ello. **El paciente** reconoce que su vida social y familiar puede complicarse y ve la necesidad de ponerle solución.

No obstante, hasta este punto, lo que **se sabe del motivo de consulta del paciente** es la interpretación que sus allegados han hecho del aspecto manifiesto de su problema: su carácter violento. Pero **se desconoce** si verdaderamente él está de acuerdo con tal interpretación. Que la haya adoptado como propia no quiere decir necesariamente que crea en ella.

Entre lo que **el paciente** escucha que los demás opinan de él y lo que él realmente siente que le pasa puede existir una nube de confusión. El psiquismo está **constituido** por una compleja interrelación de ideas y sentimientos referidos a uno mismo y al entorno, que tienen que ver con el presente, el pasado y el futuro, mediatizados por la experiencia y la relación con los demás y el universo circundante. Ver las cosas claras a través de este entramado no siempre resulta fácil.

Ejemplo 7 Motivo de consulta manifiesto

- El motivo de consulta latente

La diferencia fundamental entre los conceptos "motivo de consulta manifiesto" y "motivo de consulta latente" es que el segundo hace referencia a la percepción subjetiva del motivo de consulta (Martínez, 2011).

El paciente del ejemplo anterior, al seguir interrogándole puede reconocer que su enojo tenía que ver con la dificultad a soportar la más mínima crítica, el más mínimo cuestionamiento que pudieran hacerle de determinados aspectos de su carácter.

Sin duda que ha acudido porque sufre, pero no parece ser su conducta agresiva el principal motivo de ello, aunque reconozca la gravedad de sus consecuencias. Al intentar aclarar el motivo de consulta el psicólogo averigua que el sufrimiento del paciente gira entorno a no poder soportar dudar acerca de aspectos de sí mismo.

La conducta agresiva, sólo es su aspecto manifiesto. La dificultad para tolerar pensar que ha hecho o hace algo mal es lo que le desencadena su ira. Ése es el motivo de consulta latente.

Ejemplo 8 Motivo de consulta latente

7.2 Manera de escuchar al paciente

El trabajo psicoterapéutico requiere del despliegue de una serie de habilidades, por parte del psicólogo clínico. Al describir algunas de las habilidades efectivas del psicólogo clínico, independientemente de su postura teórica, según Brammmer (1979, cit. en Liemann, 2010) éstas corresponden a las capacidades de entender, escuchar, guiar, reflejar, confrontar, interpretar, informar y resumir.

Es importante enfatizar dentro de éstas capacidades, el papel que tiene el escuchar en el proceso terapéutico, ya que, cuando la persona acude a consulta,

no sólo busca “ayuda”, sino que además, busca un espacio donde pueda descargar su malestar, dolor o preocupación; es decir, busca ser “escuchado”.

Sin embargo, tal como indica Pérez (2011) saber escuchar, es una actividad extremadamente compleja, ya que no es una posición pasiva; escuchar es comprometerse con la persona a quien se escucha, por una parte el psicólogo clínico se compromete a asumir un marco de referencia que no es el suyo y que tampoco conoce, de igual forma tendrá que irlo descubriendo y construyendo.

La palabra escuchar proviene del latín *ascultāre* y significa prestar atención a lo que se oye, a diferencia del oír el cual como lo explica Echeverría (2005, cit. En Liemann, 2010) es un fenómeno biológico. Se le asocia a la capacidad de distinguir sonidos en las interacciones con un medio. Por lo tanto se está hablando de dos fenómenos diferentes.

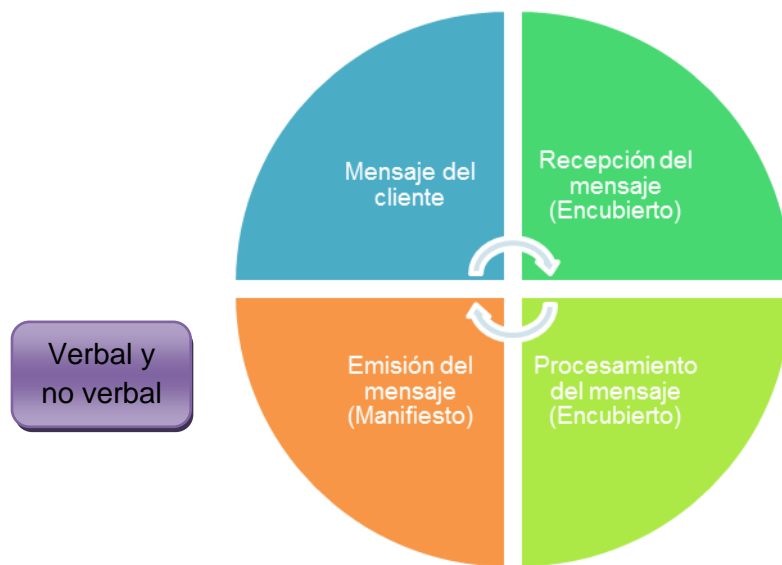
Por lo tanto, el acto de escuchar siempre implica comprensión y, por lo tanto, interpretación. Cuando se presta atención a lo que se escucha, implica no solo tomar en cuenta lo que se dice, sino además lo que no se dice, como podría ser los silencios y los movimientos del cuerpo. Por lo tanto cuando se escucha se realiza un proceso activo y complejo que va más allá de recibir información, procesarla y emitir una respuesta. Lo que realmente se busca es comprender el significado de lo que para esa persona representa lo que está relatando (Liemann, 2010).

Muchas veces dentro de la terapia, el sentido del escuchar se pierde porque se está más atento a la respuesta que se deba “dar” para aliviar al consultante o porque sólo se busca obtener la información que el profesional considera necesaria para la comprensión del malestar que aqueja a la persona. Cuando el psicólogo clínico no escucha, el paciente puede sentirse desmotivado para la auto-exploración (Liemann, 2011).

Otro aspecto importante es que cuando escuchamos no permanecemos como observadores neutrales e indiferentes; estamos reconstruyendo las acciones del orador (Echeverría, 2005, cit. En Liemann, 2010). De allí, que el escuchar permite

que surjan cuestionamientos frente a lo que el otro expresa para poder entender el significado de sus acciones.

La escucha incluye tres procesos: recibir el mensaje, procesar el mensaje y enviar un mensaje (Cormier y Cormier, 2000).



Esquema 22 Los tres procesos de la escucha (Cormier y Cormier, 2000).

Cada mensaje verbal o no verbal del paciente es un estímulo que debe ser recibido y procesado por el psicólogo clínico. Cuando el paciente envía un mensaje, el psicólogo lo recibe. La recepción de un mensaje es un proceso encubierto, es decir, no podemos ver cómo o que recibe el psicólogo clínico. Si el psicólogo clínico deja de atender puede no recibir ninguna fracción del mensaje. Una vez que se haya recibido el mensaje, este debe ser procesado de algún modo. Procesar como recibir, se realiza de forma encubierta por que se ejecuta en la mente del psicólogo clínico y no es visible en el resto de las personas, exceptuando, las señales no verbales que emite el psicólogo clínico. El procesamiento implica pensar en el mensaje y ponderar su significado. El

procesamiento es importante porque las cogniciones, el auto discurso y la preparación mental (encubierta) del psicólogo clínico constituye la base de la respuesta abierta (Richardson & Stone, 1981, cit. En Cormier y Cormier, 2000).

Con frecuencia se originan errores en el procesamiento exacto del mensaje cuando los sesgos o puntos ciegos del psicólogo clínico le impiden apreciar ciertas partes del mensaje o le impiden interpretar el mensaje sin distorsiones. El psicólogo clínico puede oír lo que desea escuchar en lugar del mensaje emitido.

En algunas ocasiones el psicólogo clínico puede recibir y procesar con precisión un mensaje pero tiene dificultades para emitir una respuesta por que le faltan las habilidades precisa (Cormier y Cormier, 2000).

Tal como lo indica Cormier y Cormier (2000), las respuestas de escucha son los cimientos del proceso terapéutico en su totalidad. Una de las dificultades relacionadas con la escucha consiste en lograr un equilibrio razonable entre la escasez y el exceso de escucha. Cuando la escucha es el único instrumento utilizado en la terapia, probablemente faltará dirección en las sesiones, si el psicólogo clínico no escucha suficientemente, las sesiones puede estar sobre-estructuradas a expensas del paciente.

El psicólogo clínico hábil en la escucha, generará preguntas que le permitan conocer sobre el otro y relacionar los diferentes aspectos expresados por el que es escuchado. Las preguntas que realiza no sólo tienen el sentido de “completar” su información sino que el sentido de éstas va encaminado a que el otro pueda también cuestionarse a sí mismo, frente a la experiencia de vida que está presente en ese momento (Cormier y Cormier, 2000).

Existen estrategias como el clarificar, las paráfrasis, el reflejo de sentimientos o la síntesis (Cormier & Cormier, 1994) que son respuestas de escucha que facilitan que el psicólogo compruebe el mensaje del consultante y a su vez son herramientas mediante las cuales éste percibe la comprensión que se tiene de su situación.

Estas respuestas a su vez se deben acompañar también de una sincronía corporal que evidencie sin palabras el valor de lo escuchado (Cormier & Cormier, 1994).

La escucha como elemento esencial en la terapia implica algo más que una habilidad comunicativa del psicólogo clínico, es una disposición personal de éste para querer entender la vivencia del otro (Cormier & Cormier, 1994).

Como indica Paul (1973), la comprensión solo surge cuando se escucha, el acto de escuchar es un sinónimo del acto de aprehender y comprender. El oyente atento facilita el desarrollo de la narración mediante su participación activa, que lo lleva a prever su curso, debe abstenerse de acelerar en forma imprudente la culminación del proceso, por lo cual ha de armarse de paciencia y frenar su necesidad de ver confirmada o rechazar sus predicciones. La profesión del psicólogo lo convierte en un oyente interesado y atento. Interesado por que desea aprehender la estructura del relato de su paciente; atento, porque su atención activa le permitirá lograr la deseada comprensión.

Cuando Freud (cit. En Paul, 1973) aconsejó prestar una atención “difusa”, flotante, estaba abogando por un tipo de audición pasiva, la cual nos llevará a liberarnos de presiones internas.

No importa el grado de pasividad o actividad con que estemos escuchando: siempre debemos escuchar tranquilos y relajados. El oyente experto oye la totalidad, no oye simplemente el contenido del relato, atiende el tono de voz, las palabras que elige, el uso de metáforas, los cambios de ritmo y tiempo, las pausas y vacilaciones, toma en cuenta todos los aspectos y características de la comunicación (Paul, 1973).

El psicólogo clínico sabrá que escucho correctamente si comprende y puede recordar lo que se dijo. Al escuchar de forma pasiva, evitará ejercer control sobre lo que se nos comunica o por lo menos se reduce dicho control al mínimo (Paul, 1973).

7.3 Tacto, calidez, prudencia para devolverle el material sobre aspectos relacionados con sus conflictos emocionales

Como se ha mencionado en este trabajo, el psicólogo clínico, que tiene interés por iniciarse en el campo de la psicoterapia debe contar con una serie de características específicas que lo harán mantener una buena relación de trabajo con el paciente, ya que en muchas ocasiones los solicitantes del servicio son personas que se encuentran frente a dificultades adaptativas, incapacidad para afrontar problemas o frente a conflictos emocionales, por lo cual el psicólogo clínico deberá tener precaución en cuanto a la forma en que se dirige al paciente.

Como mencionan Ruiz y Villalobos (1994), cuando un paciente acude a psicoterapia, en la mayoría de los casos es porque está experimentando malestar o sufrimiento y se siente incapaz de solucionar sin ayuda sus problemas. Cuando el paciente pide este tipo de ayuda, supone que tendrá que mostrar su vulnerabilidad y debilidad, además de desbordarse emocionalmente ante un desconocido que, no mostrará reciprocidad en la expresión de emociones parecidas. Las reglas de interacción social no favorecen precisamente la expresión de emociones negativas ni la admiración hacia personas que muestran algún tipo de debilidad. Estas personas, aunque hayan ido voluntariamente, han de dejar al margen sus roles sociales más competentes para mostrar las facetas de sí mismo donde no lo son, con la consiguiente sensación de inseguridad, miedo al juicio, rechazo y malestar que esto puede ocasionar.

Por todo ello, resulta evidente que el psicólogo clínico comience a crear, desde los primeros contactos con el paciente, una atmósfera que permita sentirse a éste en la situación de terapia fuera de peligro, seguro, respetado como persona y no juzgado. Esto supone evitar los juicios morales o valoraciones globales sobre la persona como un todo, así como procurar que ella los emita sobre sí misma o sobre su comportamiento general. Si se pretende ayudar a la persona a conocer sus propios recursos positivos, evidentemente el psicólogo clínico ha de ser el primero en no emitir juicios globales negativos sobre el paciente, puesto que las

descalificaciones globales dificultan el descubrimiento o incremento de los recursos positivos (Ruiz y Villalobos, 1994).

Ahora bien, cuando se habla de calidez se hace referencia a la forma en que el psicólogo clínico trata al paciente, es decir, sin llegar a mostrarse afectuoso ni tranquilizar o reconfortar al paciente en forma directa, es posible preocuparse por lo que ocurre, prestarle atención cuando hable de sus conflictos y demostrarle interés por él; estas son las formas de calidez que se pueden y deben manifestar a los pacientes. Actuar en forma impersonal o neutral no implica mostrar frialdad en nuestro trato con el paciente. Es posible adoptar una actitud signada por la preocupación y la calidez (Paul, 1973).

La calidez se refleja en el carácter que adquiera la relación entre el paciente y el psicólogo clínico y el modo en el que se responda. Una actitud cálida se trasluce por vías extraverbales, por el modo en el que se mira al paciente, en cómo se le escucha y se le habla. La diferencia puede ser residir en la manera de ofrecer una interpretación y la forma de enunciarla (Paul, 1973).



Esquema 23 Muestras de calidez hacia el paciente (Paul, 1973)

Siendo de esta forma, es importante hablar del tacto que el psicólogo clínico debe tener durante el proceso psicoterapéutico, ya que implica la posesión de sensibilidad hacia los sentimientos de la otra persona, su comportamiento, toma en cuenta con perfecta naturalidad, los sentimientos y deseos (Paul, 1973).

Tal como indica Paul (1973), el psicólogo clínico que actué con tacto, estará tan sintonizada y en contacto, que su comportamiento tomara en cuenta, con gran naturalidad los deseos y sentimientos del otro. De esta forma el psicólogo que tenga un buen tacto no llegara a dañar el autoestima ni los sentimientos del paciente.

De otra forma el tacto se define como sinónimo de sensibilidad. La cuestión del tacto por lo común tiene mayor relación con las preguntas, indagaciones y confrontaciones que realiza el psicólogo clínico durante las sesiones (Paul, 1973).

Un ejemplo muy claro es el de Paul (1973), donde expone un caso práctico en el cual se exceden las cuestiones de tacto, ya que la visión del paciente no es la misma del especialista respecto algún aspecto de su realidad.



Mi padre es un hombre totalmente desconsiderado y egoísta, me trata de la peor manera; ¡solo por que el año pasado le choqué el coche fíjese que hizo el desgraciado!: instaló un aparato que registra la velocidad en el coche nuevo, por lo que cada que salgo, puede verificar a que velocidad anduve. ¡No puedo conducir a mas de 110 km/hr! por que de lo contrario me prohibiría usar el coche ¡durante una semana completa!

Ejemplo 9 Cuestiones de tacto (Paul, 1973)

En este ejemplo, a diferencia de lo que piensa el paciente, para el psicólogo clínico de ninguna forma resulta desconsiderada la manera en que su padre lo trata, lo cual le gustaría decirle, pero el problema radica en que no sabe cómo decirlo, sin incurrir en una falta de tacto. Resultaría un grave error recurrir al “No entiendo” ya que el relato es claro, ya que si el paciente insiste en el maltrato de su padre, cuando el psicólogo clínico ponga en tela de juicio su manera de percibir

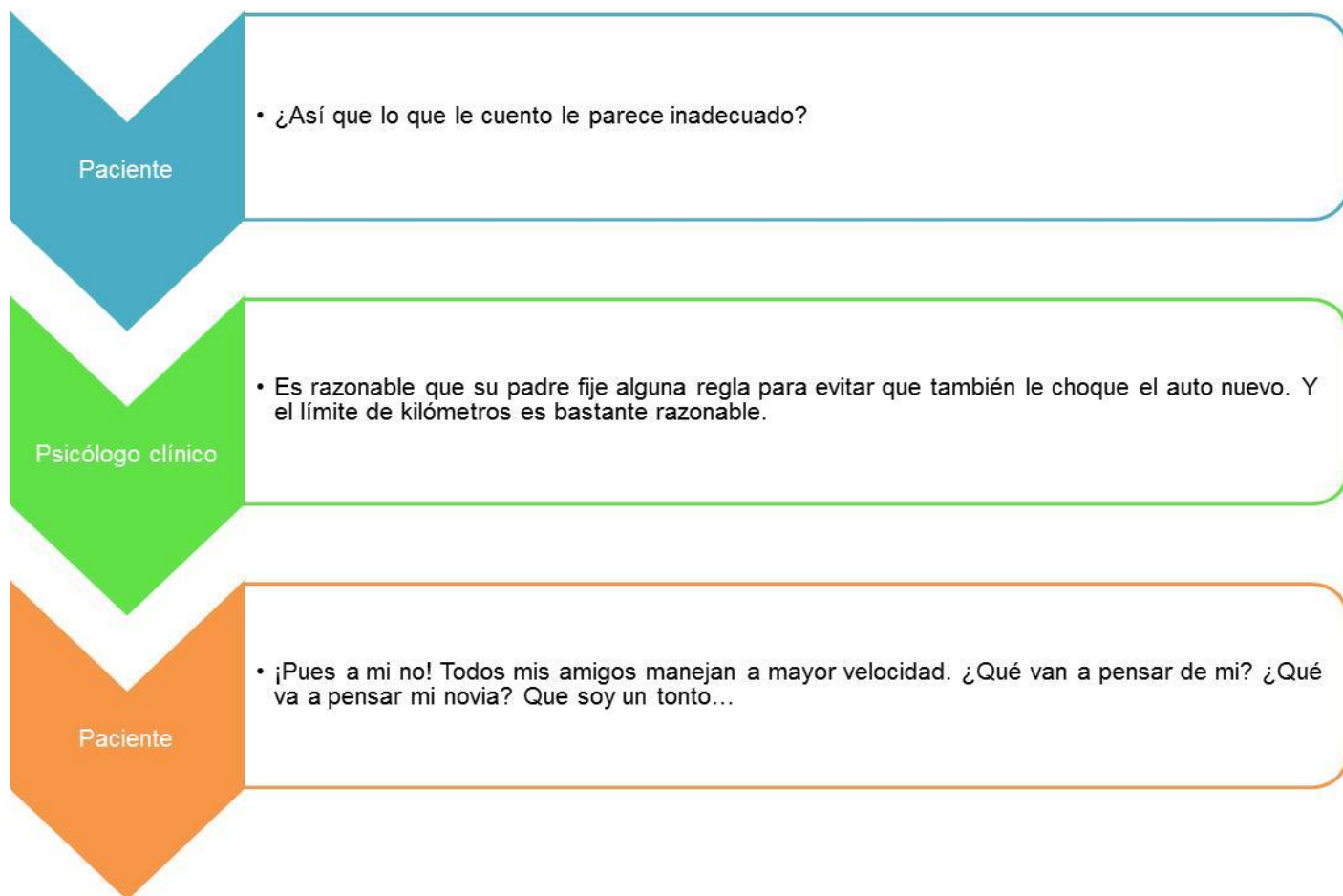
las cosas, no daría un buen resultado (Paul, 1973). Por lo tanto, es necesario que el psicólogo clínico recurra al uso de la técnica de confrontación, sin llegar a cometer una falta de tacto.



No cuestiono el hecho de que su padre sea desconsiderado y lo trate de forma repugnante. Pero de acuerdo al análisis de lo que usted comenta, esta acción no corresponde a un acto de egoísmo o falta de consideración. ¿Entiende lo que quiero decir?

Ejemplo 10 El psicólogo clínico puede hacer uso de la técnica de confrontación sin perder tacto (Paul, 1973)

De esta manera, la confrontación que se lleva a cabo con el paciente, contiene una buena dosis de tacto, ya que le permite al paciente retomar el tema del modo que más le plazca. Pero, si reacciona mostrándose desconcertado, la consecuencia de todo ello no solo puede carecer de valor terapéutico, sino que puede obstaculizar el progreso de la terapia (Paul, 1973), de tal forma que puede ocurrir lo siguiente:



Ejemplo 2 El uso de la técnica de confrontación puede ocasionar desconcierto en el paciente (Paul, 1973)

En este caso, el psicólogo clínico se encuentra en un gran apuro, ya que probablemente no sabrá qué respuesta darle, ya que será difícil evitar un impasse, como ya se había mencionado anteriormente, el impasse es un estancamiento durante el proceso psicoterapéutico. Probablemente este impasse sea el mismo que experimenta frente a su padre, ya que al confrontarlo el psicólogo clínico está tomando la posición de su padre; por lo cual, el psicólogo clínico debe comportarse como tal, haciendo uso de la técnica adecuada (Paul, 1973).

Como indica Paul (1973) el principio rector, con el cual el psicólogo clínico debe guiarse es: hasta que el paciente llegue a procesar y considerar que la conducta hacia su padre es inadecuada, no tiene caso plantearle dudas al respecto. Esto no significa que durante el curso de las sesiones, el psicólogo clínico pueda hacer cierta evaluación o formar un criterio independiente. Un segundo punto rector, es el uso de la interpretación, en el cual es necesario recordar que todas las interpretaciones que se ofrezcan pueden atenuar las faltas de tacto o, al menos, contrarrestar sus consecuencias, sacando a flote algún otro efecto que revista cierto valor terapéutico, lo que hace más valiosa la intervención.

7.4 La promoción de la diferenciación

La psicoterapia establece un espacio donde a las personas se les da la oportunidad de revisar distintos aspectos de la propia vida y algunos otros temas que sean de su interés, por ejemplo: sus aspiraciones, frustraciones, conflictos, etc. La psicoterapia establece asimismo una vía para comprender como se entrelaza y adentra el psicólogo clínico en la relación con sus pacientes, así como para entender los significados y resonancias que la trama tiene en su historia. Por lo tanto, la psicoterapia constituye un contexto de diferenciación.

Como Aurón (2009) indican, la cibernética de segundo orden posiciona al psicólogo clínico, como cualquier observador de un fenómeno, en un lugar donde influye y en el cual es influido.

De esta forma Aurón (2009), expone un ejemplo donde muestra su propia experiencia en el trabajo con sus pacientes.



La autora comenta que la invadía una sensación de temor al estar frente a un señor cuya presencia imponía cuando gritaba. Además menciona que los gritos del señor producían inhibición, limitación o bloqueo a cualquier persona. Tal explicación ni la comprensión de la dinámica familiar le ayudaban a frenar los sentimientos que producidos al escucharlo. Lo que le ayudo a manejar dichos sentimientos, fue reconocer y encontrar el significado que tenía para ella dicha situación.



Este hombre alto y dominante, le dio la oportunidad de analizar su espacio de análisis personal y relacionar con que personaje significativo de su historia se relacionaba. De esta forma, pudo percatarse de que tanto el parecido físico como su actitud se relacionaban con su padre, quien solía imponerse con su presencia y su tono de voz.



Una vez que la especialista pudo marcar la diferencia pudo debatir sobre qué es lo que podía estar expresando el paciente a través de esa actitud. Despertó su interés y decidió ahondar sobre su historia, sus vivencias e incluso sus temores. Descubriendo así que tras su imponente actitud y rigidez se encontraba un hombre sensible que no había tenido la oportunidad de ponerle nombre a sus sentimientos, molestias y necesidades, que depositaba y reflejaba en los demás (Aurón. 1982, cit. En Aurón, 2009).

Ejemplo 12 Promoción de la diferenciación (Aurón, 2009)

Para la especialista, trabajar esta situación en su análisis personal le permitió abrir otras expectativas respecto a su padre, lo cual influyó en su relación con él. Lo que le permitió replantearse su actitud en el trabajo con figuras muy imponentes. Desde la perspectiva psicodinámica, como indica Aurón (1982, cit. En Aurón, 2009), “los temores son entendidos como expresiones inconscientes que pueden ser descifrados a la luz de un eje de transferencia-contratransferencia entre psicólogo clínico y paciente”, donde su análisis es un instrumento eficaz e indicado para poder esquivar algunos de los obstáculos que pueden presentarse en el tratamiento.

El caso anteriormente citado, muestra con claridad cómo el proceso psicoterapéutico tiene una coevolución (Bateson, 1972, cit. En Aurón, 2009). El miedo creó una vía de acceso a la evolución compartida, tanto para la familia del paciente como para la vida de la especialista.

Por lo tanto, los espacios personales de análisis otorgan al psicólogo clínico la posibilidad de reflexionar y analizar su propia historia, las situaciones conflictivas, las situaciones conflictivas que lo han atravesado, así como su estilo de interacción, fantasías, deseos, necesidades y temores, además de la forma en que los ha interpretado (Aurón, 2009)

Por lo tanto, al analizar las diversas creencias, valores, mandatos y prohibiciones, gratamente se podrá diferenciar entre las expectativas de las familias de origen, las propias, así como las expectativas de los pacientes (Aurón, 2009)

7.5 La neutralidad del psicólogo clínico

Con esta técnica se hace alusión a trabajar en la neutralidad, donde el psicólogo clínico no hace referencia a sus puntos de vista, sino a un análisis despersonalizado, en donde une los antecedentes y las consecuencias de la conducta del paciente, con el objetivo de que el paciente no desarrolle una transferencia negativa hacia él (Pérez, comunicación verbal, 28 enero, 2013).

Tal como refiere Goldstein (2001), al hablar de la neutralidad técnicamente, consiste en una posición paralela del psicólogo clínico respecto al ello, el yo, el superyó y la realidad externa. El psicólogo clínico neutral se esforzara por servir de pantalla en blanco, haciendo un medio idóneo para el desplazamiento de los sentimientos del paciente.

Por lo tanto es importante que el psicólogo clínico mantenga una postura neutral, dirigiendo el proceso terapéutico con claridad de juicio y sentido crítico, dedicando las sesiones a escuchar y entender al paciente, y efectúa las intervenciones basándose en lo que escucha y entiende. Este propósito debe mantenerse a lo largo del proceso terapéutico, centrando siempre las intervenciones en el paciente, sus problemas y su vida (Goldstein, 2001)

Si en ocasiones el psicólogo clínico reacciona emocionalmente frente al paciente, en la medida de lo posible, se servirá de sus reacciones para comprender al paciente. Se debe evitar la sobreidentificación y la excesiva intromisión en la vida del psicólogo en la sesión de terapia, sin que esto quiera decir que la neutralidad sea incompatible con una postura cálida, empática y de interés.



Esquema 24 La neutralidad del psicólogo clínico (Pérez, comunicación verbal, 28 enero, 2013).

7.6 Es importante no generar confusiones en el paciente

En ocasiones pueden generarse confusiones en el paciente cuando el psicólogo clínico no entiende lo que le pasa, y le devuelve una serie de explicaciones; otra forma de confundir al paciente es cuando el psicólogo clínico desea que el paciente haga lo que él quiere, y como el paciente no puede procesarlo queda confundido (Pérez, comunicación verbal, 28 enero, 2013).

Otro punto importante, es que el psicólogo clínico no debe hacer tratos mercantiles con el paciente, por ejemplo: el paciente se dedica a vender ropa, por lo cual el psicólogo decide que el pago de la consulta sea saldado con una prenda, creando conflictos internos y confusión, ya que el paciente puede no estar con esta forma de pago (Pérez, comunicación verbal, 28 enero, 2013).

Asimismo, no es conveniente citar al paciente en algún restaurante o cafetería para darle sesión, ya que se presta a tomar forma de cualquier reunión con un amigo (Pérez, comunicación verbal, 28 enero, 2013).

7.7 Lo que más beneficia al paciente

Ahora bien, lo que más beneficia al paciente es tener la claridad de la problemática que le aqueja; otro punto importante es darle un encuadre que sea desde el principio, ser afectuoso, con respeto y distancia, que él tenga muy claro su problema, y se le dé la búsqueda de alternativas de solución, que el psicólogo clínico no se pierda frente a muchos relatos inconclusos, que no haya muchas resistencias (Pérez, comunicación verbal, 28 enero, 2013).

7.8 No hay que regañar al paciente hay que ubicarlo

Como indica Pérez (comunicación verbal, 28 enero, 2013), es importante que el psicólogo clínico no se moleste si el paciente no cumple con lo que acordaron.



Un padre de familia, bebe alcohol y se droga, en presencia de su hijo, el psicólogo clínico no debe regañar al paciente, sino que, puede hacerle ver las posibles consecuencias del acto ante su hijo.

Ejemplo 3 Cómo ubicar al paciente (Pérez, comunicación verbal, 28 enero, 2013)

7.9 El paciente no debe enterarse que el terapeuta desea que resuelva su problema.

Es importante que el paciente no se entere que el psicólogo clínico desea que salga adelante en sus problemas, ya que si se presenta una transferencia negativa, el paciente podría comentar que en lugar de mejorar sale peor, a fin de no darle gusto al psicólogo (Pérez, comunicación verbal, 28 enero, 2013).

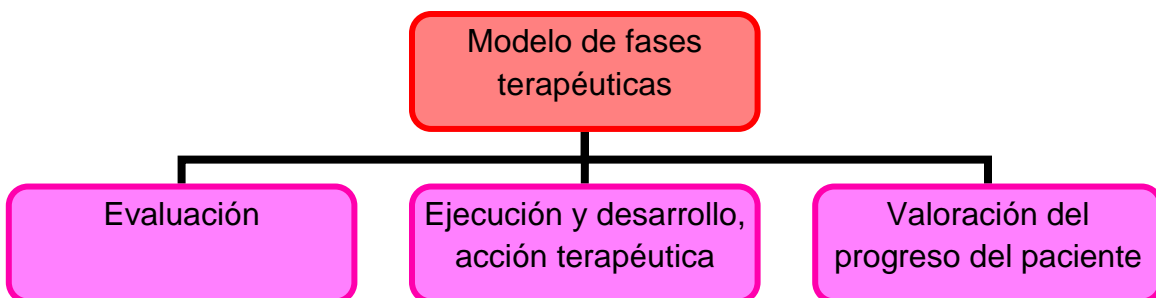
8. Proceso psicoterapéutico

Al hablar del proceso terapéutico se puede hablar de un proceso dinámico, en constante cambio y movimiento a lo largo de un periodo de tiempo.

Roca, Vega y Zaldívar (2004) definen el proceso terapéutico como aquel en que se desarrolla la relación paciente-psicólogo, y en el que se llevan a cabo las estrategias necesarias para que el paciente alcance un grado de mayor bienestar psicológico; durante este proceso que éste va tomando consciencia de la relación que determinados comportamientos guardan con su problemática, cobrando un nuevo sentido que antes no podía ver.

De igual forma Oblitas (2008) define que el proceso terapéutico es el conjunto de fases sucesivas implicadas en el tratamiento psicológico y que abarca desde la primera consulta por parte del paciente hasta la finalización del tratamiento.

Así mismo, el psicólogo Ken Howard y cols. (1993, cit. En Compas, 2003) han intentado identificar un conjunto común de pasos que caracterizan al proceso psicoterapéutico. El modelo de fases psicoterapéuticas implica un mejoramiento progresivo del sentimiento subjetivo del bienestar del paciente, una reducción en los síntomas psicológicos y el mejoramiento del funcionamiento global de su vida.



Esquema 25 Modelo de fases terapéuticas según Ken Howard y cols (1993, cit. En Compás, 2003)

Ken Howard y cols. (1993, cit. En Compas, 2003) mencionan que la etapa de evaluación, tiene como objetivos profundizar en la comprensión del funcionamiento de la personalidad del paciente, identificando sus síntomas y los

problemas que presenta, para poder elaborar hipótesis y establecer objetivos, dando pie a la selección de recursos y estrategias terapéuticas.

La ejecución y desarrollo de éstas consiste en trabajar en el proceso de cambio para alcanzar los objetivos propuestos, recurriendo a la formulación de acción terapéutica. Finalmente, el psicólogo clínico realiza la valoración del progreso del paciente evaluando tanto el proceso en sí, como los resultados en función de los objetivos establecidos, con base en lo actual toma decisiones sobre la terminación. Si el psicólogo observa que se produjeron cambios en el paciente, como que ya no sufre los síntomas iniciales, hay una capacidad de afrontamiento más adecuada y se conoce más a sí mismo, además de observarse con una mayor auto-aceptación, puede tomar la decisión de terminar el proceso terapéutico (Ken Howard y cols., cit. En Compas, 2003).

8.1 Aspectos básicos de cómo iniciar el proceso (técnica)

Para Roca, Vega y Zaldívar (2004) mencionan que el inicio formal de la terapia se refiere al momento en que se realiza el encuadre y el contrato terapéutico, es decir, cuando se fijan las condiciones bajo las cuales se trabajará y se establece el vínculo paciente-psicólogo clínico.

Como ya se había mencionado anteriormente, es necesario que el psicólogo clínico explore el motivo de consulta, profundizando sobre el mismo para esclarecer, si es necesario, la demanda del paciente, ya que el motivo de consulta se enfoca en los síntomas que lo llevaron a buscar ayuda, mientras que la demanda implica los deseos y expectativas que en un inicio tiene sobre el proceso terapéutico, mismas que pueden ser realistas o no, ya que como menciona Kleinke (1995), muchas veces los pacientes no tienen claro en que consiste el proceso terapéutico y esperan cosas que no son factibles.

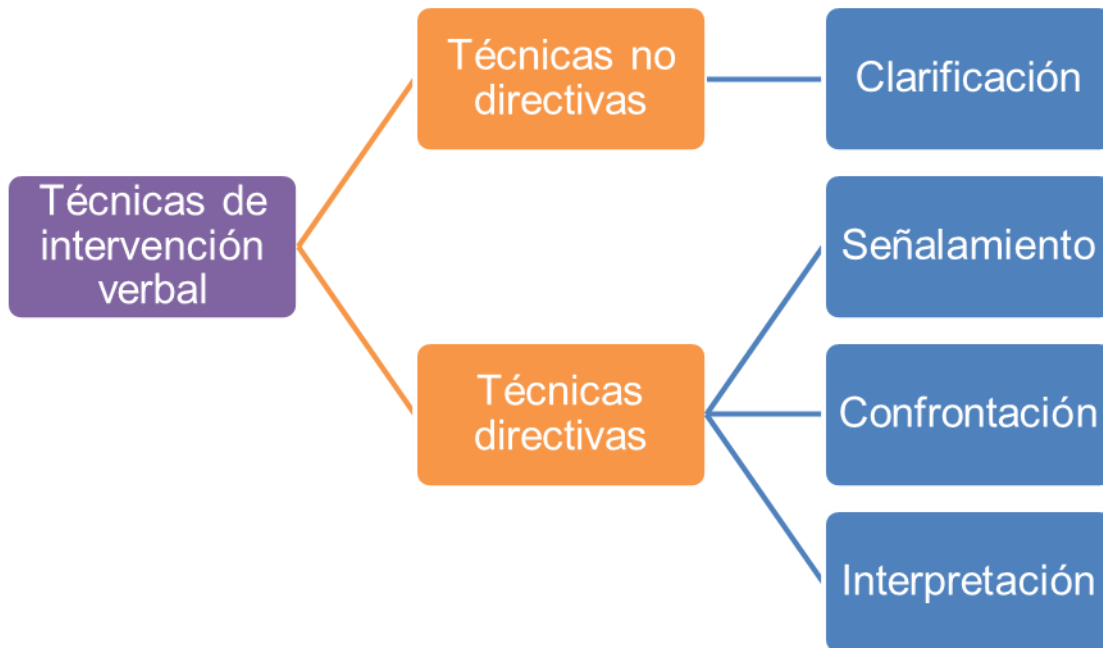
Por lo tanto, tal como menciona Goldstein (2001), al principio del tratamiento es conveniente dar al paciente una serie de orientaciones sobre la psicoterapia.

8.1.1 Encuadre

Díaz (1989) indica que se ha utilizado este término para hacer referencia al conjunto de reglas fijadas por el psicólogo clínico para hacer viable la psicoterapia. Éstas incluyen los honorarios (en el contexto privado), la duración y frecuencia de las sesiones, el lugar donde se realizan, las vacaciones, así como cualquier otro detalle que afecte el desarrollo de la psicoterapia. Al margen de otras consideraciones, la relación terapéutica resulta más útil cuando se establece un encuadre preciso que contribuya a alejar la confusión de roles. También conviene indicar que existe un consenso generalizado en recomendar que psicólogo y paciente no mantengan ningún otro tipo de relación, ya sea comercial, profesional o personal, fuera de las sesiones terapéuticas. Así a menudo resulta, desaconsejable que el psicólogo clínico acepte como paciente a un familiar, amigo o un conocido, con quien mantiene una relación previa.

8.1.2 Técnicas de intervención verbal

Como describe Rojí (1997), existen técnicas que permiten a un psicólogo clínico intervenir verbalmente, durante una entrevista terapéutica o durante el proceso psicoterapéutico. Se diferencian entre ellas por el objetivo que permiten alcanzar, así como el tipo de estructura enunciativa que requieren. En el siguiente esquema se puede observar la clasificación de algunas de las técnicas.



Esquema 26 Clasificación de las técnicas de intervención verbal (Rojí, 1997)

Las **técnicas no directivas** se caracterizan por que denotan que el psicólogo clínico escucha atentamente el discurso del paciente y que presta la debida atención al proceso de interacción que mantiene con él. En esta clasificación, los enunciados de esta clase de intervenciones se construyen en función del sistema de referencia del paciente, ya que esta manera es la única manera de poder lograr los objetivos generales perseguidos con su empleo (Rojí, 1997).

Una de las técnicas no directivas es la **clarificación**, como Rojí (1997) indica esta técnica consiste en una pregunta que el psicólogo clínico dirige al paciente, con la intención de alcanzar alguno de los siguientes objetivos:

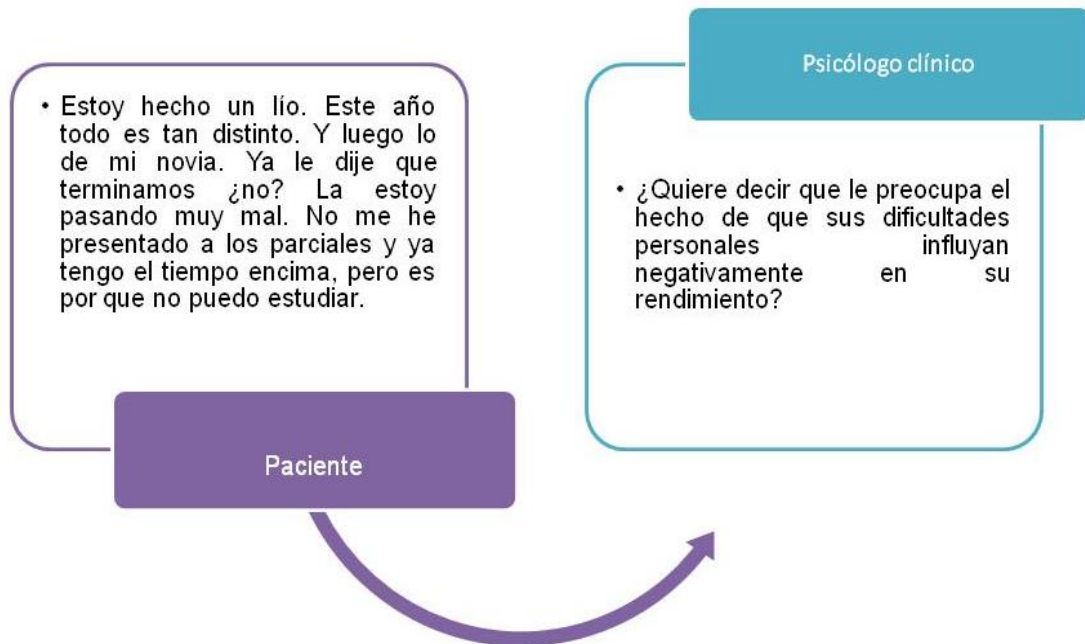
- Promover la elaboración que ha de realizar el paciente sobre los contenidos de los que estaba hablando inmediatamente antes de las intervenciones del psicólogo.
- Comprobar que se han comprendido correctamente las palabras del paciente.



Ejemplo 14 Técnica de clarificación (Rojí, 1997).

Puesto que la clarificación trata de hacer completamente explícito el mensaje del paciente, con objeto de confirmar hasta qué punto ha sido adecuadamente comprendido, su empleo se aconseja siempre que no se esté seguro de haber comprendido el mensaje del paciente y siempre que se desee el riesgo de evitar el riesgo de formular hipótesis basadas en presuposiciones o conclusiones erróneas. El uso frecuente de esta técnica se aconseja durante las primeras entrevistas y

durante el proceso psicoterapéutico cuando sea necesario identificar un problema (Rojí, 1997).



Ejemplo 15 Uso de la técnica de clarificación, en un caso práctico (Rojí, 1997).

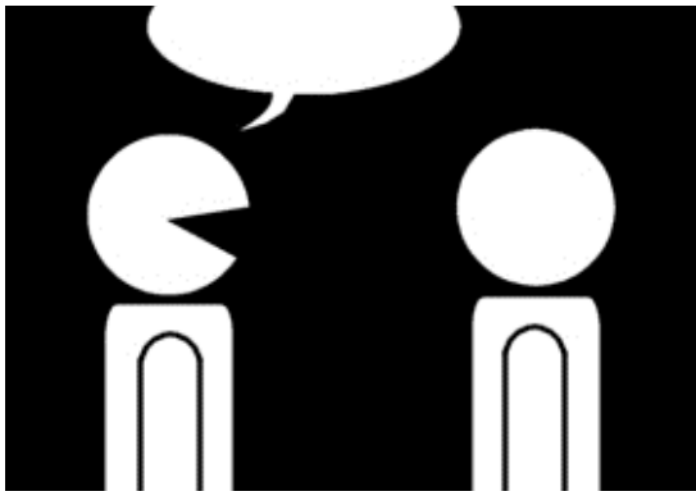
Por su parte, como indica Rojí (1997) las **técnicas directivas** son en las que las intervenciones verbales, el mensaje está organizado en función de su propio sistema de referencia y no de acuerdo con el sistema de referencia del paciente.

El origen, tanto de los contenidos de esta clase de intervenciones como de la técnica concreta que se selecciona, descansa sobre la hipótesis que el entrevistador ha elaborado sobre cuáles son los problemas o dificultades del paciente y sobre sus percepciones y valoraciones de la conducta de éste. El uso de estas técnicas requiere una habilidad mayor, ya que si el psicólogo clínico no sabe elegir el momento adecuado para realizar una intervención directiva, la

reacción del paciente puede ser un obstáculo o incluso el abandono de proceso terapéutico (Rojí, 1997).

Una de las técnicas directivas es la de **señalamiento**, pone énfasis en un punto determinado, en una situación de conflicto o bien en un punto ciego, que el paciente no ha visto (Pérez, comunicación verbal, 5 septiembre, 2012).

Estas intervenciones actúan estimulando en el paciente el desarrollo de una nueva manera de percibir su propia experiencia. Ya que se da a través de situaciones significativas que los paciente pasan por alto (Pérez, comunicación verbal, 5 septiembre, 2012).



Terapeuta:

«Ya observó que frecuentemente llega tarde a las citas que tiene con su pareja, lo que hace que ella se moleste ante esta situación, y ya se lo ha mencionado en varias ocasiones»

Ejemplo 164 Técnica de señalamiento (Pérez, comunicación verbal, 5 septiembre, 2012).

Este ejemplo puede ser una de las bases para que el paciente interprete, y así el psicólogo clínico pueda dar paso después a la técnica de confrontación (Pérez, comunicación verbal, 5 septiembre, 2012).

Ahora bien, la **confrontación** es un tipo de intervención verbal directiva, mediante la que el terapeuta describe algunas discrepancias o distorsiones que aparecen en los mensajes y/o conductas del paciente (Rojí, 1997).

Los objetivos de la técnica son: identificar las descalificaciones que emite el paciente de manera habitual y explorar otras formas en que el paciente puede percibir una situación o concepción de sí mismo (Rojí, 1997).

La confrontación ante las descalificaciones del paciente se realiza mediante la descripción de la contradicción o incongruencia en que haya incurrido (Rojí, 1997). Por lo general, dichas incongruencias se pueden clasificar en alguna de estas cuatro categorías:

- **Entre conducta verbal y conducta no verbal.**

- **Entre la conducta y su descripción verbal.**

- **Entre dos mensajes verbales.**

- **Entre dos mensajes no verbales.**

Las confrontaciones de las descalificaciones suelen adoptar la forma enunciativa: Dice que... pero..., o bien Por una parte..., pero por otra... En cambio, la confrontación de un mensaje o conducta distorsionados se lleva a cabo describiendo el proceso de distorsión o indicando una o varias alternativas para que el paciente reconsidere la situación (Rojí, 1997).

Dado que los efectos de una confrontación pueden ser muy poderosos y que con frecuencia el paciente tiende a vivir la confrontación como un castigo, a la hora de emplear esta técnica, el psicólogo clínico debe tener presentes las siguientes restricciones (Rojí, 1997):

- Una confrontación debe describir y no juzgar o evaluar los mensajes o conductas del paciente.

- Una confrontación nunca debe ser formulada como una intervención vaga, sino que, al contrario, conviene que incluya una conducta concreta.
- El momento para realizar una confrontación debe ser elegido cuidadosamente, teniendo en cuenta el nivel de atención, de ansiedad, de deseo de cambio y de habilidad para escuchar que posee el paciente. También es necesario tener en cuenta la confianza que demuestra tener el psicólogo clínico, ya que cuanto mayor sea esta más receptivo será el paciente ante el contenido de la confrontación. Por este motivo la confrontación está contraindicada cuando no existe un buen rapport.
- Una vez evaluados los factores detallados en el punto anterior, el momento adecuado para emitir una confrontación es aquel en el que el paciente demuestra tener la capacidad necesaria para actuar, de forma efectiva en relación con los contenidos confrontados.
- Cuando la confrontación se refiere a hechos muy complejos o supone un gran esfuerzo para el paciente, debe enunciarse de forma escalonada para que el paciente no se vea sometido a fuertes demandas de cambio en poco tiempo.
- Una confrontación debe describir y no juzgar o evaluar los mensajes o conductas del paciente.

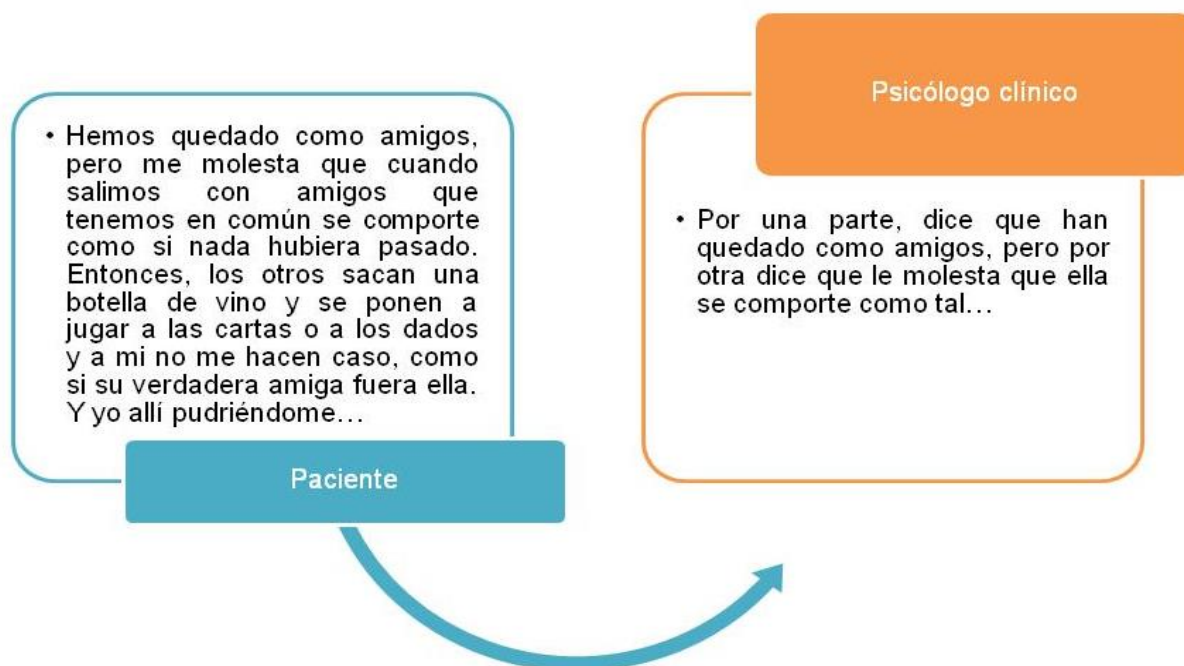
Algunas de las posibles reacciones de un paciente ante una confrontación son (Rojí, 1997):

- Negación o rechazo de la incongruencia a que se le enfrenta. La negación suele manifestarse de diferentes maneras: verbalmente, desacreditando al psicólogo clínico, persuadiéndolo o intentado persuadirlo de que sus opiniones están equivocadas, restándole importancia al tema o buscando apoyo en la opinión de terceros.
- Confusión: si la confusión del paciente es auténtica indica que la confrontación ha sido realizada de manera incorrecta. En este caso, el

error más frecuente consiste en una especificación insuficiente y, por tanto, el psicólogo clínico habrá de repetir la confrontación enunciándola de forma concisa y clara.

- Falsa aceptación: el paciente afirma verbalmente haber asumido el contenido de la confrontación con intención de evitar o soslayar el impacto emocional que le ha causado la intervención. Este tipo de reacción revela que el paciente no estaba suficientemente preparado para afrontar la confrontación.
- Aceptación auténtica: esta reacción se caracteriza por que el paciente responde a la confrontación con un verdadero deseo de examinar y modificar su conducta.

Tras cada confrontación, especialmente si la respuesta del paciente no ha sido una aceptación auténtica, es recomendable emplear técnicas no directivas, como la paráfrasis o el reflejo, con objeto de potenciar la toma de consciencia del paciente respecto a su reacción (Rojí, 1997).



Ejemplo 5 Uso de la técnica de confrontación, caso práctico (Rojí, 1997)

En lo que respecta a la **interpretación**, es una técnica que consiste en una emisión verbal en la que el psicólogo clínico ofrece al paciente una forma distinta de concebir el problema o una explicación de sus conductas y actitudes. La interpretación de un mismo fenómeno varía según el marco teórico con que trabaje el psicólogo clínico, pese a ello, cualquier interpretación se diferencia de otras técnicas a emplear en la entrevista por que recoge los aspectos implícitos de los mensajes y conductas del paciente, es decir, aquello que no se manifiesta de una manera directa (Rojí, 1997).

Los objetivos de la interpretación son: identificar y mostrar las relaciones que existen de manera implícita entre los mensajes y la conducta y examinar la conducta del paciente desde un punto de vista distinto, u ofrecer una explicación alternativa. Y además ampliar el auto comprensión del paciente cuando ésta es pertinente con la superación de sus dificultades (Rojí, 1997).

Cuando se presenta la oportunidad de ofrecer una interpretación deben tenerse en cuenta las siguientes consideraciones (Rojí, 1997):

-
- Al momento en que se ofrece una interpretación tiene una enorme incidencia sobre el efecto que tendrá en el paciente. Por eso, el psicólogo clínico nunca debe dar una interpretación antes de que el paciente haya adquirido cierto grado de conciencia y comprensión sobre el tema a interpretar. Cuando existen indicios de que la interpretación puede causar ansiedad, resistencia o dolor esta técnica está totalmente contraindicada.
 - Una interpretación resulta más útil cuando se ofrece durante la fase intermedia de la entrevista, porque así el paciente tiene oportunidad de reaccionar a la interpretación dentro del marco terapéutico. Además, el conocimiento de esa reacción resulta muy valioso para el psicólogo clínico, quien con esa información verá facilitada su tarea de prever la continuación del tratamiento.
 - La interpretación debe basarse en los mensajes emitidos por el paciente, y
-

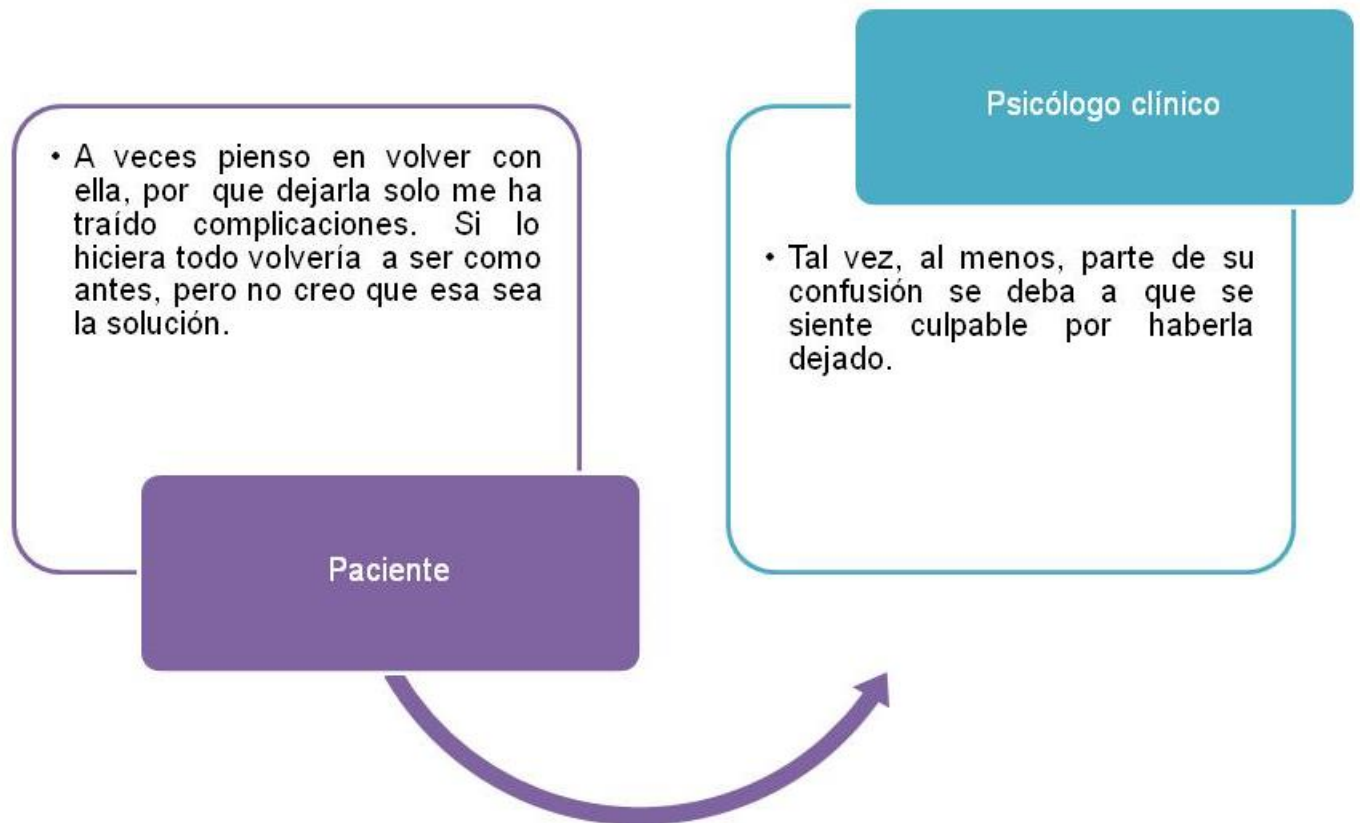
en su formulación se deben evitar cualquier clase de interferencias provenientes de los valores y actitudes del psicólogo clínico. Además, los datos en que se apoya una interpretación han de ser suficientes y representativos.

- El enunciado de una interpretación debe adoptar la forma de una tentativa o posibilidad del tipo Me pregunto si... Es posible que... Quizá... Pudiera ser que...
- Después de una interpretación es aconsejable comprobar qué piensa y siente el paciente sobre la nueva perspectiva que se le ha ofrecido. Por este motivo, la clarificación es altamente recomendable en esa circunstancia.

Las posibles reacciones de los pacientes ante una interpretación pueden ser muy variadas, y oscilan desde la aceptación al más violento rechazo. De cara a manejar la reacción del paciente puede ser útil recordar que (Rojí, 1997):

- El hecho de que un paciente proteste ante una interpretación no significa, necesariamente, que la interpretación sea errónea.
- En caso de que el paciente proteste por una interpretación es útil emplear un reflejo y reiterar la interpretación siempre que el psicólogo clínico esté seguro de su adecuación. Pero, como norma general, antes de repetir una interpretación que ha sido rechazada por el paciente, conviene considerar su formulación y la validez de los hechos sobre los que se apoya.
- En algunas ocasiones la aceptación de la interpretación puede no ser auténtica. En este caso, el paciente asiente tan solo para no desagradar al psicólogo clínico.
- La aceptación auténtica de una interpretación se reconoce por el hecho de

que el paciente muestra que ha asumido, integrado o aprendido algo sobre lo interpretado, mediante algún cambio, indicio o elaboración.



Ejemplo 6 Uso de la técnica de confrontación (Rojí, 1997)

8.2 Catarsis

Tal como indica Glendin (1999), en ocasiones durante la terapia surgen espontáneamente emociones y reacciones en el paciente, que como psicólogos clínicos en formación en psicoterapia pueden llegar a asustar, ya que es una situación en la que el paciente parece estar fuera de control, esto se debe al proceso de liberación de tensiones emocionales que se encuentran ligadas a un hecho traumático y el sujeto las ha bloqueado, dentro del campo de la psicoterapia se conoce como catarsis o descarga.

Catarsis, es una palabra griega, utilizada por Aristóteles, con la cual designaba el proceso de purga o eliminación de las pasiones que surgen cuando un espectador asiste al teatro a la representación de una tragedia. Este término fue retomado por Freud y Breuer (cit. En González, 2002) denominando al método catártico al procedimiento terapéutico mediante el cual una persona elimina sus efectos patógenos, ya que reviven los acontecimientos traumáticos a los que está ligado, resumiéndolo así como la purificación del alma.

La catarsis puede consistir en gritos, sollozos intensos, nariz congestionada, tos persistente. También los pacientes pueden golpear la pared con los puños; ya que vuelve a vivir el pasado tal y como ocurrió, pero con la gran diferencia de que expresa y siente plenamente las emociones que en su día estaban bloqueadas. Si la descarga de estas emociones es una experiencia nueva para el paciente, y surge por sí misma, puede resultar muy valiosa (Gendlin, 1999).

La catarsis comienza y termina de forma natural en unos pocos minutos. Si se llega a interrumpir, por como el psicólogo clínico llegue a sentirse, ya sea miedo,

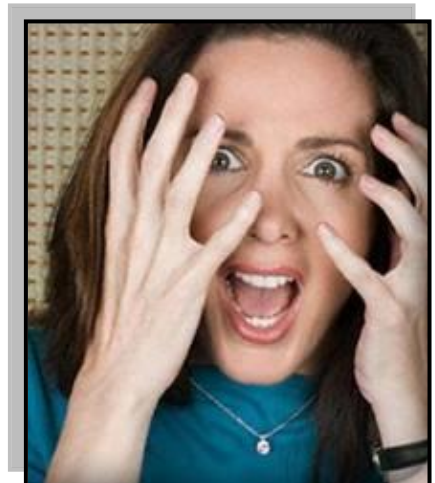


Ilustración 2 Catarsis

desesperación o angustia al ver la reacción del paciente, esto puede producir efectos negativos permanentes (Gendlin, 1999).

Los pacientes que han sido interrumpidos suelen sentir que hay una especie de fuerza terrible dentro de ellos que en cualquier momento puede perder el control. Si surge esta fuerza desconocida, todos los aspectos internos son amenazantes. El paciente tiene miedo de volverse loco, bloqueándose todo el trabajo interior. Este tipo de temor puede permanecer durante años, y todo esto debido a que el psicólogo clínico desconocía el proceso de la descarga emocional (Gendlin, 1999).

Si el psicólogo clínico deja fluir la descarga, el paciente podrá gritar, llorar o sacudir la mesa, durante un rato hasta que llegue a gastar su energía. Sin embargo si el paciente empieza a golpear algo fuertemente, el psicólogo clínico debe intentar deslizar una almohada en medio (Gendlin, 1999).

La catarsis es un fenómeno que se vive de forma muy distinta si se está realizando o si se está observando. El observador inexperto se sentirá mal al principio. Lo cual se debe a las intensas ondas emocionales que le están llegando. La rabia y el dolor dirigido hacia el psicólogo clínico no resulta nada agradable. Pero el paciente se siente muy bien cuando esas mismas ondas brotan desde su interior (Gendlin, 1999).

Si surge una emoción, debe ser acogida; si se percibe rabia, el psicólogo clínico podría decir: "He odio algo de rabia, ¿es así?". Cuando el paciente llora por primera vez, se podría decir: "Las lágrimas son bienvenidas". En caso de ver que el paciente reprime sus lágrimas resulta oportuno decírselo.

Tal como indica González (2002), después de una catarsis es conveniente dar nombre a los sentimientos expresados.

8.3 Información, orientación y educación

Es necesario mencionar que en ocasiones los pacientes, llegan al consultorio con alguna problemática que se hubiera prevenido si hubiese estado informado. Por lo cual el psicólogo clínico, tiene que hacer uso de algunas técnicas terapéuticas, tales como la información, la orientación y la educación.

Una de las técnicas es la psicoeducación, que para Bulacio (2006) es un: “Proceso que permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo”. Por lo tanto el psicólogo clínico tiene como objetivo orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología para enfocar adecuadamente, en forma conjunta, su resolución o tratamiento y favorecer, por ende una mejora en la calidad de vida.

8.4 Dificultades y obstáculos en el proceso de psicoterapia

8.4.1 Resistencia

Desde los primeros tiempos los psicoterapeutas han observado y escrito acerca de la tendencia de muchos pacientes a rechazar con frecuencia y de modo enérgico las interpretaciones que se les ofrecieron (Fenichel, 1945; Ferenczi, 1909; Freud, 1922, 1936, 1937; Menninger, 1946, cit. En Coderch, 1987).

La resistencia expresa los intentos del paciente de mantenerse inconsciente de los aspectos provocadores de angustia dentro de sí mismo, son todas aquellas fuerzas que en el interior del paciente se oponen al proceso terapéutico, es decir, al descubrimiento de su inconsciente. Puede expresarse a través de cualquier procedimiento: sentimientos, impulsos, inhibiciones, formas de comportamiento, incapacidad de comprensión, erotización, etc. (Coderch, 1987).

La resistencia se produce cuando la investigación terapéutica toca conflictos serios provocadores de angustia. Como Freud (1926, cit. En Coderch, 1987) pensó que la neurosis era un intento de mantener las tendencias regresivas sin

recurrir en castigo, creía que dicha resistencia actuaba para salvar los impulsos regresivos instintivos e incestuosos del ello. Otros, que tienen una opinión diferente de la neurosis, mantienen que la resistencia es un esfuerzo por aferrarse a esas operaciones de seguridad y métodos integrativos que han demostrado, en alguna ocasión al menos, estimular parcialmente la vida.

Las resistencias se pueden clasificar de la siguiente forma (González, 2002):

-
1. Freud (1925/1981, cit. En González, 2002) distinguió cinco tipos de resistencias según su origen.
 - a) La resistencia de la represión, la cual surge de para proteger al Yo de la ansiedad.
 - b) La resistencia de transferencia, que no permite abandonar la esperanza de recibir del analista las gratificaciones regresivas; esta mezclada con el deseo de la frustración.
 - c) La resistencia de la ventaja epinósica, que está relacionada con la necesidad de obtener ganancias secundarias y ciertas ventajas por tener un padecimiento.
 - d) La compulsión a la repetición y a la adhesividad de la libido, esta resistencia ejerce de la atracción de los prototipos inconscientes ejercidos sobre el proceso instintivo reprimido; proviene de la presión por repetir las pulsiones neuróticas bajo la liga de un principio autodestructivo.
 - e) La resistencia del Superyó, originada de la sensación de la necesidad de castigo.

2. Según los puntos de fijación. En esta categoría las resistencias pueden clasificarse en: orales, anales, fálicas, de latencia y de adolescencia. El origen puede estar dado por el carácter pulsional de una resistencia, las relaciones de objeto, el rasgo de carácter que se encuentre en primer

plano, la forma particular de angustia o actitud, o la intromisión de cierto síntoma.

3. Según los tipos de defensa. Según esta categoría, las resistencias pueden clasificarse según el tipo de defensas que adopten al ponerse al procedimiento analítico. Pueden adoptar las categorías de los mecanismos de defensa propuestos por Freud (1977, cit. En González, 2002). Por lo tanto, los mecanismos de defensa pueden emplearse como procedimientos del Yo para los fines de la resistencia.

En esta categoría se presentan algunas resistencias que se sirven de fenómenos más complejos; por ejemplo:

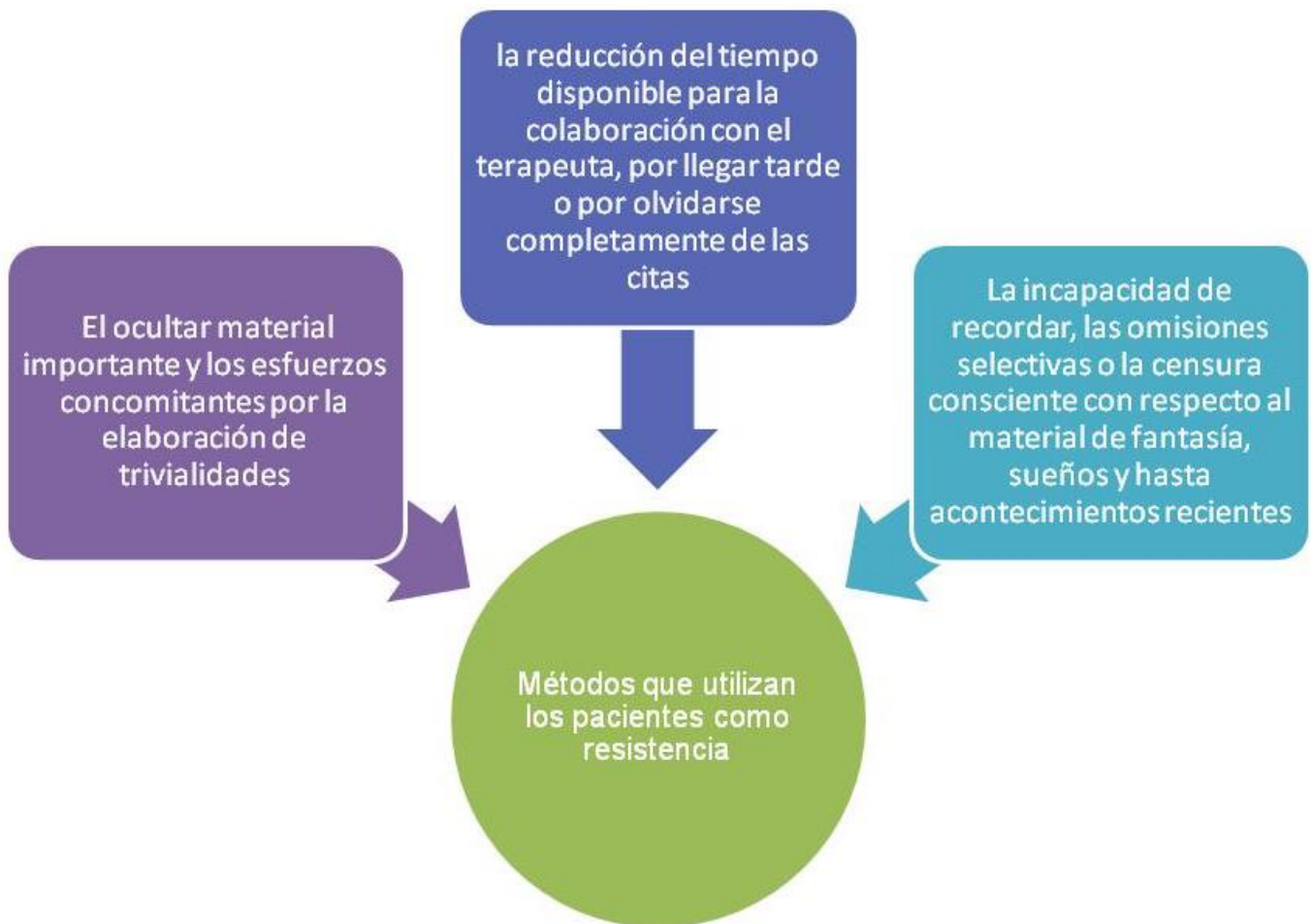
- Las resistencias transferenciales: es la representación deformada de un suceso pasado en el presente, para el paciente parece cohesiva, racional y ego sintónica.
- Las resistencias caracterológicas: derivan de las defensas del carácter, regularmente son ego sintónicas.
- Las resistencias encubridoras: emplean recuerdos, afectos y la identidad encubridora para arrinconar un recuerdo, afecto o identidad, subyacentes más dolorosos.

4. Según la característica diagnóstica: algunos diagnósticos utilizan ciertos tipos especiales de defensa, por lo tanto, esas resistencias predominarán a lo largo del análisis.

5. Una clasificación práctica: las resistencias pueden clasificarse en forma práctica; si parecen extrañas al Yo, ajenas y raras, son egodistónicas, aquellas que se caracterizan por parecer familiares al Yo, racionales y objetivas, son egosintónicas.

Sean cual sean las motivaciones del paciente, el análisis de la resistencia está conectado de su adquisición de la consciencia de ellas y con el desarrollo del conocimiento de que toda su conducta está motivada personalmente, de que todas sus acciones reflejan sus intentos de definirse a sí mismo, y de que él, en última instancia, es responsable de todos sus actos y de todas sus experiencias.

Existen oportunidades indecibles para sabotear el proceso terapéutico, y los pacientes pueden usar una diversidad de métodos conscientes o inconscientes para lograrlo (Coderch, 1987).



Esquema 27 Métodos que utilizan los pacientes como resistencia (Coderch, 1987)

La súbita aparición de síntomas que rápidamente desaparecen, y a los que siguen otros nuevos, da muchas veces la impresión de que el paciente está ansioso de gastar su tiempo en discusiones accidentales y en problemas transitorios, con el fin de reducir el tiempo disponible para la exploración de los rasgos caracterológicos, las actitudes y acontecimientos significativos que pueden ayudar a arrojar a la luz sobre la constitución de su personalidad. No obstante cuando algunos de estos “nuevos” síntomas parecen superficialmente una conducta evasiva, tras cuidadosa investigación revelan aspectos o problemas significativos del paciente y por lo tanto no pueden ser considerados como manifestaciones de resistencia, término genérico que abarca toda conducta que aparentemente obstruya el develamiento y la comprensión terapéuticos. El extracto clínico que sigue es un ejemplo que revela, más que una actitud de resistencia, la formación de nuevos síntomas (Coderch, 1987).

A primera vista, puede ser paradójico que los pacientes pueden venir a un psicólogo clínico buscando ayuda y después resistirse a realizar cambios que le serán beneficiosos. No obstante, tras pensarlo un poco, no debe sorprendernos que incluso los pacientes motivados a hacer algo respecto a sus problemas encuentren difícil cambiar (Kleinke, 1995).

Existen diversas razones por lo que a las personas les resulta difícil cambiar, como son (Kleinke, 1995):

- **El miedo al cambio:** los estilos de vida que las personas desarrollan no siempre responden a sus intereses, pero son estilos de vida familiares y les proporcionan al menos cierta protección ante las amenazas y angustias de la vida. Existe un gran riesgo en abandonar formas familiares de actuar y pensar por estilos de vida que resultan nuevos y desconocidos. Mahoney (1991, cit. En Kleinke, 1995) señala que la resistencia es una forma de autoprotección. Para cambiar, las personas tienen que renunciar a una parte de sí mismos. Los pacientes que están dispuestos de asumir el

riesgo de adoptar nuevos comportamientos y formas de pensar, merecen un reconocimiento a su coraje. Aquellos que se resisten a cambiar merecen empatía por sus temores.

- **Las personas son reactivas:** Las personas tienen una tendencia natural a reaccionar en contra o a resistirse a las presiones o influencias de otros (Brehm, 1996; Brehem y Brehem, 1981, cit. En Kleinke, 1995). Cuanto más grande sea la amenaza a la libertad personal, mayor será la resistencia. Aunque la resistencia puede ser percibida como cabezonería u obstinación, una interpretación más válida dentro del contexto terapéutico es la de individualidad y autoprotección. En cualquier caso, es un hecho que los pacientes, se van a resistir, en mayor o menor medida, cuando se ven empujados con demasiada fuerza y su sentido de libertad personal se ve amenazado. Por esta razón, los terapeutas deben ser sensibles a la reactividad de sus pacientes y acompañar en consecuencia al abordaje terapéutico.
- **Interferencia de otras personas:** La psicoterapia no tiene lugar dentro de una campana, y muchos factores de la vida de los pacientes pueden interferir con sus intentos de cambio. Probablemente la mayor interferencia a la terapia proviene de otras personas. Los amigos y los miembros de la familia pueden experimentar tanto miedo respecto a que el paciente realice los cambios en sus comportamientos y en sus formas de pensar, como los mismos pacientes. Para que la terapia tenga éxito, estas otras personas deben ser tomadas en consideración. Algunos terapeutas consiguen esto incluyendo a toda la familia del paciente en la terapia (Minuchin, 1974). En otros casos, puede ser suficiente que el terapeuta ayude a los pacientes a aprender competencias para negociar con otros que pueden estar oponiéndose a los esfuerzos que el paciente hace por realizar cambios en su vida.
- **Logros secundarios:** En otros casos, los pacientes reciben cierto tipo de

beneficio o ganancia secundaria a partir de los síntomas que llevan a la terapia. Parece bastante razonable que a los pacientes les resulte difícil abandonar estos síntomas a no ser que aprendan a satisfacer las necesidades cubiertas por estos síntomas de otra manera más adaptativa.

- **Falta de competencias:** Los psicólogos clínicos deben tener cuidado de asegurar a los pacientes que poseen las competencias necesarias para llevar a cabo los cambios acordados en la terapia. A veces, los pacientes no tiene éxito en la consecución de sus metas por que no han sido lo suficientemente entrenados para ello.
- **Desesperanza y pesimismo:** Los pacientes deben creer en sus capacidades para realizar cambios en sus vidas. Los pacientes que no tienen esperanza y anticipan que van a fracasar tienen pocas probabilidades de alcanzar sus metas terapéuticas.

Al intentar abrirse paso a través de los muros de la resistencia con que el paciente rechaza el insight, el psicólogo clínico expresa su convicción de que los seres humanos pueden y deben vivir con ese conocimiento, aun cuando sea penoso, porque el tipo de desesperación originado por él es infinitamente preferible a la desesperación de la neurosis (Kleinke, 1995).

Para poder llevar a cabo el análisis de las resistencias, Greenson (1999, cit. En González, 2002) indica que hay que hacer uso de 4 técnicas de intervención verbal: aclaración, confrontación, interpretación y traslaboración.

Aclaración: es la intervención verbal no esperada por el paciente, puede ser sorpresiva, mediante la cual se capta en ese momento la conducta del paciente y que pretende organizar todas las partes del material verbal y a veces no verbal que ha proporcionado el paciente y que resulta incompleto o confuso. Esta intervención es el primer paso a nivel cognoscitivo del discurso del paciente. Se discuten en una forma no cuestionadora para descubrir el grado de entendimiento o confusión respecto a lo que permanece poco claro.

Confrontación: es una intervención que dirige la atención del paciente hacia situaciones, pensamientos, relaciones o afectos escindidos. Señala también los aspectos de la interacción que parecen indicar un funcionamiento conflictivo y por tanto, la presencia de operaciones defensivas, representaciones contradictorias del self y de los objetos, además de una reducida conciencia de realidad. Es explicar al paciente la cadena secuencial de su vivencia y además que la aclare para sí mismo. En esta forma captura el proceso personal y promueve el cambio.

Técnicas para el análisis de las resistencias (Greenson, 1999, cit. En González, 2002)

Interpretación: traducción, deducción, por medio de la investigación analítica, del sentido latente existente en las manifestaciones verbales y de comportamiento de un sujeto, la interpretación saca a la luz las modalidades del conflicto defensivo y apunta, en último término, al deseo que se formula en toda producción del inconsciente. Es una comunicación que se le hace al sujeto con miras a hacerle accesible este sentido latente, según las reglas impuestas por la dirección y la evolución de la cura.

Traslaboración: es el trabajo psicológico que se hace después de obtener un insight y que conduce a un cambio estable de comportamiento o actitud. Consta de procesos como la utilización y la asimilación del insight y la reorientación. Es el proceso mediante el cual el paciente, a partir de una aclaración, una confrontación, una interpretación, inicia un trabajo terapéutico que redundará en el cambio. El proceso de traslaboración termina con el insight o con el cambio.

Esquema 28 Técnicas para el análisis de las resistencias (Greenson, 1999, cit. En González, 2002)

De esta forma, Greenson (1999, González, 2002) indica que la aclaración y la confrontación preceden a la interpretación, ya que el paciente necesita verse frente a su resistencia y que se enfoquen éstas con exactitud. Al hacer uso de la interpretación, significa hacer inconsciente un acontecimiento psíquico inconsciente o preconscious. La traslaboración es la repetición y la elaboración de interpretaciones que llevan al paciente del insight inicial de un fenómeno particular a un cambio duradero en su comportamiento.

La labor del psicólogo clínico es lograr que el paciente entienda que está resistiéndose, ¿Por qué, a qué y cómo se resiste? Se debe abordar solo cuando hay posibilidades de que sea significativa para el paciente y cuando este no logre negarla o minimizarla (González, 2002).

Para poder hacer más que evidente la aparición de la resistencia, Greenson (1999, González, 2002) indica que hay que dejar que se desarrolle, para esto, el silencio es el mejor método, o bien pedir al paciente mayores detalles en torno al punto resistente. Además de estas técnicas, se le puede ayudar al paciente señalándole todas las pruebas clínicas.

Por tanto, la aclaración de la resistencia se dirige hacia el motivo y hacia los medios de la resistencia. El motivo de la resistencia responderá a: ¿Por qué y de qué huye el paciente? Los medios de resistencia permitirán conocer cómo es que el paciente huye de ella. Sin embargo, primero se debe aclarar el motivo de la resistencia ya que es más productivo, pero si el medio de la resistencia es notable puede comenzarse por este.

El por qué se resiste un paciente conduce normalmente hacia algún efecto doloroso que él está tratando de evitar: angustia, soledad, vergüenza, depresión o alguna combinación de estas. Al esclarecer el efecto doloroso específico y los recuerdos asociados con él, las palabras del analista deben ser apropiadas en tiempo, calidad, cantidad y tono (González, 2002).

Una vez conocido el motivo de la resistencia, se explora el método que utiliza el paciente en su resistencia. Si la resistencia es demostrable y clara, se pueden interpretar los determinantes inconscientes y se buscará conocer el contenido de la resistencia, lo cual aclarará el efecto. Se comienza con el material disponible, hasta poder llegar a lo desconocido (González, 2002).

Por otro lado, Greenson (1999, González, 2002) afirma que cuando el modo de resistencia es constante, es probable que este sea un rasgo de carácter. Siendo de esta forma, es necesario lograr que el paciente reconozca que un determinado tipo de comportamiento es una resistencia, esto depende de que tan ego sintónica

le resulte su conducta, y del grado de la alianza de trabajo que se haya establecido con él. En cuanto a la ego sintonía de su conducta resistencial, cuanto más coherente, adaptativa y feliz le parece al paciente más difícil será persuadirlo de que esa actividad es una resistencia. La situación es aún más difícil cuando los factores de la realidad se mezclan con las resistencias inconscientes del paciente. Siempre que los factores de la realidad componen una resistencia, hay que reconocerlos debidamente. Una vez reconocida la resistencia, la siguiente tarea del psicólogo clínico consiste en aclarar o clarificar aquello que, en la vida del paciente le hizo adoptar ese modo de resistencia.

8.4.2 Impasse

Durante la etapa intermedia es un período propicio para que se produzca un impasse. Sea cual fuera su origen (probablemente, los conflictos vinculados con la dependencia y la posibilidad de cambio), el impasse debe configurar también un elemento previsible y aceptado de antemano en la terapia (Paul, 1973).

Como Paul (1973) menciona, en toda forma de psicoterapia suelen darse períodos en que las cosas llegan a un punto muerto y siguen así durante un tiempo. Por lo cual, en vez de mantenerse estática, la situación puede empeorar. Tales incidentes (sean o no conceptualizados como períodos de gran resistencia) pueden considerarse intrínsecos al proceso terapéutico, y el término impasse, aplicárseles con toda propiedad.

De tal forma el impasse es un estancamiento, un acontecimiento del cual el paciente no puede salir adelante porque no encuentra una alternativa de solución, asimismo, el paciente se encuentra inmerso ante sus mecanismos de defensa, los cuales se han recluso porque al paciente le ha resultado muy difícil elaborar la situación o problema que tiene y el psicólogo clínico, quizás, no haya podido trabajar (Pérez, comunicación verbal, 5 septiembre, 2012).

Ahora bien, este se puede detectar cuando el psicólogo clínico advierte que todo va bien pero el paciente sigue igual. Steinert (1987, cit. En Ferro, 2001) indica que existe una constitución de una organización (paciente-psicólogo clínico) como lugar en el cual el paciente se fortifica para huir de angustias tanto persecutorias como depresivas demasiado intensas que si no son reconocidas, incluso a través de un largo trabajo de contratransferencia, llevan a situaciones de detención.

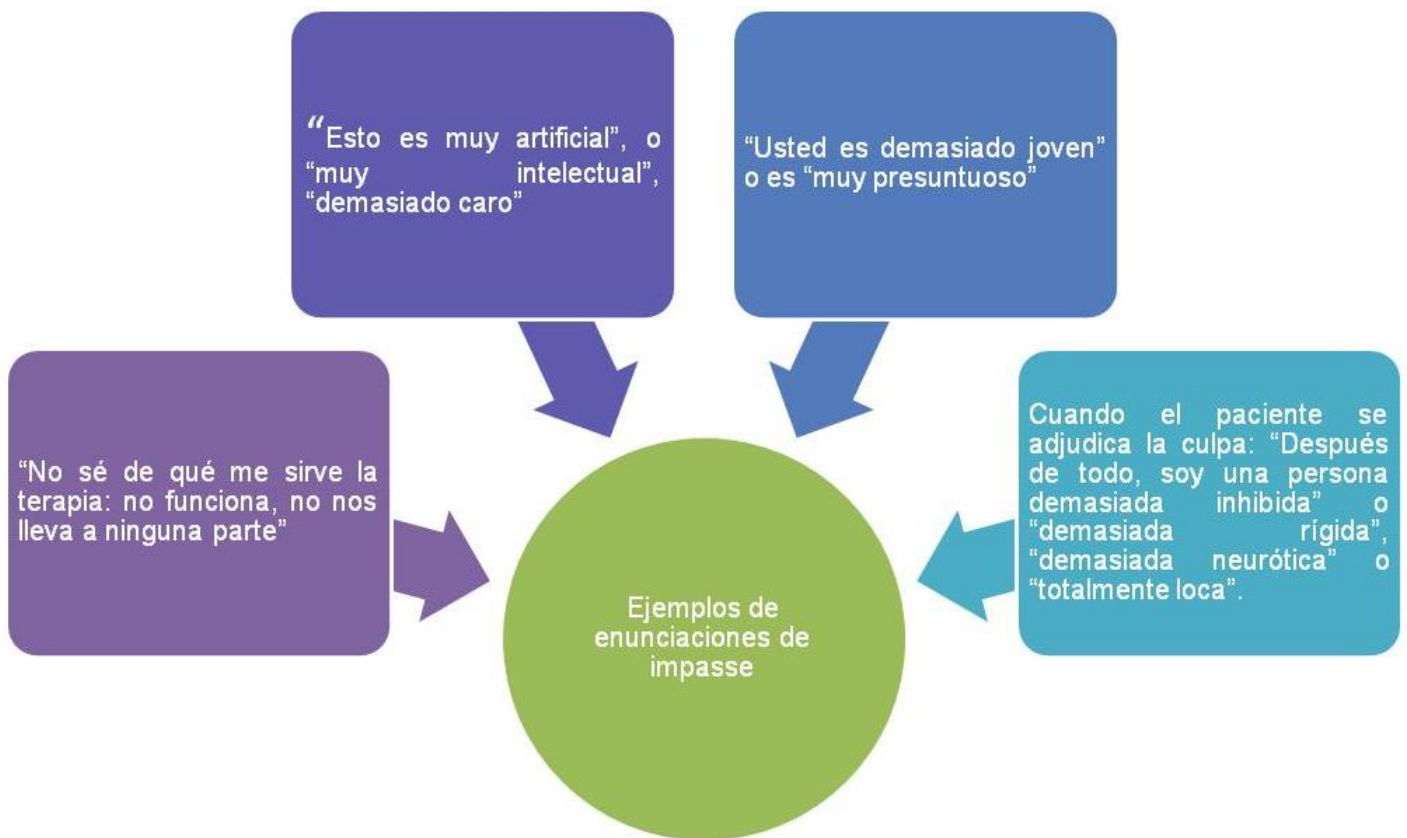
Money-Kyrle (1977, cit. En Ferro, 2001) mencionaron que para los pacientes es preferible quedarse en la enfermedad antes que afrontar la angustia depresiva que deberían transitar para llegar a la curación.

El impasse podría ser entonces considerado también como un tiempo de espera, para que las herramientas de la pareja se vuelvan idóneas para afrontar los riesgos relacionados con la explícita reiniciación del trabajo. Por lo tanto es difícil atribuir a al paciente o al psicólogo clínico la responsabilidad de tal suceso, tratándose de una situación en que las dos mentes están implicadas profundamente (Ferro, 2001).

Las situaciones de impasse son positivas si se viven en el tiempo necesario para acceder a angustias y a terrores subyacentes, y poder transformar y hacer pensables esas angustias escindidas que quedaron fuera del campo (Ferro, 2001). Con frecuencia es el mismo paciente quien se hace cargo de señalar las situaciones de impasse.

Limentani (1981, cit. En Ferro, 2001) indica los aspectos positivos del impasse considerando que es un tiempo necesario para metabolizar los “baluartes”, entendiendo como baluarte la acción de defenderse del ataque adversario o de un prejuicio que puede causar daño, en este caso de una situación que puede generar angustia al paciente.

Son necesarios largos tiempos, para que ocurra la asimilación de estados primitivos de la mente, que deberían ser asumidos y subterráneamente transformados antes de que puedan llegar a los pensamientos y finalmente puedan emitirse (Ferro, 2001).




Ejemplo 7 Enunciaciones de impasse (Paul, 1973).

De igual forma Paul (1973) afirma que la aparición de impasse se vincula al estado actual del tratamiento: por ejemplo, un sistema de defensas importante puede estar sufriendo un cambio, un conflicto muy grave aflorar a la conciencia, un recuerdo penoso estar a punto de reaparecer, un sentimiento de transferencia puede estar emergiendo. Cabe considerar, entonces, que el impasse actúa como una defensa (o bien, una resistencia).


Es preciso prestar especial atención al contenido manifiesto del impasse. El paciente no intelectualiza, sino que siente; experimenta el poderoso efecto de un impulso y un conflicto básicos; y sus defensas salen a relucir en toda su fuerza. Los problemas han aflorado a la superficie y pueden ser vivenciados y observados con claridad (y, por ende analizados). Se trata de una oportunidad que no debemos perder; pero plantea riesgos muy graves. El riesgo más grave es

desechar el contenido manifiesto del impasse (o minimizarlo) y prestar atención, en forma prematura, a su presunto contenido latente (Paul, 1973).


Un ejemplo muy claro que indica Paul (1973) es el siguiente:



• Un paciente menciona: ayer por la noche estaba firmando los cheques para pagar las cuentas del mes, y observe que la terapia es muy costosa. ¡Casi la cuarta parte de mi sueldo! Es demasiado, no creo poder seguir con la terapia; además no he notado cambios significativos en mi persona, creo que no tiene ningún sentido seguir viniendo.



• Este ejemplo deja ver que el paciente está muy preocupado por su economía, provocando un impasse, ya que no habla de otra cosa en la terapia.



• Cuando este paciente llegó al consultorio menciono un conflicto con la falta de generosidad por parte de su padre; pero el psicólogo clínico no debe ser quien asocie esta situación con el surgimiento del impasse, sino el propio paciente, ya que al sugerírsele se le restaría importancia a su problema económico actual. Produciendo una discusión, agravando el impasse.

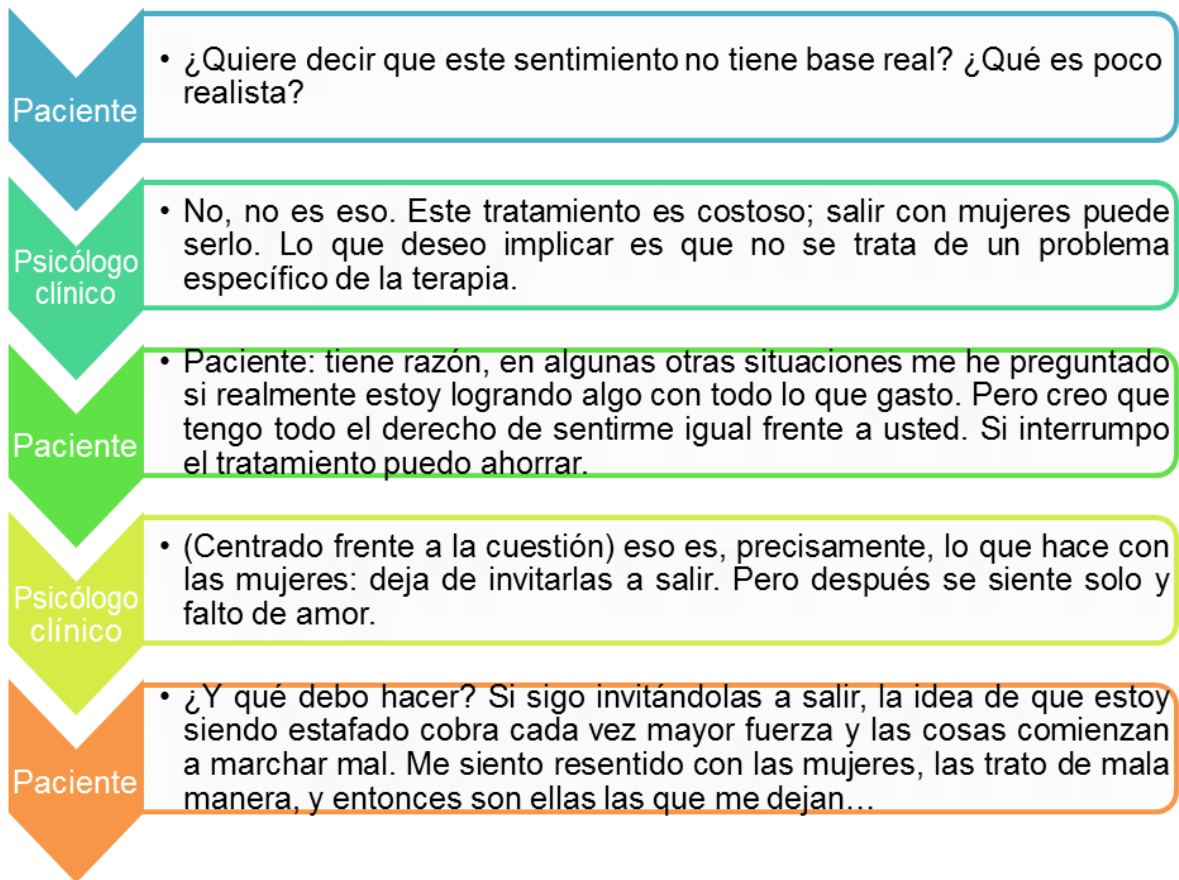
Ejemplo 20 surgimiento de impasse (Paul, 1973)

Lo primero que el psicólogo clínico debe hacer, de acuerdo al ejemplo anterior, siempre que surja un impasse es cerciorarse de que el paciente comprende que se trata de algo propio de la terapia. En este ejemplo el paciente menciona que si su tratamiento fuera más efectivo su problema no hubiera sido con igual intensidad. El psicólogo clínico en este caso tratará de no restar importancia a su problema real cuando le señale que su base está en el Proceso Terapéutico mismo (Paul, 1973).

En segundo lugar, resulta con mayor complejidad, ya que radica en sugerir que el problema real sirve a los intereses de la Resistencia, ya que no solo ha producido un impase sino que esa puede ser en realidad su principal función. Tal como indica Paul (1973), en este paso hay que averiguar qué es lo que quiso decir el paciente con eso de que la terapia era muy costosa. El paciente: ¿Quiere que el psicólogo disminuya el costo de la terapia? ¿Comenzó a preocuparse por su economía futura? ¿Tiene un sentimiento de carencia?

El problema puede estar muy relacionado con el dar y recibir, o bien el paciente este dando demasiado y recibiendo poco a cambio. Se pueden plantear varias cuestiones, una de ellas sobresaldrá, y así será más factible que el problema emerja en forma simultánea (Paul, 1973).

Para el psicólogo clínico, su objetivo será demostrarle al paciente que no se trata de un problema específico de la terapia, sino que tiene relación con sus conflictos y con toda su personalidad. Ahora bien, si el paciente principalmente se siente estafado, habrá que señalarle, alguna situación similar, por ejemplo: cuando sale con chicas sus reacciones son similares (Paul, 1973).



Ejemplo 218 Análisis del impasse (Paul, 1973)

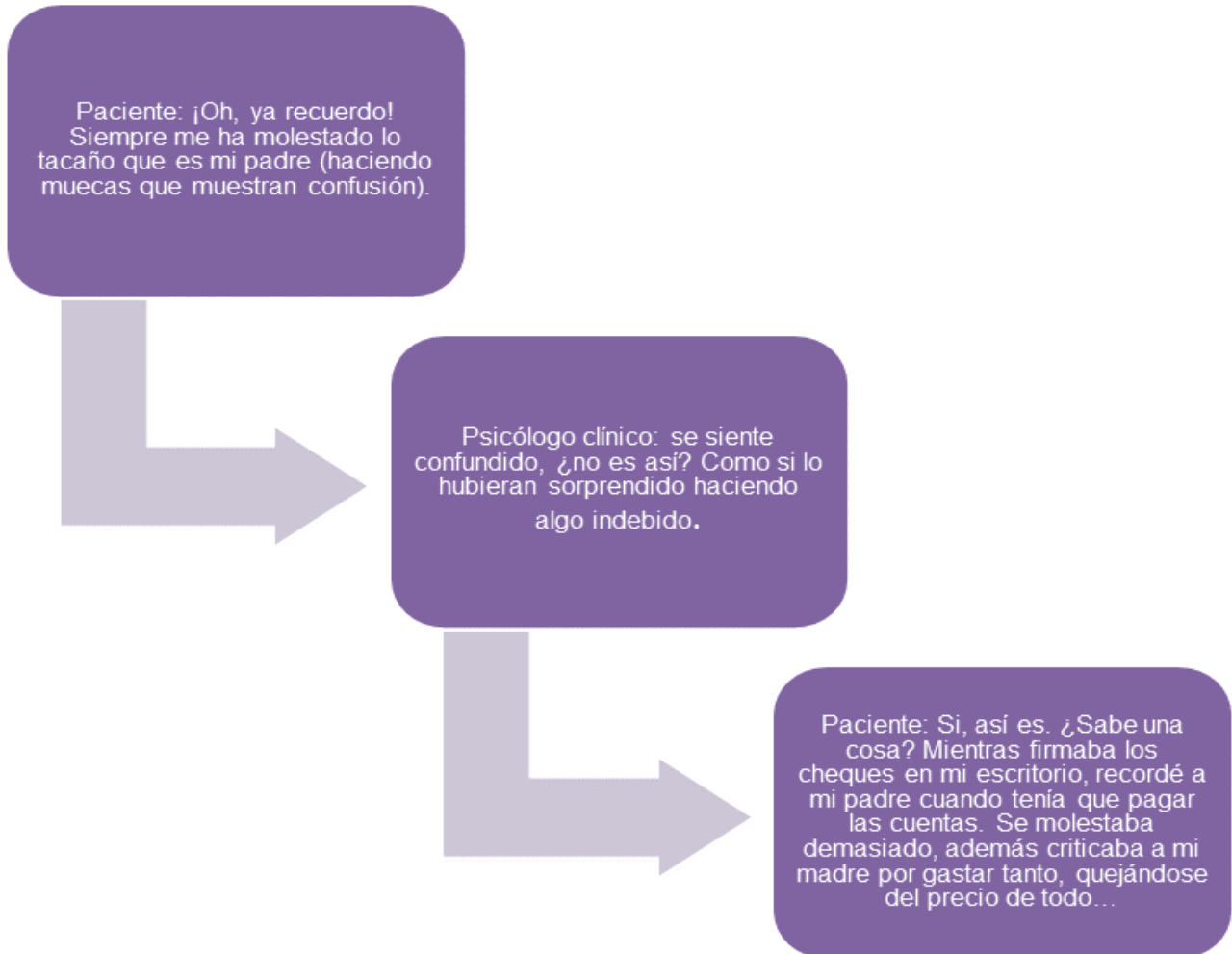
En último lugar, para el cual hay que preparar cuidadosamente el espacio, consiste en aclarar el significado del problema, y por lo tanto, del impasse, relacionándolo con el tema cuyo examen fue interrumpido al plantearse aquel. El psicólogo clínico puede comenzar diciendo:



Considero que, en cierta medida, la razón por la cual usted siente que lo están estafando y privando de algo, tiene relación con lo que me ha contado varias sesiones atrás, ¿lo recuerda?

Ejemplo 9Cómo trabajar el impasse (Paul, 1973)

Lo que el psicólogo clínico debe esclarecer es la relación existente entre la falta de generosidad del padre y la propia, o sea, determinar las implicaciones transferenciales. Pero en principio bastará con el acercamiento de ambas, sin extraer necesariamente ninguna conexión causal. Conviene que este acercamiento sea de interés para el paciente; que participe, por así decirlo, a que se dé cuenta, y que no vea en ella algo ideado por la propia conveniencia del psicólogo clínico. Si el paciente recuerda el tema anterior, y muestra reacción de sorpresa, se abra dado un gran logro (Paul, 1973).



Ejemplo 103 Análisis del impasse (Paul, 1973)

De esta forma Paul (1973) menciona que la terapia continúa su proceso, no importa que el paciente se identifique con el padre o con la madre, objeto de tantas críticas. En algún otro momento recordara la ira que le provocaba su padre, y los sentimientos que experimento en el impase le habrán servido de base para recordar ese acontecimiento. Incluso puede admitir, por sí solo, que en lugar de llevarse por el sentimiento de cómo se sentía estafado por su padre, le obsesionó la posibilidad de que el psicólogo clínico estuviera haciendo lo mismo. El psicólogo clínico debe hacerle ver que ya está preparado para aceptar la idea, con lo cual se

habrá logrado superar el impase, y a la vez, dar un significativo paso adelante en el proceso psicoterapéutico.

8.4.3 Acting out

Tal como lo indica González (2002), *acting out* es un: “término utilizado en psicoanálisis para designar acciones que presentan casi siempre un carácter impulsivo relativamente aislable en el curso de sus actividades, en contraste, relativo con los sistemas de motivación habituales del individuo, que muy seguido adoptan una forma de autoregresión.

De igual forma González (2002) determina que este concepto se utiliza para describir modos habituales de acción y conducta, producto de la personalidad de cada individuo, agregando, que es la actuación inconsciente de una pulsión y pueden ser agresivos o libidinales.

De forma más simple, Goldstein (2001) refiere que “técnicamente el acting out significa actuar en lugar de hablar”, se emplea para referirse a rasgos comportamentales, orientados a la acción. Indicando de esta forma, conductas autodestructivas, tal como los intentos de suicidio, agresión física y actividades de alto riesgo.

Para S. Freud (1905, cit. En Chemama y Vandermersch, 2004), el termino *Agieren* intentaba recubrir los actos de un sujeto tanto fuera del análisis como dentro del análisis. Este término deja abierta una ambigüedad, ya que se pueden desglosar diferentes significados de él, como la de moverse, de actuar, de producir una acción; y la de reactualizar en la transferencia una acción anterior.

En este caso preciso, para Freud (cit. en Chemama y Vandermersch, 2004), el *Agieren* vendría en lugar de acordarse: por lo tanto, el término se refería a actuar más que a recordar. El inglés *to act out* respeta esta ambigüedad. Ya que este término significa tanto representar una obra, un papel, darse a ver, mostrar, como actuar, tomar medidas del hecho.

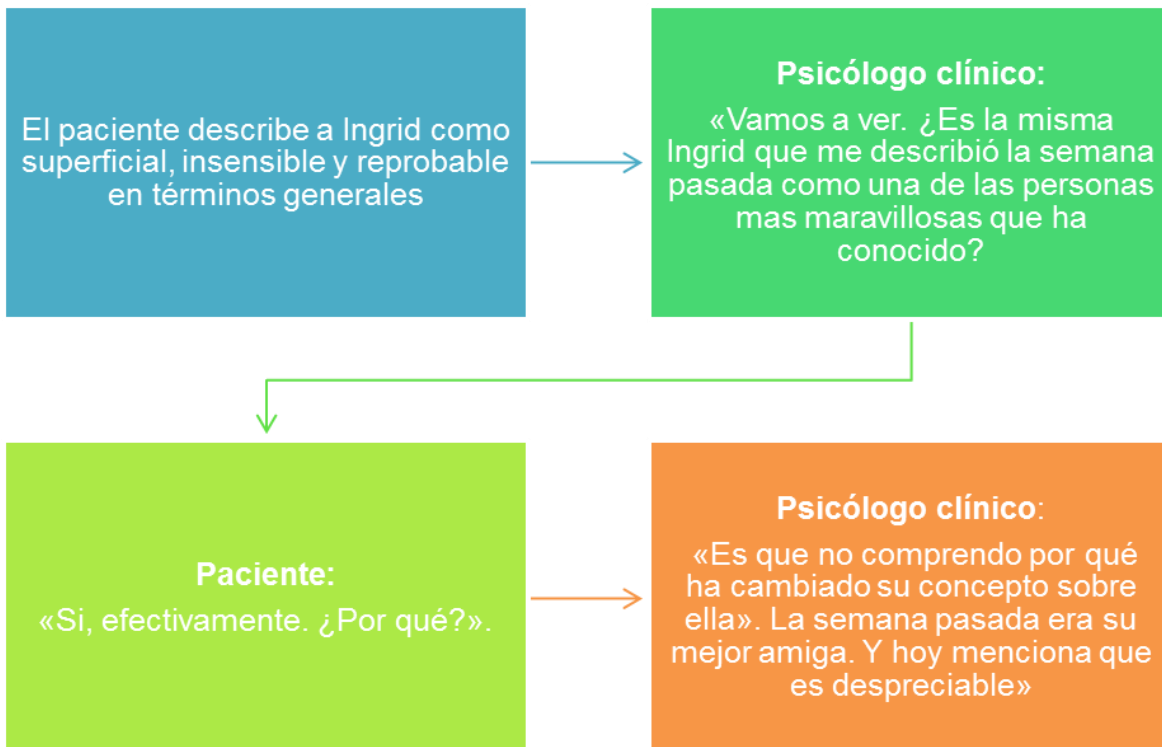
Los psicoanalistas franceses han adoptado el termino acting out adjuntándole por traducción y sinonimia el de passage á lacte (pasaje al acto) pero retenido únicamente del acto de la dimensión de la interpretación a dar en la transferencia.

Hasta entonces el acting out era definido habitualmente como un acto inconsciente, cumplido por un sujeto fuera de sí, que se producía en lugar de “acodarse de”. Este acto siempre impulsivo, podía llegar hasta el asesinato o el suicidio. Debido a que tanto la justicia como la psiquiatría clásica se habían visto regularmente interrogadas por estas cuestiones de actos fuera de toda relación transferencial, en los que se debía determinar una eventual responsabilidad civil. A partir de esto el psicoanálisis se planteó ¿Qué es un acto? Por lo que Lacan (1963, cit. En Chemama y Vandermersch, 2004) definió que un acto es siempre significativo, ya que el acto inaugura siempre un corte estructurante que permite a un sujeto reencontrarse, radicalmente transformado, distinto del que había sido antes de este acto.

De esta forma, González (2002) sugiere que en el surgimiento del acting out, el psicólogo clínico se percate de la señal de la emergencia de lo reprimido. Cuando aparece en el curso de un análisis, ya sea durante la sesión o fuera de ella, el acting out debe comprenderse en su conexión con la transferencia, y a menudo, como una tentativa de desconocer radicalmente ésta.

Ahora bien, Goldstein (2001) indica que a forma de defensa, el acting out puede conceptualizarse en el marco dinámico de forma similar que otro tipo de defensas: una formación intermediaria en respuesta a impulsos, al superyó y a la realidad externa. De esta manera, las intervenciones relacionadas con el acting out se estructuran con el arreglo al modelo de la ansiedad o efecto desagradable y defensa.

Por lo tanto, cuando el psicólogo clínico decida intervenir, debe dar prioridad a la aplicación de técnicas de orientación insight, tales como: la clarificación, confrontación e interpretación.



Ejemplo 24 Uso de la técnica de clarificación en el acting out (Goldstein, 2001)

Generalmente la técnica de clarificación suele dar buen resultado en el acting out, pero en ocasiones fallan, si esto ocurriera, es necesario complementarlas o sustituirlas por métodos de mayor apoyo, tales como: la sugerencia, la manipulación terapéutica, abreacción, consejo, enseñanza, restricción, contacto con la realidad, animar y elogiar (Goldstein, 2001).

El acting out en ocasiones es tan severo que es necesario establecer restricciones y estructurar la vida del paciente fuera de las sesiones, incluyendo los centros de día y la hospitalización (Goldstein, 2001).

8.4.4 Reacción terapéutica negativa

Ávila (1994) cita la obra de Freud (1923), *El Yo y el Ello*, donde hace alusión a la reacción terapéutica negativa como una vicisitud del proceso psicoterapéutico que se denomina estrategias del yo, ya que no solo se manifiesta como mecanismo de defensa (resistencias) sino que también atentan contra el proceso. Para esto:



Ejemplo 25 Cómo surge la reacción terapéutica negativa (Ávila, 1994)

Es justamente a partir de este momento de alivio y el progreso cuando empieza una crítica demoledora, que lleva a veces casi instantáneamente a una situación paradójica: lo que en un momento antes había sido aliviado ahora resulta ineficaz; por lo cual se puede decir que la reacción terapéutica negativa es un empeoramiento paradójico que sobreviene en el momento que ha existido un progreso, un avance en el tratamiento (Ávila, 1994).

La explicación de Freud (cit. En Ávila, 1994) sobre este evento tiene que ver con un sentimiento de culpa que surge del Super Yo muy severo, que demanda sometimiento. Por su parte, K. Horney y J. Rivière (1936, cit. En Ávila, 1994), ampliaron lo aportado por Freud.

Horney:

Señala la fuerte rivalidad de estos pacientes y se temor a despertar la envidia de lo demás (y del psicólogo clínico en particular) si progresa.


Riviére:

Por su parte enlaza el sentimiento de culpa con el altruismo inconsciente y con una gran labilidad frente a la posición depresiva, que incrementa desmedidamente las defensas maniacas.

Esquema 29 Aportaciones de K. Horney y J. Riviére (1936, cit. En Ávila, 1994)

De esta forma, la reacción terapéutica negativa transforma lo bueno en malo. Por lo tanto, el paciente teme despertar la rivalidad de los demás si progresa y se siente despreciado si fracasa.

De igual forma:



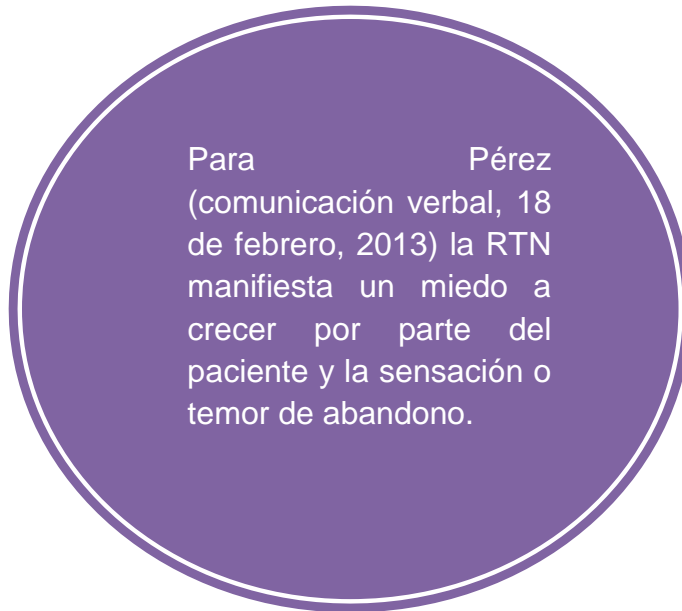
Melanie Klein (1957, cit. En Ávila, 1994):

Relaciona directamente la reacción terapéutica negativa con la envidia. Mencionando que los pacientes critican por varias razones, a veces justificadamente, pero cuando sienten necesidad de desvalorizar el trabajo psicoterapéutico, que según su propia vivencia les ayudo es porque la envidia está presente.

Esquema 30 Aportación sobre la reacción terapéutica negativa de Melanie Klein (1957, cit. En Ávila, 1994)

Por lo que se puede resumir, que la reacción terapéutica negativa puede presentarse cuando el paciente da indicios de su pauta de conducta como si empezará de nuevo su tratamiento, dejando ver que aparentemente los problemas que le aquejan no han sido resueltos. Sin embargo por parte del paciente existe cierto temor a que debido su avance, se de la separación del proceso psicoterapéutico, ya que en dicha separación el paciente comenzaría a resolver los problemas por el mismo, con sus aciertos y sus errores. Sin embargo, en su dependencia el paciente considera que no podrá lograrlo, por lo cual el psicólogo

clínico podrá mostrarle a través de una secuencia evolutiva, la resolución de sus problemas, como ha avanzado a lo largo del proceso psicoterapéutico y como él es capaz de enfrentarse a problemas, dándole solución con mayor ganancia que pérdida (Pérez, comunicación verbal, 18 de febrero, 2013).



8.5 La etapa final

Irving (2001, cit. En Cordero, 2006) refiere que dentro de las tres etapas terapéuticas, la etapa final es la más complicada, debido a que involucra aspectos de separación.

Algunos autores coinciden en que “queda difusa la línea de marca para el momento ideal para dar por terminada la intervención del psicoterapeuta (Becerra, 2002, cit. En Cordero, 2006).

Por su parte, Goldstein (2001), menciona que lo ideal es que la terapia entre en fase terminal después de que los conflictos nucleares del paciente hayan sido suficientemente tratados y comprendidos y éste se encuentre bien predispuesto para efectuar (o seguir efectuando) cambios constructivos en su vida.

Para Romero (1991, cit. En Cordero, 2006), el momento idóneo para dar por finalizado el proceso psicoterapéutico, es cuando se han podido reconstituir las circunstancias traumatizantes de la vida del paciente.

Por lo tanto, Jonhson (1990, cit. En Cordero, 2006), sugiere que el único criterio firme para tomar la decisión de terminar la terapia, es mediante el avance.

En esta fase, los pacientes deben haber internalizado las enseñanzas de la psicoterapia de forma que puedan afrontar eficazmente su vida sin ayuda del psicólogo (Golsdtein, 2001).

Tal como indica Goldstein (2001), el tema sobre terminar las sesiones debe surgir paulatinamente, el psicólogo clínico debe hablar sobre el tema, explorando meticulosamente sus ventajas e inconvenientes. Si el paciente trata de evadirse de los conflictos o eludir una transferencia incomoda, se abordará sin rodeos, siendo útil en este caso el enfoque de exploración de las resistencias a proseguir la terapia.

Cuando el paciente y el psicólogo clínico juzgan razonablemente poner fin al tratamiento, hay que marcar un plazo y es conveniente señalar fecha con meses de anticipación, para dar margen a un extenso examen de las perspectivas de la conclusión. La duración de la fase terminal viene determinada en función de la duración de la psicoterapia; por ejemplo a terapias más largas convienen fases terminales más duraderas (Goldstein, 2001).

Ahora bien, es importante señalar que la terminación de la psicoterapia suele ser difícil, debido al vínculo surgido entre el psicólogo clínico y el terapeuta, además, en ocasiones en el paciente suele asociar imágenes de otras despedidas, de forma que cuando un paciente pone fin a la psicoterapia vuelve a dejar su casa, a una novia, su escuela, etc., o alguna otras situación de despedida que pudo ser dolorosa (Becerra, 2002; Johnson (1990); cit. En Cordero, 2006).

Johnson (1990, cit. En Cordero, 2006) explica que más allá de la transferencia del paciente, está el sentimiento de pérdida, ante la terminación del proceso

psicoterapéutico, ya que el paciente llega a desarrollar cierto apego hacia el psicólogo clínico, llegando a estimarlo como a cualquier persona con quien se relaciona.

Por lo tanto, en ocasiones los pacientes pretenden terminar anticipadamente la terapia, sin esperar hasta la fecha pactada con el psicólogo clínica, ya que de esta forma, no tendrán que experimentar emociones dolorosas que fluyen cuando se habla de la terminación, así el paciente evita el dolor de vivir una pérdida pasivamente (Johnson, 1990, cit. En Cordero, 2006).

Un error muy frecuente, que está vinculado a la respuesta emocional de ambos participantes ante el termino, es la de proceder a una progresiva relajación del rigor y limpieza metodológicos que hasta el momento se habían venido observando, a medida que se aproxima la fecha de separación (Coderch, 1987).

La debilitación del marco de trabajo se manifiesta en cambios de diversa índole que afecta la relación paciente-psicólogo, en esta situación el psicólogo clínico tiende a mostrarse más cálido, más humano y afectuoso o a desplegar un comportamiento convencional, de manera que el trato entre ambos se transforma en un vínculo amistoso (Coderch, 1987).

Por lo tanto, la metodología de trabajo debe permanecer intacta hasta la última sesión, tanto en los aspectos más formales o externos como en lo que concierne al marco interno (Coderch, 1987).

La función del psicólogo clínico ha de permanecer estable hasta el último momento. Es muy importante recordar que un tratamiento es siempre susceptible de reanudarse en otro momento. Un trato improcedente en el último periodo del mismo podría aniquilar esta posibilidad (Coderch, 1987).

8.5.1 Circunstancias que pueden llevar al término del tratamiento

Es importante mencionar, que en algunas ocasiones, es necesario dar por terminado el tratamiento sin haber llegado a un resultado acorde con los deseos de uno y otro, a continuación se presentan algunos de los casos (Coderch, 1987):

- Cuando la gravedad del paciente es mucho mayor de lo que en un principio se suponía

Son muchos los pacientes que consiguen mantener una aparente y discreta normalidad, presentando al exterior tan solo algún síntoma clínico o moderadas dificultades de adaptación a la realidad. Sin embargo, tras su postura defensiva se esconde un mundo interno profundamente alterado, con ansias psicóticas de las que siente que necesita a toda costa defenderse. Las resistencias permanecen inalterables o se refuerzan cuando las intervenciones del terapeuta alcanzan a rozar algún núcleo conflictivo. Estas resistencias pueden adoptar diversas formas, tal como: sumisión, establecimiento de una relación sadomasoquista, actuaciones repetidas, rechazo de todas las interpretaciones o, por el contrario, aceptación aparente de las mismas sin ninguna comprensión, etc. En ocasiones, en estos pacientes se llega a una desaparición de los síntomas más aparentes, pero al precio de ser sustituidos por otros más encubiertos y sin que se produzca un cambio esencial en su estructura.

La aparente mejoría es obtenida a costa de un sometimiento a los que se supone son los deseos del terapeuta, con abandono de libre iniciativa.

Un ejemplo que utiliza Coderch (1987), es el de un paciente con comportamientos sexuales promiscuos y perversos, el cual puede renunciar totalmente a su vida sexual para cumplir con lo que cree que son las reglas de su psicólogo, aplacarle y evitar tener que hacerse cargo de aquellos aspectos de su funcionamiento mental que éste intenta explicarle. Otras veces, estos pacientes consiguen una mejor adaptación al conjunto de sus

circunstancias internalizando el modelo que para ellos representa el terapeuta y ajustando su conducta a la propia de este modelo. Se trata de pacientes con una patología excesivamente pesada para que sea posible un cambio muy sustancial a través de la psicoterapia.

- Cuando los pacientes cuyas motivaciones son totalmente insuficientes o erróneas.

Como puede ser en pacientes que han sido forzados a someterse al tratamiento por presiones familiares o ambientales, o para justificarse ante sí mismos y ante los otros. También puede haber condicionado la demanda de tratamiento la idea de que a través de él se alcanzaría un grado envidiable de invulnerabilidad, seguridad, confianza indestructible en uno mismo, etc. Esta demanda de idealización no concuerda, en absoluto, con el trabajo de observación, búsqueda y comprensión propio de la psicoterapia y conlleva al fracaso de ésta.

- El psicólogo clínico debe estar muy alerta en no utilizar las circunstancias externas como un argumento para justificar la falta de evolución y cambio en un paciente, lo cierto es que éstas ejercen siempre una importancia considerable. Es indudable que el paciente no acuda al tratamiento solo por el placer de la investigación y el conocimiento, aunque este sea un factor importante para el desarrollo propicio de la psicoterapia. El paciente apela a la ayuda del terapeuta con la esperanza de lograr la resolución de determinados conflictos, de superar ciertas dificultades, de poder franquear determinados obstáculos que se oponen al cumplimiento de sus designios y a la consecución de una vida razonablemente satisfactoria, etc. La comprensión obtenida en el tratamiento no es únicamente un valor en sí mismo, sino en la medida en que se aprovecha para que el paciente pueda orientar y gobernar su vida con el mayor grado de libertad posible, una vez removidas las ansiedades, inhibiciones y mecanismos defensivos que le

impedían el uso pleno de sus recursos. En muchas ocasiones, la comprensión demandada al tratamiento ha de ser puesta al servicio no de una conducta destinada a modificar el mundo del entorno, sino simplemente de dotar al paciente de una mayor capacidad de serenidad y bienestar frente a determinadas situaciones o elementos de la realidad exterior. Pero cuando esta realidad es excesivamente dura, frustrante, amenazadora, carente de posibilidades de gratificación y reducida a tan estrechos límites que no es posible desplegar entre ellos los nuevos conocimientos adquiridos, no es de extrañar que los resultados conseguidos sean muy brillantes o que deban considerarse como únicamente parciales. Lo mismo cabe decir de las propias circunstancias personales del paciente: edad, mal estado físico, falta de recursos o habilidades que le permitan insertarse en el seno de la sociedad en condiciones no inferiores, etc.

- La incompatibilidad entre el paciente y el terapeuta, así como los problemas contratransferenciales.

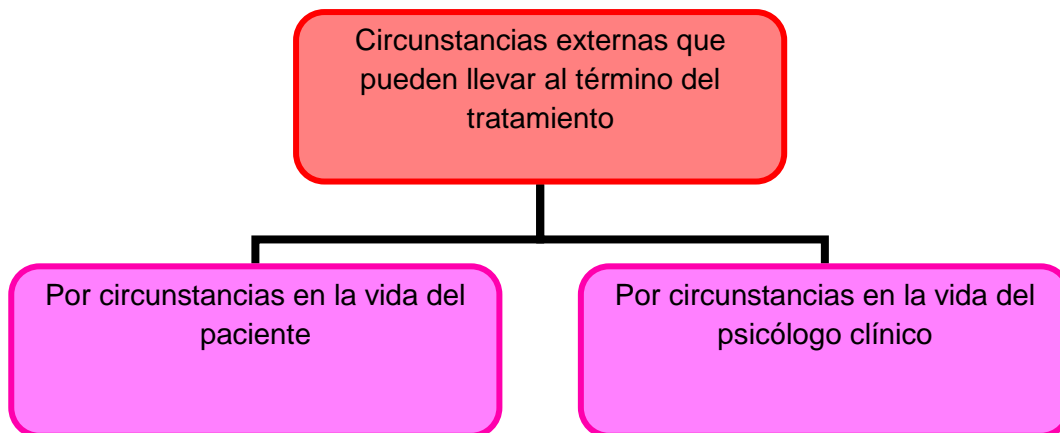
Algunos psicólogos clínicos, son incapaces de responsabilizarse de pacientes con ideologías muy contrarias a las que sustentan ellos mismos y que les despiertan irritación, hostilidad o agresividad. En ocasiones los problemas emocionales repercuten con excesiva intensidad en los puntos ciegos y los conflictos neuróticos del psicólogo clínico, despertando en este una fuerte ansiedad que perturba la adecuada comprensión, y por tanto la evolución del tratamiento.

- Existen muchas otras causas que dan lugar a un proceso terapéutico limitado e insuficiente.

Entre ellas podemos encontrar el temor a la terminación del tratamiento, vivida en la fantasía como una completa interrupción de los lazos con el psicólogo clínico, la cual conllevará a la soledad y el abandono. En estos casos se trata de pacientes que no han interiorizado ni las palabras del terapeuta ni la función otorgadora de diálogo y comprensión que éste

intenta inculcar. Para ellos, la relación permanece en un nivel periférico y de simple instrumento utilitario. El terapeuta es tan solo, alguien que escucha, que está interesado en lo que el paciente comunica, y este interés es vivido como una señal de esperanza, como la demostración de que en el propio interior no todo está perdido y arruinado, sino que en él sobrevive algo lo suficientemente valioso como para que el clínico esté dispuesto a escucharlo y hacerse cargo de ello. Lo que importa no es lo que el psicólogo explique, sino su disponibilidad, su respeto y atención que contrarrestan los propios sentimientos de desánimo y de empobrecimiento mental. Entonces la sesión terapéutica se halla totalmente confinada a sus límites temporales. No tiene más validez que su propia duración en el tiempo. Si nada se interioriza, ni las palabras ni la función dialogante del psicólogo clínico, en cuanto termina la sesión termina todo. Y por ello las sesiones tienen que repetirse indefinidamente, ya que cada una de ellas es igual a las otras: alguien que escucha, soporta y da alientos al paciente. En estas condiciones el tratamiento permanece estancado. El paciente intenta asegurar y hacer inamovible este estancamiento, ya que, para él terminar el tratamiento es perder toda la ayuda, aunque parcial y poco prometedora, de que dispone. También el temor invencible del paciente a que sean exploradas determinadas áreas de su mente, a causa de la fantasía de que tanto él como el terapeuta se verán invadidos y anegados por una ansiedad irresistible, puede dar lugar a esta detención en la marcha del proceso. En el mismo sentido actúa el predominio de reacciones terapéuticas negativas movidas por el odio y la envidia a la capacidad de comprensión del terapeuta. Conduce también al bloqueo del proceso la incapacidad de soportar el dolor mental que puede acompañar el descubrimiento de la verdad.

También pueden presentarse circunstancias externas que pueden llevar al término del tratamiento antes de lo que se hubiera decidido atendiendo tan solo a la marcha del proceso provienen de cambios imprevisibles por parte del paciente pero también por parte del terapeuta, como las siguientes:



Esquema 31 Circunstancias externas que llevan al termino del proceso terapéutico (Coderch, 1987)

- **Termino del proceso terapéutico por circunstancias en la vida del paciente.** Puede tratarse de cambios de población o modificaciones en el ritmo de horario de trabajo que impidan ajustarse al tiempo disponible por parte del psicólogo clínico. En primer lugar, debe aclararse la responsabilidad del paciente en su aparición, y comprender hasta qué punto eran evitables y si deben considerarse del todo necesarias para el desarrollo de su vida.

La psicoterapia tiene como objetivo ayudar a vivir más libre y satisfactoriamente, y no debe esperarse de ella que perturbe el curso de la existencia. El paciente no siempre ha de renunciar a oportunidades importantes que puedan presentárseles para preservar a todo trance el

tratamiento. La realidad puede obligar, en ocasiones, a sacrificar éste por el momento. Ahora bien, con frecuencia estas circunstancias, aparentemente inevitables e inesperadas, han sido provocadas por el paciente y son la expresión de las resistencias de éste al descubrimiento de la verdad. Se trata de actuaciones esencialmente nocivas para el paciente y muchas veces, dado que el verdadero y escondido propósito es huir del descubrimiento del inconsciente, las consecuencias prácticas pueden llegar a ser desastrosas. Por lo que Coderch (1987) indica que el psicólogo clínico no debe dejarse impresionar por las supuestas ventajas que han de comportar los cambios y modificaciones que impiden la continuidad del tratamiento, y ha de señalar sin temores el genio destructivo que se esconde y actúa tras ellas. En segundo lugar, una vez puesto en claro que la conclusión forzada no es una huida del tratamiento, los esfuerzos irán encaminados a esclarecer el significado que esta experiencia tiene para el paciente comprender e interpretar las reacciones que la misma origina y ayudar a elaborar el duelo de la separación. En todo caso, siempre que uno y otro juzguen que el proceso terapéutico no ha alcanzado resultados aceptablemente satisfactorios, debe intentarse que el paciente reanude el tratamiento con otro terapeuta que tenga unas disponibilidades de tiempo de acuerdo con sus posibilidades, o una vez hayan desaparecido los hechos de la realidad que motivaron a la interrupción.

- **Termino del proceso terapéutico por circunstancias en la vida del psicólogo clínico.** El psicólogo clínico puede verse en la precisión de dejar de atender a un paciente debido a circunstancias tales como un cambio en la localidad de residencia o a dificultades determinadas, como por ejemplo, perturbaciones en su salud, que le obliguen a reducir o a modificar sustancialmente los horarios de trabajo. Naturalmente, el psicólogo clínico debe atender antes que nada a su contratransferencia, para evitar que sean sus propios problemas emocionales en relación con alguno de sus pacientes los que se hallen detrás de estos hechos. Es evidente que no puede permitir que sus conflictos emocionales alteren el

tratamiento de los pacientes. Si no consigue arreglar la situación por sí mismo, debe acudir a una reanudación de su propio tratamiento.

Cuando ocurre este tipo de situación, en el que por cuestiones propias del psicólogo clínico se termina el tratamiento, las reacciones del paciente son mucho más complejas y variadas, dependiendo, fundamentalmente de la estructura psíquica de base. Predominan las respuestas de protesta, rabia, sentimientos de abandono, etc., por un lado. Por otro, intentos de negación y de anulación de cualquier dolor o frustración, así como también esfuerzos por proteger o restarle culpa omnipotentemente al psicólogo clínico. Exceptuando aquellos casos en los que el proceso estuviera ya realmente llegando a su fin, siempre debe ser puesta de relieve la necesidad de continuar el tratamiento con otro terapeuta, y no existe ningún inconveniente técnico en indicar los profesionales que puedan llevarlo a cabo. Al pasar por alto esta posibilidad es fruto de un esfuerzo de tranquilidad por ambas partes, en el cual el psicólogo clínico niega su responsabilidad en la interrupción y en el paciente la frustración, dolor y pérdida que ella le ocasiona.

8.5.2 Posibles respuestas hacia el término del proceso psicoterapéutico

Tal como indica Irving (2001, cit. En Cordero, 2006), la finalización del proceso psicoterapéutico puede originar tanto en el paciente como en el terapeuta emociones profunda y conflictivas, tales como: angustia o ansiedad; pero, también se ha encontrado que pueden reaccionar con coraje, ira, angustia, incluso pueden resurgir los síntomas del paciente, todo esto con el objetivo de seguir con el proceso, haciendo la aparición de la dependencia del paciente hacia el psicólogo clínico.

Por lo cual, durante la etapa final del proceso psicoterapéutico, el paciente al saber que está próximo a terminar la relación con el psicólogo clínico, puede

originar cierto tipo de reacción. Algunas de estas reacciones son las que se muestran a continuación (Coderch, 1987):

a) **Sentimientos depresivos y reacción de duelo frente a la separación.**

Una elaboración adecuada de la reacción de duelo, la aceptación de la pérdida y del dolor y tristeza que esto supone son uno de los puntos más importantes del periodo final del tratamiento. Esta elaboración del duelo es condición necesaria para la internalización del psicólogo, y que hace posible la continuación del dialogo y la comprensión interna.

b) **Fantasías de mutilación y enfermedad.** Corresponden a la herida narcisista ocasionada por la separación.

c) **Fantasías de muerte y renacimiento.** En ellas se expresa la vivencia de la terminación como una muerte que conllevará el surgimiento a una nueva vida con mayor potencial de crecimiento y más amplios horizontes.

d) **Sentimientos de abandono, de desvalimiento, soledad, entre otros.**

Algunos pacientes pueden experimentar una intensa ansiedad frente a la perspectiva de que tienen que vivir sin la ayuda regular del psicólogo clínico. Esta ansiedad debilita la confianza en los propios recursos y en la aptitud para utilizar lo que ha podido aprenderse en el curso del tratamiento. Frecuentemente se trata de paciente que han proyectado en el psicólogo las partes más sanas y maduras del self, y temen que después de la separación ellos conservaran, tan solo los aspectos más enfermos e inmaduros. En estas circunstancias, no es extraño que la idea de la terminación provoque en ellos sentimientos de abandono y soledad. Es necesario percatarse de esta situación para intentar que reconozcan los aspectos sanos de sí mismos que han depositado en el psicólogo y puedan reintroyectarlos.

e) **Sentimientos de rabia y agresividad contra el psicólogo clínico.**

Algunos pacientes pueden experimentar ante el proyecto de la finalización,

una fuerte herida narcisista que le ha causado el psicólogo clínico. El hecho de que este pueda prescindir de ellos y de que, con el planteamiento de una futura separación, les muestre que tiene una vida independiente que le es por complejo ajena, les provoca una dolida reacción de humillación y rabia contra él. Asumir esta realidad puede ser un proceso doloroso pero que, a la larga, les permitirá llegar al término guardando en su mente una relación de mutuo reconocimiento y reciprocidad con el psicólogo clínico.

f) **Reactivación de los síntomas o trastornos del comportamiento.**

Durante la fase final se puede producir una brusca reactivación de los síntomas y trastornos del comportamiento que fueron la causa del inicio del tratamiento. Por un breve tiempo parece como si, ante la pérdida del apoyo terapéutico que se aproxima, todas las ansiedades reaparecieran y, con ellas, los mecanismos de defensa y las formaciones de compromiso que dan a lugar a los síntomas.

g) **Intentos de anular la terminación.** En ocasiones, los pacientes realizan esfuerzos para anular la terminación del tratamiento. Puede hacerlo de manera directa y franca, asegurando que se trata de un error, que no se siente aun preparado, que debe reconsiderarse la decisión, etc. O indirectamente, a través de una agravación de los síntomas, con actuaciones que puedan ser sentidas como peligrosas por sus familiares o por el psicólogo, etc. En general, la firmeza y la claridad en las intervenciones del terapeuta resuelven estas situaciones, no es preciso, salvo en caso muy excepcionales, proceder a una cancelación del acuerdo de la terminación.

h) **Aparición de una incrementada capacidad de comprensión y de nuevas formas de adaptación.**

En ocasiones, la perspectiva de la terminación estimula los recursos y potencialidades de crecimiento del paciente, el cual parece, una vez que se ha llegado a tal tipo de decisión, extraer de las sesiones mucho más beneficio de lo que había logrado hasta

el momento. La comprensión interna y la elaboración pueden verse facilitadas, muy notablemente, por la ansiedad depresiva originada por el trauma de la separación. La próxima pérdida de la ayuda terapéutica estimula el reconocimiento de lo que ésta ha ofrecido hasta el momento, la pena que por aquello, tal vez, no se ha utilizado o asimilado adecuadamente y el deseo de obtener el máximo provecho de las oportunidades que aún quedan. Puede surgir, en estas condiciones, material no explorado hasta el momento y que había estado sometido a los efectos de la disociación y la represión. Todo ello puede favorecer el hallazgo de nuevas soluciones y formas de adaptación ante las dificultades y problemas con que debe enfrentarse el paciente en la realidad de su vida.

De igual forma, Irving (2001, cit. En Cordero, 2006) menciona que en ocasiones los pacientes suelen mencionar que no están preparados para el final de la psicoterapia, siendo así sugiere que el psicólogo clínico le haga la siguiente pregunta: *¿no está preparado para qué?* Para algunos pacientes se tratará de su proceso de maduración, para otros tiene que ver con su independencia y para algunos otros, enfrentar el problema de la muerte.

Por otro lado, para el psicólogo clínico, también puede resultar difícil, el terminar un proceso psicoterapéutico, ya que pueden estar involucrados algunos factores personales, es decir, basados en la contratransferencia; factores económicos, ya que implica la disminución de ingresos del psicólogo clínico (Becerra, 2002; Irving, 2001; Johnson (1990), cit. En Cordero, 2006).

En algunas ocasiones, a causa de las emociones surgidas respecto a la finalización, el psicólogo clínico puede convertirse en aliado del paciente, procurando evitar la terminación del tratamiento (Irving, 2001; Lopátegui, 1986, cit. En Cordero, 2006).

8.5.3 Cierre

Tal como indica Pérez (comunicación verbal, 18 de febrero, 2013), durante la sesión final del proceso psicoterapéutico, el psicólogo clínico sobre algunos aspectos importantes del paciente, por ejemplo:



Esquema 32 Aspectos a tratar durante el cierre del proceso psicoterapéutico (Pérez, comunicación verbal, 18 de febrero, 2013)

8.5.4 Separación

Uno de los enfoques principales en la fase terminal es la separación. Kleinke (1995) menciona que la terminación de la terapia es un momento cuya importancia radica en que brinda al psicólogo clínico y al paciente la oportunidad de despedirse de una manera adaptativa, lo cual constituye una experiencia importante para muchos pacientes que en su historia personal no han aprendido como dejar ir a las personas que han sido significativas en sus vidas y de las cuales han tenido que alejarse.

Por esta razón, Goldstein (2001) recomienda que en la etapa final de la psicoterapia, se mantengan sesiones periódicas, en las cuales se trabaje la problemática terminal.

8.5.5 Última sesión

La última sesión tiene un rostro, una configuración y una entidad semántico-emocional característica y singular que la distingue de cualquier otra. En ella se produce la ruptura. La relación simbólica, clave para posibilitar la transferencia se rompe. O mejor dicho, se deshace, aunque el eco de la misma perdure por un tiempo. A partir de esa sesión, cualquier hipotético encuentro será distinto porque se encuadrará ya en una relación real, no simbólica. Ambos quedan eximidos de lo simbólico. El psicólogo clínico pasa a ser un individuo, el paciente también. Se deshacen los roles que sirvieron para la escena psíquica (Carrón, 1990).

Por lo tanto, cuando se finaliza el proceso psicoterapéutico es necesario hacer una recapitulación de la problemática con la que llegó el paciente, los aspectos que se han superado, los que faltan por mejorar y resolver, pero sobre todo, dar énfasis a aquellos logros que hizo, ya que el paciente no puede irse con las manos vacías ni con la sensación de que él no cambió como lo esperaba; el paciente tiene que irse con las manos llenas, por lo cual el psicólogo clínico debe explicarle cual fue su problema, el cómo y por qué se dio (Pérez, comunicación verbal, 20 de agosto, 2012).

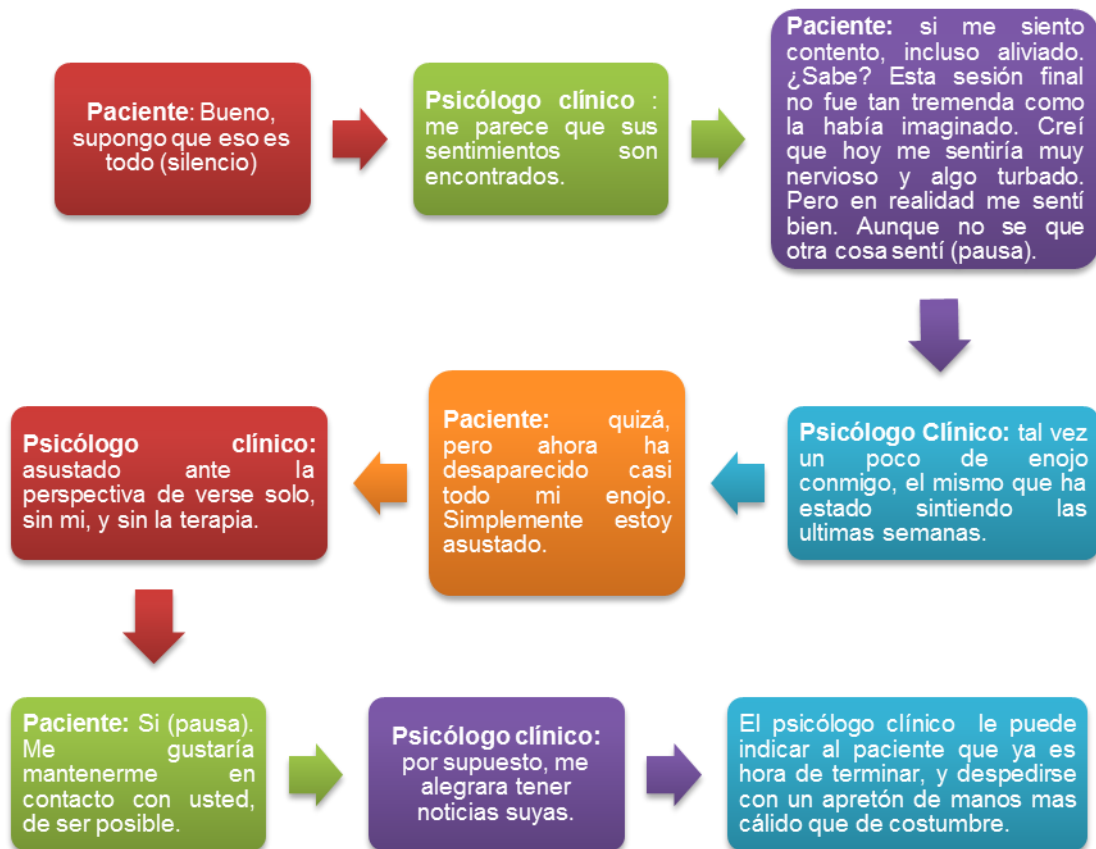
Cuando se fija la fecha de la última sesión, el psicólogo clínico ha de dejar bien entendido que la seriedad del trabajo obliga a que la misma se respete ya que constituye una exigencia técnica imprescindible, a fin de poder comprender las fantasías, diversas respuestas y reacciones de duelo ante la separación y la pérdida, así como la forma de asumir la propia autonomía, etc. (Coderch, 1987).

Tal como indica Paul (1973), tras el término del proceso psicoterapéutico, el paciente debe seguir reflexionando y examinando su mente, por lo tanto durante la última sesión no habrá ninguna razón que le impida realizar cualquier interpretación.

Resulta poco común que durante la última sesión se exponga una nueva interpretación o que resulte de gran importancia, y no precisamente porque sea el cierre del proceso, sino por que anteriormente ya han surgido varias. Pero en caso de que el psicólogo clínico comprenda algo nuevo sobre el paciente en el transcurso de la última sesión y considera que este puede beneficiarse al enterarse, podrá decírselo sin sentirse limitado por tratarse de la última sesión (Paul, 1973).

Cabe destacar que la última sesión del proceso psicoterapéutico, no debe distinguirse de sesiones anteriores, si se excluye el saludo y la despedida. Como refiere Paul (1973), no se requerirá un culto mayor, resumen o síntesis final de la terapia, ni tampoco ninguna palabra final de consejo o enternecimiento.

Además de esto, Paul (1973) sugiere que la actitud del psicólogo clínico puede seguir siendo analítica y llena de tacto, sin disminuir la capacidad de respuesta en esta circunstancia especial, como lo es la última sesión.



Ejemplo 26 La última sesión (Paul, 1973)

Conviene que el psicólogo clínico manifieste al paciente que queda a su disposición en caso de necesidad, siempre que el tiempo y las circunstancias se lo permitan, le despedirá invitándole a consultar en momentos de estrés o alguna otra circunstancia adversa, y a someterse nuevamente a psicoterapia si así lo desea (Paul, 1973).

De esta forma, el final de la intervención psicoterapéutica no implica el fin de la relación entre el psicólogo clínico y el paciente, ya que se también se pueden establecer algunas sesiones de seguimiento (Fernández y Rodríguez, 2002, cit. En Cordero, 2006).

9. Discusión

A pesar de la importancia de la formación del psicólogo clínico en la iniciación de la psicoterapia, según Blum y Esparza (2009) consideran que no está presente algún programa certificado en el cual pueda iniciar su formación tanto en la teoría como en la práctica de forma integral, por lo tanto la experiencia que llega a adquirir es muy poca para el nivel de competencia que requiere esta profesión.

Existen una serie de actividades con el fin de contribuir a la iniciación en psicoterapia del psicólogo clínico, tal como las tutorías, la supervisión y las asesorías, sin embargo, el crecimiento en la demanda de los alumnos por cursar el área clínica en la Facultad de Psicología, ha dado como resultado que la formación se base en la teoría, dejando a un lado la práctica correspondiente, ya que muchas veces la práctica suele ser poca y sin el asesoramiento correspondiente (Blum y Esparza, 2009).

Si bien, durante la formación profesional del psicólogo, se le imparten algunas materias en las cuales puede conocer las teorías para llevar el proceso psicoterapéutico, en estas se le resta importancia la técnica para el trato con el paciente.

Es importante que el psicólogo clínico tenga presentes algunas consideraciones propias del proceso psicoterapéutico, que en muchas ocasiones no llega a conocerlas a través de la teoría, y las cuales a causa de un error técnico pueden atentar contra el proceso psicoterapéutico.

Para ser un buen psicoterapeuta se requieren años de experiencia, aunque no se tiene precisos cuantos, como referencia se pueden tomar 10 años en formación (Goldstein, 2001). Por otro lado es importante recalcar que entre mayor aprendizaje mayor será el nivel de perfeccionismo del psicólogo clínico.

Aunque la formación profesional del psicólogo en iniciación de la psicoterapia es importante, cabe destacar que el trabajo con las emociones de otras personas, implica que el psicólogo clínico también realice un análisis de su propia

experiencia y trabaje sus conflictos no resueltos, ya que esto humanizará el proceso psicoterapéutico (Valenzuela, 2011).

El trabajo psicoterapéutico, puede generar gran tensión a los psicoterapeutas en formación, ya que este trabajo es sumamente subjetivo y no existen normas específicas, por lo tanto los psicólogos clínicos en sus primeras intervenciones estarán más preocupados porque dicen o hacen, dejando de lado la observación del paciente, pero a lo largo de su formación irán adquiriendo experiencia y por consiguiente seguridad (Guy, 1995; Valenzuela, 2011).

Ya que la entrevista precede al proceso terapéutico, el psicólogo clínico debe tomar en cuenta una serie de modales y actitudes que debe adoptar, con el fin de crear un clima cálido y confortable para el paciente desde la primera sesión, incluso, si es el caso, el psicólogo se deberá mostrar cortes desde el momento que el paciente realice la llamada telefónica

A pesar de que la sesión de entrevista tiene como objetivo recabar información, el psicólogo clínico deberá rescatar únicamente la que es de mayor relevancia para comprender la problemática del paciente, y así iniciar el proceso psicoterapéutico (Rojí, 1997).

Tal como lo indica la teoría la entrevista terapéutica consta de 3 etapas: Etapa inicial o de apertura, etapa de obtención de información y la etapa de cierre, sin embargo casi no se menciona la necesidad de la preparación por parte del psicólogo clínico antes de la entrevista, es decir, revisar la poca o mucha información que tenga del paciente, ya sea que la haya obtenido a través de la llamada telefónica o por que algún otro terapeuta lo refirió, esto traerá demasiadas ventajas ya que no solo fortalecerá la alianza terapéutica también le permitirá al psicólogo clínico a no repetir información, además es importante; otro punto a señalar es que la tarea del psicólogo clínico durante la sesión de entrevista será que el paciente no se percate de la transición entre cada una de estas etapas, así como evitar hacer interpretaciones del material que le arroje el paciente, durante esta sesión se limitará a observar y registrar los datos (Rojí, 1997).

Si bien a los psicólogos clínicos en formación se les plantea que durante la entrevista deben formular preguntas ya que a través de ellas tendrán un panorama más amplio de la dinámica del paciente, poco se le comenta sobre el tacto y la calidez con que debe dirigirse al paciente (Paul 1973; Rojí, 1997; Ruiz y Villalobos, 1994).

Se puede apreciar que al pasar de los años, la psicoterapia ha tomado mayor fuerza y ha ido evolucionando en el estudio de la mente humana.

Debido a las diversas corrientes teóricas carece de una definición única, sin embargo la mayoría coinciden en que la psicoterapia es un tratamiento llevado a cabo por un profesional que hace uso de medios psicológicos para ayudar a resolver los problemas del paciente, dentro del contexto de una relación profesional (Kleinke, 1995).

A pesar de que el concepto de psicoterapia implica la ayuda por parte del psicólogo hacia el paciente para mejorar su calidad de vida o la resolución de sus problemas, es necesario mencionar que el psicólogo clínico se obtendrá de aconsejar al paciente, ya que lo que el psicólogo debe hacer es invitar al paciente a hacer un análisis de su problemática, ayudándolo por medio de técnicas, ya que de lo contrario el paciente generara dependencia hacia las instrucciones del psicólogo (Kleinke, 1995).

Por otro lado, el psicólogo clínico debe estar consciente de que no todos los pacientes son candidatos para llevar a cabo un proceso psicoterapéutico, aunque el campo de la psicoterapia actualmente este muy avanzado en ocasiones la problemática no se presta para llevar a cabo las técnicas para resolver su problema, por ejemplo: pacientes con graves problemas de juicio de realidad, en depresión severa e incluso pacientes con necesidad de ser medicados (Paul, 1973).

A medida que pasa el tiempo, el psicólogo clínico ira adquiriendo experiencia y por consiguiente ira construyendo su propia técnica de trabajo, es decir, definirá la

forma en que se dirigirá a sus pacientes con el fin de lograr sus propósitos terapéuticos (Paul, 1973), si bien en la teoría hace mención de los aspectos que involucra el uso técnica, solo podrá desarrollarla óptimamente a través de la experiencia en el consultorio frente a un paciente.

Debido a que el psicólogo clínico en formación carece del conocimiento de la importancia del silencio, cabe resaltar que no siempre es debido a la resistencia por parte del paciente; también el psicólogo clínico debe aprender a hacer uso de su propio silencio ya que le traerá grandes ventajas, una de ellas será para propia ayuda terapéutica y otra para poder realizar un análisis de lo comentado por el paciente, con esta técnica también podrá transmitirle comprensión y atención a su problemática (Manrique, 1982).

Aunque el concepto de psicoterapia enfatice en la interacción de dos personas con un fin común, que es el de resolver la problemática del paciente, el psicólogo clínico no debe olvidar que esta relación se diferencia de otras relaciones interpersonales ya que es de carácter profesional, delimitándola llevándola a cabo en un lugar y horario específico, con una determinada duración (Kleinke, 1995).

Por lo tanto, como es normal en una relación interpersonal, se llegaran a desarrollar sentimientos y/o emociones hacia la otra persona, esto no solo se dará en dirección paciente- psicólogo también viceversa, por lo cual el psicólogo clínico deberá tratar estos aspectos con especial atención ya que pueden traer consecuencias negativas en el proceso psicoterapéutico (Beitman y Yue, 2004; González, 2002).

En lo que respecta propiamente al proceso psicoterapéutico, muchas veces los pacientes tienen características que el psicólogo clínico en formación no conoce, ya que no aparecen ampliamente en la teoría y las va conociendo dentro del consultorio o espacio terapéutico y que sirven como análisis para conocer los recursos con los cuales cuenta el paciente, por eso la importancia de la práctica en el campo de la psicoterapia, ya que a través de la teoría no es posible conocer varios aspectos.

Como ya se ha mencionado el trabajo psicoterapéutico implica la interacción entre el psicólogo y el paciente, a pesar de no generar una relación amistosa, esta será dada en un contexto cálido, comprensivo y sobre todo neutral, este es un aspecto muy importante por parte del psicólogo clínico ya que él no dará sus puntos de vista o expresa abiertamente lo que piensa, siempre actuara basándose en el análisis de lo mencionado por el paciente (Goldstein, 2001).

Aunque el trabajo del psicólogo clínico no es darle instrucciones al paciente para darle solución a sus problemas, ya que esto puede llegar a generar dependencia por parte del paciente ya que no sabrá como actuar por sí mismo, sin embargo en ocasiones, es necesario guiar al paciente ya que sus habilidades para resolver el conflicto no le permite generar alternativas de solución, o bien la problemática que presenta se debe a la falta de información, por lo tanto el psicólogo clínico tomara el papel de instructor y le proporcionara al paciente la información que necesita para resolver su conflicto (Kleinke, 1995; Bulacio, 2006).

Aunque el psicólogo cuenta ya con experiencia, en ocasiones el proceso terapéutico puede verse sabotado por las resistencias generadas por el paciente, por lo tanto el psicólogo clínico en formación debe estar preparado y conocer las técnicas de intervención verbal para afrontar dichos episodios y así lograr el objetivo terapéutico.

Si bien es importante mencionar que desde que llega el paciente, el psicólogo clínico debe crear un clima propicio para que el desarrollo del proceso terapéutico sea optimo, hasta el último momento del proceso se debe mantener la metodología sin debilitar el marco de trabajo ya que el paciente en cualquier momento puede reanudar su proceso terapéutico.

El objetivo de este trabajo es ampliar el panorama del psicólogo clínico con interés de iniciarse en el campo de la psicoterapia, a partir de la información que se obtuvo, se observa la importancia de la formación integral del psicólogo clínico, ya que no solo requiere de formación en el aula, también requiere de formación en la práctica, ya que no siempre la teoría permite conocer todos los aspectos que

envuelve el proceso psicoterapéutico. Algunas de las limitaciones para llevar a cabo este trabajo se relacionan con la falta de información en cuanto a la interacción que debe tener el psicólogo clínico con el paciente, por lo cual fue necesario recurrir a la experiencia profesional de un terapeuta con varios años de formación, sin embargo es importante mencionar que a pesar de que un psicoterapeuta cuente con años de experiencia, en ocasiones la problemática o el discurso del paciente lo pueden llegar a sacar de su órbita y causar confusión. Por lo tanto es importante que el psicólogo este en constante aprendizaje.

Sería importante que las instituciones de formación profesional le brindaran mayor importancia a la práctica que al trabajo en aula, ya que la labor del psicólogo clínico es muy delicada al trabajar directamente con las emociones de seres humanos; donde la falta de conocimiento puede traer consecuencias bastante desagradables y perjudiciales para el paciente, aunque también para el terapeuta.

Conclusiones

La formación del psicólogo clínico requiere años de preparación por lo tanto se requiere que sea integral, es decir que tenga conocimientos de sí mismo, así como el trabajo de puntos ciegos a través de su análisis personal, de forma similar el conocimiento de diversos aspectos teóricos y de la técnica a través de la preparación y la experiencia para adquirir destrezas clínicas y poder enfrentar con mayor efectividad ante los problemas emocionales con los que se puede presentar el paciente.

La técnica es un conjunto de procedimientos que le permiten al psicólogo llegar a sus objetivos terapéuticos, entre ellos está el silencio y la escucha, cómo actuar frente a la catarsis, son herramientas relevantes que todo psicólogo clínico ha de desarrollar cuando realiza intervención terapéutica independientemente del tipo de tipo de corriente terapéutica que elija.

El trabajo con los pacientes implica la escucha continua de problemas emocionales los cuales de forma indirecta pueden generar diversos estados

emocionales como producto de esa interacción por lo tanto es necesaria la supervisión y el análisis personal.

El uso de la entrevista psicoterapéutica es una parte fundamental para el psicólogo clínico en la realización del diagnóstico y base para la intervención terapéutica, y ha de mostrar tacto y calidez para generar el encuadre observar y registrar los datos aportados por el paciente

Después del diagnóstico realizado al paciente, es importante conocer el nivel de intervención terapéutico a trabajar ya que puede ser enfocado hacia la información, la orientación, educación, consejería, psicoterapia, o bien el psicoanálisis

El psicólogo clínico no solo contará con formación profesional, también con ciertas características de personalidad tales como: empatía, calidez y tacto que le llevarán a un buen manejo del trabajo a desempeñar.

El psicólogo clínico y el paciente llegan a desarrollar emociones por la interacción dentro del consultorio, es importante trabajarlas ya que pueden intervenir en el proceso terapéutico.

El paciente puede mostrarse incongruente, voraz, desubicado, incluso insatisfecho, el psicólogo clínico con la ayuda de técnicas puede ayudar a encontrar una solución viable.

Cuando se habla del final de la terapia, el psicólogo clínico ya ha observado una mejoría notable en la problemática del paciente, el marco de trabajo no se debilitará porque es la etapa más delicada por el sentimiento de pérdida o separación en la vida del paciente.

El psicólogo clínico recibirá remuneración por su trabajo de diagnosticar y analizar la problemática emocional que aqueja al paciente y llevar a cabo las estrategias necesarias para fomentar a una mejor calidad de vida emocional.

REFERENCIAS

- Auron, F. (2009). El entretejido de los temores y terrores del terapeuta. En Fortes, J. (comp.). El terapeuta y sus errores: reflexiones sobre la terapia. México: Trillas.
- Ávila, A. (1994). Manual de Técnicas de Psicoterapia: un enfoque psicoanalítico. Madrid: Siglo XXI.
- Barragán, N., Heredia, C. y Lucio, E. (1992). Perfil del psicólogo clínico. En J. Urbina (Comp.) El psicólogo: Formación, ejercicio profesional y prospectiva (1º reimpresión). México: Facultad de Psicología UNAM.
- Beitman, B. y Yue D. (2004). Psicoterapia: Programa de Formación. México: Masson.
- Bernstein, D.A. y Nietzel, M.T. (1982). Introducción a la psicología clínica, México: McGrawhill.
- Bleger, J. (1985). Temas de psicología (entrevista y grupos). Buenos Aires: Ediciones Nueva visión.
- Botella, L. y Corbella, S. (2011). La alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a los largo del proceso terapéutico. Boletín de psicología, 101. Recuperado el 23 de abril de 2013 en <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N101-2.pdf>
- Bulacio, J. Uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. Recuperado el 13 de febrero de 2013 en http://www.fundacioniccap.org.ar/downloads/investigaciones/Poster_4_Uso_de_la_psicoeducacion_como_estrategia_terapeutica.pdf
- Carrón, R. (1990). Psicoterapia: relación y proceso. España: Amará Ediciones.

- Chemama, R. y Vandermersch, B. (2004). Diccionario de psicoanálisis. Buenos Aires: Amorroutu.
- Centro de Apoyo, Asociación Americana de Psicología (2012). Entendiendo la psicoterapia. Recuperado el 12 de agosto de 2012 en: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/ayudan.aspx>
- Cisneros, J. (2007). La contratransferencia en la psicoterapia de juego grupal. Tesis de licenciatura. México: UNAM.
- Coderch, J. (1987). Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica. Barcelona: Herder.
- Colegio Oficial de Psicólogos. Psicología clínica y de la salud. Recuperado 7 de diciembre en: <http://www.cop.es/perfiles/contenido/clinica.pdf>
- Compas, B. (2003). Introducción a la Psicología Clínica. México: McGrawHill
- Cordero, M. (2006). Cierre del proceso psicoterapéutico en pacientes con depresión. Tesis de licenciatura. México: UNAM.
- Cormier, S. & Cormier, W. (1994). Estrategias de entrevista para terapeutas: Habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Cormier, S. & Cormier, W. (2000). Estrategias de entrevista para terapeutas: Habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Cornejo, C. (2005). La contratransferencia: un instrumento o contrarresistencia en el proceso terapéutico. Tesis de licenciatura. Edo. De México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Corsi, J. (2005). Psicoterapia integrativa multidimensional. México: Paidós.

- Díaz, I. (1989). Técnica de la entrevista psicodinámica. México: Pax México.
- Esparza, E. y Blum, B. (2009). Evaluación del programa para optimizar la formación del psicólogo clínico. En revista de la educación superior. Recuperado el 18 de noviembre de 2012 en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-27602009000400006&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
- Feixas, G. y Miró, T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. (14° ed.) Barcelona: Paidós.
- Ferro, A. (2001). La sesión analítica: emociones, relatos, transformaciones. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen.
- Galimberti, U. (2002). Diccionario de psicología. Recuperado el 26 de abril de 2013 en http://books.google.com.mx/books?id=AE0ncv9XJV8C&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- García, M. (2011). Movimiento de integración en psicoterapia: desarrollo y panorama actual. Tesis de licenciatura. México: UNAM.
- Gendlin, E. (1999). El Focusing en psicoterapia: Manual del método experiencial. Barcelona: Paidós.
- Goldstein, W. (2001). Iniciación a la Psicoterapia. Madrid: Alianza Editorial.
- Gómez, M. (2009). Los horrores del terapeuta. En Fortes, J. (comp.). El terapeuta y sus errores: reflexiones sobre la terapia. México: Trillas.
- Guy, J. (1995). La vida personal del psicoterapeuta: el impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta. Barcelona: Paidós.

- Jiménez, A. (2004). Terapeuta de terapeutas en formación. En revista colombiana en psicología. Num. 013. Páginas 33-36. Recuperado el 18 de noviembre de 2012 en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/804/80401304.pdf>
- Kleinke, C. (1995). Principios comunes en psicoterapia. España: Desclée de Brouwer.
- Liemann, E. (2010). El escuchar como elemento esencial en la psicoterapia. *Psychologia: avances de la disciplina*. Vol. 4, N°1.:133-134. Recuperado el 24 de noviembre de 2012 en <http://revistas.usbbog.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/202/176>
- Limón, J., Saad, E. y Sánchez, G. (1992). El papel de la educación continua en la formación y actualización del psicólogo. . En J. Urbina (comp.) *El psicólogo: Formación, ejercicio profesional y prospectiva* (1° reimpresión). México: Facultad de Psicología UNAM.
- Martínez, P. (2011). Del motivo de consulta a la demanda en psicología. En revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol. 26, núm. 1. Recuperado el 22 de diciembre de 2012 en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021157352006000100004&script=sci_arttext
- Manrique, P. (1982). *Sistemas terapéuticos contemporáneos aplicados*. México: Trillas.
- Menninger, K. (1974). *Teoría y técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Psique.
- Martorel, M. (1997). *Entrevista y consejo psicológico*. Madrid: Síntesis.
- Nahoum, C. (1961). *La entrevista psicológica*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Oblitas, L. A. (2008). *Psicoterapias contemporáneas*. México: Cengage Learning.

- Paul, I. (1973). Cartas a un joven terapeuta: Sobre la conducción de la psicoterapia. Buenos Aires: Amorrortu.
- Pérez, A. (2011). Ser terapeuta. 30 años navegando en mundos ajenos. Colombia: Manual Moderno.
- Recuperado el 26 de abril de 2013, del sitio web Definicion.de: <http://definicion.de/culpa/>
- Recuperado el 26 de abril de 2013, del sitio web de la Enciclopedia Salud: <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/sentimiento-de-culpa>
- Recuperado el 9 de noviembre de 2012, del sitio web de la Facultad de Psicología, UNAM: <http://www.psicologia.unam.mx/pagina/es/247/plan-de-estudios-2008>
- Recuperado el 12 de enero de 2013, del sitio web de la Facultad de Psicología, UNAM: <http://www.psicologia.unam.mx/pagina/es/280/programa-unico-de-especializaciones-en-psicologia>
- Ruiz, M. y Villalobos, A. (1994). Habilidades Terapéuticas. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Safran, J. y Muran, C. (2005). La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Singer, E. (1969). Conceptos Fundamentales en Psicoterapia. México: Fondo de Cultura Económica.
- Rojí, M. (1991). La entrevista terapéutica: comunicación e interacción en psicoterapia. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Romero, G. y Ruiz, M. (2012). Teoría y técnica de la entrevista en hombres generadores de violencia contra la mujer. Tesis de licenciatura. México: UNAM.

- Sánchez, Y. (2007). La solución de problemas como un campo de concurrencia de distintas teorías en psicología. Revista Colombiana de Psicología No. 16. Recuperado el 26 de abril de 2013 en <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1012>
- Valenzuela, A. (2011). Importancia de la supervisión psicoterapéutica en la formación del psicólogo clínico. Tesis de maestría. México: UNAM.
- Vélez, P. y Alveiro, D. (2008). El proceso de terminación en psicoterapia de tiempo limitado: aspectos clínicos y técnicos.