



Factores comunes en psicoterapia

Mónica Olanan Alday (BAPE-2) eta Inés Susín Arregui (BAPE-R)

Vamos a hablar de principios terapéuticos que parecen ser compartidos por todos los psicoterapeutas (factores comunes en las psicoterapias) y de las variables que influyen en el cambio terapéutico.

PRINCIPIOS TERAPÉUTICOS COMUNES

- **INTERCAMBIO DE PAGO POR SERVICIO:** los clientes o pacientes pagan a los terapeutas por un servicio (o lo que Szasz llama “promesa”). Por tanto, este servicio tiene que ser negociado y el cliente tiene que saber lo que puede y no puede esperar (Consentimiento informado), ya que el cliente compra un servicio y tiene derecho a saber qué es lo que está pagando. Información a recibir:

- explicación de los procedimientos terapéuticos y sus propósitos
- rol del terapeuta y sus cualificaciones profesionales
- incomodidades o riesgos potenciales. La terapia implica hablar acerca de recuerdos y experiencias dolorosas, y puede engendrar sentimientos de ansiedad, tristeza y enfado. Señalar que el terapeuta les apoyará en estas experiencias
- se pueden esperar beneficios razonables
- posibles alternativas a la terapia
- los clientes pueden retirarse de la terapia
- límites de la confidencialidad

-**OFRECER CONSEJO:** En general, los terapeutas evitan dar consejos a sus clientes, excepto en alguna ocasión que puede ser adecuado:

- ¿Por qué evitan ofrecer consejo?
 - Cuestión ética: es ético que el clínico presuma saber qué es lo mejor para su cliente?
 - Fomentar autonomía: evitar que el cliente dependa de la “sabiduría” del terapeuta y puedan pensar por ellos mismos
 - Habitualmente no funcionan. El entorno social le puede dar consejos, no necesita pagar a un terapeuta para ello.
- Cuándo pueden dar consejo: Cuando se ha acordado un curso de acción y el cliente está dispuesto a aceptar las sugerencias del terapeuta. Por ejemplo, proporcionar al cliente varios tipos de referencias o sugerencias acerca de cómo alcanzar las metas en las que este último se ha comprometido (“prescripción de una acción”)

-**AMPLIAR LA VISIÓN DEL MUNDO DEL CLIENTE:** Cuando los clientes 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 clientes a contemplar sus problemas desde una nueva perspectiva y ser conscientes de respuestas de afrontamiento que, o bien no han considerado, o bien nunca imaginaron que fueran posibles. Los clientes en psicoterapia aprenden a atribuir nuevos significados a los acontecimientos que están causando sus problemas.



“Todos los esfuerzos psicoterapéuticos, independientemente de su forma, se mueven en el reino de los significados. Todas las psicoterapias se apoyan en el hecho de que el pensamiento, los sentimientos y el comportamiento humano están en gran parte guiados por las creencias que tiene la persona acerca de la realidad, es decir, los significados que atribuye a los acontecimientos o experiencias, y no sus propiedades objetivas” Frank.

Esto tiene que ver con el mundo de creencias del cliente (Esquemas, esquema del yo, esquema interpersonal...). Ejemplo de esquema interpersonal: “ser suspicaz y retraído (o agresivo) debido a que las otras personas son potencialmente dañinas”

Los problemas ocurren cuando los esquemas de las personas son rígidos y les impiden adaptarse con flexibilidad a varios tipos de situaciones. La terapia permite al cliente experimentar sus esquemas, decidir si responde a sus intereses y experimentar estilos alternativos de percibirse e interactuar con otros.

-AYUDAR A LOS CLIENTES A RECAPITULAR CONFLICTOS GENÉRICOS: Relacionado con el proceso de transferencia descrito por Freud (transferir conflictos no resueltos en la infancia al terapeuta), concepto ampliado actualmente para incluir la transferencia de sentimientos y pautas de actuación no solo provenientes de conflictos infantiles con los padres, sino también con otras personas significativas en el curso de la vida.

Mientras que cliente y terapeuta enfocan su atención en aspectos y problemas del cliente, tiene lugar un proceso interpersonal en el que los clientes se comportan con el terapeuta de la manera que han aprendido a hacerlo con otras personas significativas de su vida. La tarea del terapeuta es evitar responder a los clientes de una manera predictiva, de tal forma que el cliente experimente, en su relación con el terapeuta, una manera nueva y más satisfactoria de respuesta.

- Estilo dependiente: ayudar a comportarse de forma independiente
- Estilo obsesivo: fomentar espontaneidad
- Estilo desafiante y exigente: no ira, comprensión, ayuda a ser más diplomático
- Baja autoestima: no cuidar y proteger, ayudar a reconocer las propias competencias

-ESTABLECER UNA EXPERIENCIA EMOCIONAL CORRECTIVA: Concepto introducido por Alexander y French (1946) para explicar el objetivo central de la terapia “exponer de nuevo al paciente, bajo circunstancias más favorables, a situaciones emocionales que no pudo resolver en el pasado” “es la oportunidad de experimentar la interacción con otra persona, sin las consecuencias temidas o con resultados contradictorios a los anticipados, lo que produce el cambio”. El proceso de la experiencia emocional correctiva implica:

- Una relación terapéutica segura
- Empatía del terapeuta: valida el sentido de uno mismo; experiencia única (aceptación incondicional)
- Re-experimentar en el aquí y ahora
- Responder de una manera diferente de lo que espera el cliente

Ejemplos de intentos del terapeuta de ofrecer procesos interpersonales nuevos:

- El cliente que espera ser culpado, es aceptado como persona valiosa
- El paciente que espera que su ira y suspicacia sea respondida con hostilidad, recibe comprensión
- El cliente que espera ser rechazado por su pasividad, encuentra que el terapeuta tiene fe en su potencial

-PROMOCIÓN DE EXPECTATIVAS POSITIVAS: El hecho de que los clientes se desenvuelven mejor en la terapia cuando tienen expectativas positivas está bien documentado en la investigación experimental, y promover dichas expectativas es un objetivo principal en todos los acercamientos psicoterapéuticos.

Algunos métodos utilizados para generar expectativas positivas son:



- Reforzar la demanda de terapia: hacerle ver al paciente que el hecho de haber dado el paso para solicitar terapia indica que se preocupan de si mismos y que creen que la terapia les puede ayudar, y que es una prueba de que están motivados para buscar solución a sus problemas
- Preparar al cliente para la terapia: El abordaje elegido debe ser aceptado por el cliente. El terapeuta debe destinar tiempo y esfuerzo para explicar el proceso terapéutico en un lenguaje que el cliente pueda entender. Atender a las creencias del paciente y a su visión del mundo
- Inculcar expectativas realistas: metáfora “carretera: puede haber baches, pendientes pronunciadas, semáforos, señales de stop, muchas curvas...antes de llegar al destino”
- Acentuar la responsabilidad del cliente: estimular una postura activa y autodependiente.
- Proporcionar alivio a los síntomas: la experiencia, aunque temporal, de alivio de problemas o emociones desagradables, puede inducir expectativas de éxito en el paciente y animarle a continuar.
- Desarrollar una relación terapéutica positiva

-PERMITIR EXPERIMENTAR EMOCIONES: La terapia no es solo un ejercicio intelectual en el que el paciente habla y analiza sus problemas, sino que también *siente*. La experimentación de emociones en terapia implica seis procesos:

- Reconocimiento: centrar la atención en si mismo y ser sensible a lo que su cuerpo, imágenes y pensamientos les dice. El terapeuta lo promueve transmitiendo interés, aceptación y confianza.
- Creación de un significado: Reconocer las emociones de uno mismo da un sentido más claro al autoconocimiento. Para conocernos realmente, necesitamos sentir, y no solo tener un conocimiento intelectual de nuestras necesidades y deseos.
- Activación: No hablar de emociones de forma abstracta, sino experimentarlas en terapia.
- Toma de responsabilidades: Sus sentimientos les pertenecen. Aprender cómo se precipitan y moderan por el ambiente, sus comportamientos y cogniciones.
- Modificación de respuestas afectivas disfuncionales: sustituir emociones secundarias e instrumentales por respuestas emocionales más adaptativas
- Expresión de sentimientos en la relación terapéutica: Aprender los beneficios de expresarse de manera abierta y franca con personas de confianza. Conseguir que los sentimientos de uno sean aceptados y reconocidos es una experiencia correctiva.

-EJERCER UNA INFLUENCIA SOCIAL: La mayoría de los psicoterapeutas reconocerían que es imposible ser completamente neutral hacia el paciente. Debido a que la meta es “ayudar al paciente a cambiar”, las interacciones incluyen cierta cantidad de influencia social:

- Condicionamiento operante: ignorando, reforzando o desafiando de manera selectiva ciertos temas, comportamientos y tópicos durante la conversación (por ejemplo, Carl Rogers tendía a comunicar mayor empatía y aceptación cuando el paciente mostraba auto-exploración e insight, mientras que adoptaba una actitud muy directiva y poco empática cuando el paciente era ambiguo)
- Modelado: el terapeuta sirve como modelo de la realidad y del comportamiento adulto.

-PROMOVER LA PRÁCTICA DE NUEVAS COMPETENCIAS: Un proceso importante para la terapia implica ofrecer a los clientes la oportunidad de practicar nuevas competencias. Nuevas formas de comportarse, pensar y sentir son puestas en práctica, primero en la terapia, y posteriormente en la vida del cliente.

METAS TERAPÉUTICAS FUNDAMENTALES



Las metas específicas en la psicoterapia dependen de los problemas y deseos específicos del cliente. Ahora bien, existen algunas metas que son relevantes a casi todas las relaciones psicoterapéuticas:

-SUPERAR LA DESMORALIZACIÓN Y GANAR ESPERANZA: La desmoralización de los pacientes está caracterizada por sentimientos de incompetencia, baja autoestima, alienación y desesperanza. Las manifestaciones más comunes de la desmoralización son ansiedad, soledad y depresión. Por ello, una meta principal es ayudar a los pacientes a superarla y a ganar una sensación de esperanza. La esperanza tiene dos componentes:

- Sensación de fuerza, energía y determinación para alcanzar las propias metas
- Sensación de confianza en las propias competencias y en la capacidad de uno mismo para encontrar un camino adecuado que permita alcanzar las metas deseadas.

-FOMENTAR LA COMPETENCIA Y AUTOEFICACIA: Según diferentes autores, fomentar la sensación de capacitación; aceptación y ejercicio progresivos de la libertad humana; sensación de dominio; promover la adquisición de autocontrol... La autoeficacia hace referencia a la percepción de que uno tiene la habilidad de ejecutar comportamientos particulares que son necesarios para dominar los desafíos de la vida.

Tiene una influencia importante sobre las cogniciones, la motivación y el estado de ánimo de las personas:

- Cognición: inspira a establecer metas significativas porque se tiene la fe en poder alcanzarlas. Consciente de sus fortalezas y debilidades.
- Motivación: genera persistencia, perseverancia y paciencia.
- Estado de ánimo: menor propensión a reaccionar ante los desafíos de la vida con ansiedad o depresión

Algunas sugerencias para promover autoeficacia en el paciente son:

- Enseñar a obtener placer en los pequeños logros
- Enseñar a concederse el crédito de sus logros
- Enseñar a percibir la autoeficacia como parte de su identidad
- Enseñar a tener expectativas realistas

-SUPERAR LA EVITACIÓN: Detrás de muchos de nuestros problemas está la evitación. Desarrollamos estilos de afrontamiento que nos protegen de ansiedades, temores y situaciones desagradables que a menudo son condiciones esenciales e inevitables de la vida. La evitación puede ser una estrategia de afrontamiento útil con problemas que no tienen consecuencias a largo plazo, pero no es buena estrategia ante problemas que no van a desaparecer a no ser que hagamos algo al respecto.

-SER CONSCIENTE DE LAS IDEAS ERRÓNEAS (creencias irracionales): Algunos ejemplos son:

- Depresivos: “no tengo nada que ofrecer, los demás me rechazarán” “no puedo esperar nada de la vida”
- Obsesivos: “debo ser ordenado, preciso y perfecto en todo lo que hago” “debo depender de la lógica e ignorar mis sentimientos”
- Histriónicos: “no puedo tolerar las frustraciones” “soy más efectivo cuando flirteo, soy seductor o dramático”
- Paranoides: “debo estar constantemente en guardia contra las personas porque pueden hacerme daño” “si no me preocupo de mi nadie lo hará” “el mundo es peligroso, debo tener cuidado de lo que digo o hago”

-ACEPTAR LAS REALIDADES DE LA VIDA:

- El mundo tiene aspectos buenos y malos
- Algunas de nuestras demandas hacia los demás no podrán ser nunca satisfechas



- Necesitamos aprender a gratificarnos por nuestros logros, en lugar de depender solo del reconocimiento de los demás
- La vida nos depara frustraciones, tensiones y privaciones que son imposibles de evitar
- La separación es dolorosa
- Es difícil evitar el hecho de que algunas personas tengan autoridad sobre nosotros
- Somos responsables de nuestros actos

-LOGRAR INSIGHT: Tomar conciencia de por qué funcionan como funcionan. Los clientes necesitan examinar sus estilos de relación hacia otras personas y sus formas de afrontar las demandas y desafíos de sus vidas, y preguntarse si estos estilos responden a sus intereses y les están encaminando hacia donde quieren llegar.

VARIABLES INESPECÍFICAS EN PSICOTERAPIA

En 1980, Garfield plantea que el cambio terapéutico se relaciona con aspectos del paciente, del terapeuta, y de la relación que se establece entre ambos. Esta idea se plasmó en el desarrollo de una nueva línea de investigación en psicoterapia: la investigación de las variables inespecíficas del tratamiento.

VARIABLES DEL PACIENTE:

Variables pre-existentes en el paciente, esto es características individuales. La investigación de los factores pre-existentes en los pacientes ha intentado determinar qué características de éstos estarían relacionadas con los resultados positivos o negativos de un proceso terapéutico.

Señalar que, en la medida que el objeto de estudio son las características de los pacientes, y que cada uno presenta características únicas, resulta difícil establecer comunalidades y distinguir variables de factores explicativos generalizables a cualquier paciente, que se relacionen con los resultados psicoterapéuticos. Por esta razón, la mayoría de los hallazgos no presenta la suficiente evidencia como para ser confirmados en términos concluyentes.

Variables frecuentemente estudiadas:

1. **Variables demográficas:** Son el sexo, la edad y el nivel socioeconómico. No parece haber una relación directa entre estas variables y los resultados psicoterapéuticos, sino que estarían indirectamente relacionadas. Algunos autores han encontrado lo siguiente:

- **Género:** Solo en algunas circunstancias habría que tenerlo en cuenta (víctimas de violación, terapeuta mujer)
- **Edad:** A igualdad de circunstancias, los jóvenes mejores candidatos, por ser más flexibles y tener las costumbres menos arraigadas (evidencia débil)
- **Educación y nivel socioeconómico:** mayor nivel, mayor permanencia en el tratamiento y actitudes hacia la ayuda más positivas (resultados controvertidos)

2. **Diagnóstico clínico:**

- **Características de personalidad y estilo de funcionamiento:** No existe acuerdo en relación a cuáles son los elementos más importantes en este punto. Algunos hallazgos son:
 - Los que mayor mejoría presentan son los que al inicio de la terapia se construyen de forma más negativa
 - Relacionado con éxito en la terapia: inteligencia, habilidad para producir asociaciones, flexibilidad, variedad de intereses, sensibilidad al ambiente, profundidad de los sentimientos, nivel de energía, grado de integración del yo, fuerza del yo, estrés y productividad verbal



- Locus de control: interno, mejor con terapias no directivas; externo, mejor con terapias no directivas
 - Estilo defensivo y reactancia: externalizador y baja reactancia mejor con terapias conductuales; interno y alta reactancia mejor con terapias que favorecen el insight
 - **Tipo de perturbación:** variable más consistentemente relacionada con los resultados del tratamiento (nivel inicial de perturbación psicológica)
 - Perturbaciones afectivas y conductuales leves mayor mejoría.
 - Perturbaciones más graves: peores resultados (puntuaciones altas en paranoia y esquizofrenia en MMPI escasos índices de mejoría)
 - **Complejidad de los síntomas:**
 - Síntomas circunscritos o monosintomáticos: terapia de conducta
 - Multisintomatología: terapia de insight
3. **Expectativas:** Las creencias o expectativas acerca de la terapia con las que el paciente llega pueden influir en los resultados y en la mejoría percibida por los pacientes. Las expectativas afectan a la duración del tratamiento, a la deserción del paciente y a los resultados del tratamiento.
4. **Disposición personal:** Se ha observado que los consultantes que tienen una disposición negativa a la situación de tratamiento obtienen resultados pobres, por el contrario, la disposición positiva al tratamiento y al cambio favorece el logro de resultados exitosos. Además, se ha visto que cuando las personas son forzadas a consultar, ya sea de forma abierta o sutil, rara vez se benefician de la experiencia o abandonan el tratamiento.

VARIABLES DEL TERAPEUTA

La psicoterapia tiene lugar dentro de una relación interpersonal. Ello explica que el resultado terapéutico satisfactorio dependa, tanto de las competencias interpersonales del terapeuta, como de su dominio técnico.

Lambert (1989) concluye que las competencias y características personales del terapeuta tienen un efecto ocho veces mayor en el resultado de la psicoterapia que la orientación teórica o técnicas dentro de ésta.

Strupp (1984) afirma que la personalidad y habilidad técnica de los terapeutas están “entrelazadas inextricablemente” y que “reflejan la totalidad de la personalidad del terapeuta y su experiencia profesional”. También defiende que aunque el conocimiento técnico del terapeuta no deja de ser importante, solo puede ser considerado una ventaja una vez que terapeuta y cliente hayan creado una alianza de trabajo favorable.

Algunas de las características del terapeuta que se han investigado son:

-Actitud:

Stump plantea que el terapeuta debe tener una actitud tal que favorezca un clima terapéutico que posibilite el cambio. Para ello, su actitud debe incentivar la autoexploración del paciente, debe ser de respeto, aceptación, comprensión, calidez y ayuda. Implica no criticar, no juzgar ni reaccionar emocionalmente ante las provocaciones, lo que crea una atmósfera positiva.

Gran parte de los estudios acerca de la actitud que debe tener el terapeuta para favorecer el cambio han sido realizados por la Escuela Rogeriana. Rogers planteó como condiciones necesarias y suficientes para promover el cambio eran una actitud terapéutica caracterizada por empatía, calidez, aceptación incondicional y autenticidad o congruencia.



“El terapeuta ideal es, por encima de todo, empático... y el grado de empatía presente en los inicios de la relación, permite prever el resultado final del tratamiento” Rogers, 1957.

- **Consideración positiva incondicional hacia el cliente:** Actitud de total respeto y aceptación de las vivencias del cliente. No supone estar de acuerdo.
- **Empatía:** Actitud esforzada del terapeuta por apreciar y comunicar al cliente la comprensión de los sentimientos y significados que expresa. El terapeuta entra en el mundo perceptual del paciente y lo entiende tal y como éste lo entiende.
- **Autenticidad o congruencia:** Autenticidad en la actitud del terapeuta. Proviene del reconocimiento de que la empatía, para ser efectiva, tiene que ser genuina y real. El terapeuta es auténtico cuando se da la coincidencia entre lo que dice, hace y siente.

Si bien ha quedado demostrado que las características actitudinales mencionadas por Rogers son necesarias para el éxito terapéutico, éstas no son suficientes.

El éxito terapéutico está relacionado con las percepciones del paciente de las actitudes del terapeuta, y no por la intención o conducta real de éste. Además, la creación de una buena alianza terapéutica, fomentada por la empatía, la congruencia y la aceptación, está estrechamente relacionado con los resultados.

“La actitud del terapeuta debe asegurar el establecimiento de una adecuada alianza terapéutica, y promover un clima psicológico de calidez y seguridad, que pueda llegar a modificar la noción de yo del paciente, debilitando la negación y permitiendo el insight creciente de las experiencias simbolizadas” Lerner, 1974

-Personalidad:

Diversos autores enfatizan las características de personalidad del terapeuta como uno de los elementos importantes en el éxito o fracaso de un tratamiento.

El terapeuta debe tener una personalidad madura, evidenciar un alto nivel de autoconocimiento y debe tener sus necesidades básicas satisfechas, para lograr resultados terapéuticos positivos (Strupp, 1978)

La efectividad terapéutica también está en función de la salud mental del terapeuta. Terapeutas más sanos, con menos conflictos y escasamente patogénicos, tienen mayor éxito en terapia que aquellos menos sanos, con más conflictos y más patogénicos.

-Nivel de experiencia:

En la actualidad, el avance en la investigación ha permitido “manualizar” los modelos terapéuticos de forma que el nivel de competencia en la aplicación de las técnicas ha mostrado tener una relación positiva con el éxito de la terapia. El nivel de competencia no depende tanto de las cualidades personales del terapeuta, sino de su formación y práctica en el manejo de las técnicas psicoterapéuticas.

Existen estudios en los que se ha encontrado una relación directa entre edad y experiencia del terapeuta y su estilo comportamental. A mayor edad y experiencia, los terapeutas tenderían a actuar con más empatía y exploración (altamente relacionado con los cambios positivos).

La diferencia entre los terapeutas inexpertos y los experimentados está en que los primeros adopta solo esporádicamente actitudes confrontacionales e interpretativas y en que los segundos, presentan mayor tolerancia hacia las expresiones de emociones negativas que los principiantes.

-Habilidades:

Si bien cada técnica o enfoque en particular requiere habilidades y conocimientos específicos, es posible identificar un conjunto mínimo de habilidades que cualquier terapeuta debe poseer. Según Brammer (1979) algunas de estas habilidades son: capacidad de atender y escuchar y habilidades de guiar, reflejar, confrontar, interpretar, informar y resumir.

Competencias deseables en el terapeuta (revisión general):



PROXIMIDAD: Los terapeutas próximos transmiten a sus clientes que comprenden y están en contacto con lo que están diciendo. A través de comportamientos verbales y no verbales, transmiten la idea de que “estoy comprometido contigo, interesado en lo que dices y dispuesto a escucharte”

Ser próximo requiere las siguientes competencias:

1. Habilidad para atender a lo que el cliente está intentando comunicar
2. Motivación para desarrollar una relación íntima con el cliente
3. Energía para responder al ritmo “demandado” por el cliente
4. Habilidad para identificarse con el marco de referencia del cliente
5. Estar entrenado en competencias básicas de entrevista

Algunos de los comportamientos no verbales que merecen una atención por parte del terapeuta son *mirar fijamente, las expresiones faciales y la postura corporal*. Por lo general, hablar, mantener el contacto visual, sonreír, inclinarse hacia delante y una postura corporal abierta comunican sentimientos de interés y entrega hacia la otra persona. No obstante, es obvio que el comportamiento no verbal del terapeuta tiene que estar en consonancia con el clima de la terapia y el contexto de lo que está ocurriendo. Lo importante no es la *cantidad* de comportamiento no verbal próximo utilizado, sino la *congruencia* de tales comportamientos con la emoción presente en la sesión de terapia.

COMPETENCIAS VERBALES: Se han identificado una serie de competencias verbales cuyo dominio es de gran utilidad para los estudiantes de psicoterapia.

1. **Tanteo:** Pregunta que formula el terapeuta para obtener mayor información
2. **Clarificación:** Pregunta utilizada para obtener mayor claridad acerca de lo que el cliente está diciendo. Se utilizan para:
 - a. Estimular a los clientes a elaborar su discurso
 - b. Confirmar con el cliente que se está comprendiendo su mensaje
 - c. Comprender mejor frases vagas o confusas
3. **Paráfrasis:** Reformular las frases del cliente de manera que le comunique que le ha entendido. Con sus propias palabras.
4. **Reflejo:** Reformulación de la emoción o afecto presente en una frase del cliente
5. **Ofrecer información:** Cuando la falta de información está comprometiendo la capacidad del cliente para tomar una decisión informada. Salirse del rol de terapeuta.
6. **Confrontación:** Para identificar mensajes confusos o contradictorios en el cliente y para explorar formas alternativas de percibir o interpretar situaciones problemáticas. Deben darse de una manera cálida y de apoyo. Los terapeutas deben “ganarse” el derecho a confrontar a sus clientes mediante el establecimiento de una sólida alianza de trabajo. Si las confrontaciones se hacen prematuramente, con demasiada fuerza o sin una sensación de apoyo, es probable que los clientes reaccionen defensivamente:
 - a. Desacreditando al terapeuta
 - b. Persuadiendo al terapeuta de que se equivoca
 - c. Quitando importancia a la cuestión
 - d. Buscando apoyo en otro lugar
 - e. Estando de acuerdo en lo superficial, pero sin tomarse la confrontación en serio
7. **Interpretación:** Para ayudar a los clientes a buscar significado y comprender los sentimientos, pensamientos y comportamientos. Ayudan a contemplar los problemas desde una perspectiva diferente. Criterios para realizar interpretaciones efectivas: momento oportuno, dosis mínima, detalle concreto y enfoque individual. Peligro:
 - a. A menudo conllevan una cualidad acusadora o peyorativa (Rogers)



- b. Colocan al terapeuta en el rol de “experto”
 - c. Pueden promover una manera intelectualizada de evitar el aquí y el ahora
 - d. Pueden llevar a la defensión del paciente
8. **Recapitulación:** Para ofrecer un encuadre y estructurar la sesión. También sirven para identificar temas comunes y para revisar el progreso.
9. **Preguntas:** Pueden ser utilizadas para 4 propósitos generales dentro de la terapia:
- a. Preguntas lineales: Obtener hechos dentro del aquí, ahora, qué y por qué
 - b. Preguntas circulares: Explorar cómo se relacionan los problemas del cliente con su vida. Identificar pautas y conexiones entre problemas y estilos de afrontamiento, formas de pensar y relaciones interpersonales
 - c. Preguntas estratégicas: Intentar influir o corregir al cliente en algún sentido. Desafiar a los clientes para que cambien sus comportamientos o formas de pensar. Ojo, riesgo de que se ponga a la defensiva
 - d. Preguntas reflexivas: Intentar ayudar a los clientes a ver su problema con una luz distinta. Facilitar una nueva perspectiva.

EL PODER DEL HUMOR: El humor es una estrategia de afrontamiento de gran utilidad, y los terapeutas pueden ayudar en ocasiones a sus clientes enseñándoles cómo usarlo. Varios han sido los autores que han destacado el poder del humor:

Freud: *“el más elevado de los mecanismos de defensa”, “nos permite ante el estrés decir, pues vaya!, si esto es todo lo que este aparentemente mundo peligroso me depara, es un juego de niños, esto es solo una payasada!”*

Allport: *“el neurótico que aprende a reírse de si mismo puede estar en el camino de la autogestión, y tal vez en el de la curación”*

Szasz: *“huye del psicoanalista que analiza los chistes en lugar de reírse de ellos”*

Una revisión de la literatura especializada sobre salud y humor sugiere las siguientes conclusiones acerca del valor del humor como competencia de afrontamiento:

- Las personas con buen sentido del humor son menos propensas a reaccionar con humor negativo y disforia ante experiencias estresantes
- Es un método eficaz para afrontar emociones negativas como ira, tristeza y depresión. Es más probable que las personas que carecen de sentido del humor sean más pasivas y que permitan que sus emociones negativas les controlen.
- Las personas con buen sentido del humor tienen más posibilidades de tener buena salud física. Menores índices fisiológicos de estrés y funcionamiento inmune positivo.

El tipo de humor que aparece como más saludable es una forma suave y autodirigida de broma, que contrasta con la forma menos saludable de sarcasmo y hostilidad.

COMUNICACIÓN: Dos competencias lingüísticas utilizadas por los terapeutas para comunicarse con los clientes son:

- **El lenguaje de la metáfora:** Pueden ser contempladas como “instrumentos cognitivos” que crean analogías o conexiones no reconocidas hasta ese momento”. Permiten a los clientes contemplar sus problemas desde una perspectiva desconocida. Las metáforas pueden comunicarse en la terapia mediante la reformulación de sentimientos, experiencias o problemas, o mediante el empleo de anécdotas, parábolas e historias breves.

La investigación sugiere que las metáforas pueden ser a veces más eficaces que el feedback directo.



- **El lenguaje de la paradoja:** Se emplea por las siguientes razones: Por un lado, los terapeutas adoptan un rol de persuasor al intentar convencer a sus clientes de que asuman riesgos y realicen cambios; por otro, dado que las personas son reactivas por naturaleza, se resistirán a los intentos de persuasión de los otros. Por lo tanto, los terapeutas utilizan el lenguaje paradójico para persuadir al cliente mientras sostienen la ilusión de que el cliente elige.

LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

DEFINICIÓN

-Gelso y Carter (1985): Los sentimientos y actitudes que los participantes en el “counseling” tienen entre sí, y su manera de expresión.

-3 niveles de relación con el cliente:

- Alianza de trabajo:
- Transferencia
- Intercambio interpersonal

ALIANZA DE TRABAJO: La investigación nos demuestra que la calidad de la alianza de trabajo está vinculada con el resultado terapéutico. La calidad de la alianza terapéutica determina la capacidad del cliente de trabajar con un propósito en la sesión de terapia.

La alianza de trabajo no causa en sí misma el cambio, pero es un prerrequisito necesario para que tenga lugar el proceso terapéutico.

Según Bordín, se compone de 3 elementos:

- **Tareas:** son las responsabilidades asumidas por el terapeuta y el cliente, que llegan a un acuerdo sobre sus roles respectivos con el convencimiento de que éstos son importantes y merecen la pena.
- **Metas:** Objetivos acordados de antemano y resultados de la terapia.
- **Vínculo:** representa la cercanía de la relación existente entre terapeuta y cliente. Incluye aspectos como la confianza, la aceptación y la confidencia mutua.

TRANSFERENCIA: Repetición de conflictos pasados con personas significativas. El desafío del terapeuta es ayudar al cliente a resolver los conflictos que está reviviendo con el terapeuta al responderle de una manera nueva y diferente.

INTERCAMBIO INTERPERSONAL: Parte personal de la relación en la que clientes y terapeutas comparten sus sentimientos. Tiene lugar cuando cliente y terapeuta comunican sus experiencias en el aquí y ahora a medida que trabajan por la consecución de metas comunes.

EL PODER DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Una de las contribuciones notables realizadas por Carl Rogers fue definir el poder de la relación terapéutica para ayudar a los clientes a realizar cambios en sus vidas. Según Rogers, los 3 ingredientes de una relación de ayuda eficaz son:

-**AUTENTICIDAD:** Entrega sincera. No están sesgados por sus propios sentimientos, valores o necesidades. Compuesta por 4 elementos:

1. **Comportamiento de rol:** El terapeuta se siente cómodo en su rol. No utiliza su “sabiduría” para dominar o situarse emocionalmente distante del cliente



2. Congruencia: Las palabras y comportamientos no verbales del terapeuta están en consonancia con los sentimientos compartidos con el cliente. Resonancia.
3. Espontaneidad: El terapeuta se expresa con naturalidad
4. Apertura: Terapeuta cercano al cliente. Abierto a compartir con él su aquí y ahora

-EMPATÍA:

Gladstein distingue entre dos tipos de empatía:

1. Empatía cognitiva: Percibir el mundo desde el punto de vista del cliente. Capacidad de comprender su manera de pensar y de responder a los acontecimientos de la vida.
2. Empatía afectiva: Predisposición del terapeuta para sentir las emociones del cliente. Límites, si el terapeuta experimenta demasiado contagio emocional, la terapia se estancará.

-ACEPTACIÓN POSITIVA INCONDICIONAL:

La aceptación positiva incondicional significa “Yo estoy de tu parte y te valoro como persona, mi propósito no es juzgarte, sino estar contigo mientras buscas nuevas formas de actuar, pensar y sentir. Tus altibajos no van a influir sobre mi compromiso contigo, y en el fondo sé que puedes conseguirlo”.

Recibir aceptación positiva incondicional es un acontecimiento tan singular que en muchas ocasiones supone de por sí una experiencia correctiva. Strupp describe el elemento correctivo de la siguiente manera:

“La actitud del terapeuta es respetuosa, de aceptación, no evaluativa, no condenatoria, no crítica y por consiguiente invariablemente contraria a las experiencias que el paciente ha tenido con otros adultos significativos para él en momentos anteriores de su vida. El terapeuta, a diferencia de personas significativas en la vida pasada y presente del paciente, minimiza sus emociones, sentimientos y necesidades y maximiza las del paciente. Normalmente, por primera vez en su vida el paciente tiene la experiencia singular de oírse y experimentarse a sí mismo. El mensaje que se da al paciente es el de la simple aceptación y el reconocimiento de su valía como ser humano, independientemente de los síntomas y características de personalidad acerca de las cuales el paciente y otros (incluyendo al terapeuta) pueden tener reticencias. De esta manera, el terapeuta ayuda al paciente a lograr una mayor autoaceptación y autoestima“

DIFERENCIA ENTRE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA Y LA AMISTAD

1. La relación terapéutica es *unilateral*. La relación solo tiene una parte porque los problemas y cuestiones a los que se enfrenta el cliente son importantes, mientras que los del terapeuta no se discuten. La intervención está dirigida a ayudar al cliente
2. La relación terapéutica es *formal*. La interacción está confinada a tiempos y lugares concretos. Restringida a ayudar a los clientes a alcanzar sus objetivos. Rol recogido en el contrato terapéutico.
3. La relación terapéutica está *limitada* en el tiempo. Termina cuando se alcanzan los objetivos y metas inicialmente acordados.

Otras diferencias son:

La relación terapéutica proporciona más que apoyo; también ofrece la oportunidad de asumir riesgos y generalizar lo que han aprendido en la terapia al mundo exterior

-La relación terapéutica está centrada en el aquí y ahora.

-Sobrepasaría cualquier amistad el que los amigos destinaran tanta energía como los terapeutas y clientes a considerar que es lo que está ocurriendo entre ellos.

CONTENIDO Y PROCESO

Las relaciones terapéuticas se caracterizan por enfocar la atención fundamentalmente sobre el proceso de la comunicación.



- **Contenido:** Mensaje literal de las palabras que se pronuncian.
- **Proceso:** Significado de las palabras que se emplean en una relación particular.

Dado que la relación terapéutica presta gran cantidad de atención al proceso, el enfoque se da necesariamente en el **aquí y ahora**. Al atender al aquí y ahora, el terapeuta puede proporcionar al cliente una *validación consensuada* acerca de los efectos que sus comportamientos causan en otras personas. La relación terapéutica se emplea para ayudar a los clientes a reconocer pautas o líneas en la forma con la que se han relacionado con otros en el pasado, cómo se relacionan con otros en el presente, y cómo se están relacionando con el terapeuta en el aquí y ahora.

AUTO-REVELACIÓN DEL CLIENTE

El objetivo de la terapia es ayudar a los clientes a realizar cambios en sus vidas. Para que tenga lugar el cambio, los clientes deben asumir ciertas responsabilidades. Deben estar dispuestos a cooperar con el terapeuta abriéndose a ellos, explorando emocionalmente cuestiones dolorosas y experimentando nuevas formas de pensar y actuar. Un requisito importante para una buena relación terapéutica es la apertura personal del cliente. Además, es útil por varias razones:

1. Apertura personal como condición necesaria para la terapia: el terapeuta va a ser útil solamente para aquellos clientes que estén dispuestos a abrirse. No podrán explorar lo que funciona y lo que no funciona si el cliente no habla de ello.
2. Apertura personal para experimentar intimidad
3. Apertura personal como estrategia de afrontamiento: proporciona la oportunidad de comprender, asimilar y encontrar una resolución a experiencias dolorosas. La apertura personal ayuda a los clientes a ser conscientes de los asuntos inacabados que han situado fuera del campo de la consciencia pero que continúan pasando factura tanto física como emocionalmente. A lo largo del proceso de la apertura personal, los clientes son capaces de asimilar, reconciliarse y ponerse de acuerdo con los “demonios” de sus vidas. Pueden dejar de gastar una energía preciosa en evitar pensamientos, recuerdos y deseos que hasta entonces resultaban intolerables.

APERTURA PERSONAL DEL TERAPEUTA

-Psicoanálisis clásico: “pantalla en blanco”. (Método de investigación vs práctica clínica)

-Actualmente, la apertura personal por parte del terapeuta es aceptada generalmente como una parte valiosa de la terapia.

Resultados de la investigación acerca de la apertura personal del terapeuta: El terapeuta debe ser muy consciente de lo que su apertura personal comunica en el contexto de la relación terapéutica, y preguntarse qué necesidades van a verse satisfechas con su revelación. Además, debe ser flexible y ajustarse al contexto y a la persona que se tiene delante, teniendo en cuenta cuáles son sus expectativas. Está comprobado que se percibe mejor a aquellos terapeutas que comparten sentimientos positivos en relación a lo que ocurre en la sesión, pero a veces es necesario que los sentimientos negativos sean también revelados. Esto deberá hacerse con tacto, de manera que se refuerce y no se debilite la relación terapéutica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-Santibáñez Fernández, Patricia Macarena, Román Mella, María Francisca, Lucero Chenevard, Claudia, Espinoza García, Alejandra Elena, Irribarra Cáceres, Daniela Eugenia, & Müller Vergara, Pamela Alejandra. (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia psicológica*, 26(1), 89-98



-Kleinke, Ch. L. (1988). Principios comunes en psicoterapia (2 ed). Bilbao: Desclée De Brower.