

# **INSTITUTO TECNOLÓGICO Y DE ESTUDIOS SUPERIORES DE OCCIDENTE**



RECONOCIMIENTO DE VALIDEZ OFICIAL, ACUERDO SEP. NO. 15018  
PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN  
EL 29 DE NOVIEMBRE DE 1976.



## **DEPARTAMENTO DE SALUD PSICOLOGÍA Y COMUNIDAD MAESTRIA EN PSICOTERAPIA**

**UNA INVESTIGACIÓN SOBRE LA PRÁCTICA DE LA  
PSICOTERAPIA ACTUAL EN LA CIUDAD DE LEÓN,  
GUANAJUATO.**

---

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL  
GRADO DE MAESTRO/A EN PSICOTERAPIA  
PRESENTA**

**MTRA. ELDA GEORGINA MOJICA GARCÍA**

**ASESOR DEL TRABAJO  
DR. SALVADOR MORENO LÓPEZ**

**COMITÉ LECTOR  
MTRO. JORGE GONZALEZ GARCÍA**

TLAQUEPAQUE, JALISCO A ENERO DE 2014

| <b>Índice</b>  | <b>Pág.</b> |
|--|-------------|
| <b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>  | <b>3</b>    |
| 1.1 La importancia de investigar sobre <i>ser psicoterapeuta</i> .....   | 4           |
| 1.2 La experiencia profesional del terapeuta y su campo de trabajo.....  | 14          |
| 1.3 Formación, teoría y supervisión.....   | 16          |
| 1.4 Sobre la psicoterapia del psicoterapeuta.....  | 19          |
| <b>2. METODOLOGÍA.....</b>   | <b>24</b>   |
| 2.1 Objetivos .....  | 25          |
| 2.2 Encontrar a los psicoterapeutas .....  | 25          |
| 2.3 Desarrollo del <i>Cuestionario Común para el Desarrollo de los Psicoterapeutas</i> .....                           | 27          |
| 2.4 Recolección de datos.....  | 30          |
| 2.5 Registro de datos.....   | 32          |
| 2.6 Encuadre Ético del estudio .....   | 32          |
| <b>3. MARCO DE REFERENCIA .....</b>  | <b>35</b>   |
| <b>4. RESULTADOS: ANÁLISIS Y REFLEXIONES .....</b>   | <b>51</b>   |
| 4.1 De su práctica psicoterapéutica actual .....   | 51          |
| 4.2 Acerca de su trabajo terapéutico actual .....  | 59          |
| <b>5. CONCLUSIONES .....</b>   | <b>70</b>   |
| <b>6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>   | <b>74</b>   |
| <b>7. ANEXO I</b> ( <i>Cuestionario Común para el Desarrollo de los Psicoterapeutas, secciones siete y ocho</i> )..... | <b>76</b>   |

## CAP. 1 INTRODUCCION

El ejercicio profesional otorga una identidad a quien lo lleva a cabo y es reconocido por la sociedad donde se desenvuelve, por lo que la mutua influencia va generando un perfil del especialista que involucra las propias características de personalidad, su historia, su marco teórico y técnico de referencia, pero también las exigencias que el medio y el contexto le atribuye. No siempre las exigencias del medio convergen con las expectativas personales. En ocasiones tal divergencia genera malestar, en este caso, en el psicoterapeuta y por lo tanto se refleja en la interacción con los pacientes.

Esta investigación describe las estrategias que el psicoterapeuta echa a andar en sus intervenciones y en la planeación de las mismas a partir de la interacción con sus pacientes y las expectativas que el psicoterapeuta considera que el entorno tiene sobre él. Al identificar las características de la población con la que trabaja se obtiene información del tipo de demandas que se impone a sí mismo a partir de las expectativas que percibe del medio. Cuáles son las dificultades que mayormente presenta la población que acude a psicoterapia, de qué edades, con qué diagnóstico y posteriormente se evalúan las reacciones afectivas que tiene el terapeuta ante esto para luego plantear estrategias, y cuáles son las más utilizadas.

Para conocer todo esto se utilizó *el Cuestionario común sobre el desarrollo del psicoterapeuta (CCDP)*, elaborado por el Dr. David Orlinsky (2005) que busca conocer el perfil de aquellos que ejercen la psicoterapia en distintos países, contextos socioculturales, e incluso épocas; distintos marcos teóricos, experiencia profesional y niveles académicos. Abarca nueve distintas áreas sobre el psicoterapeuta. Este trabajo aborda los rubros siete y ocho de dicho cuestionario y se refieren a la práctica y al trabajo actual del profesional.

Los demás apartados fueron trabajados por tres miembros más del equipo de investigación de esta ciudad generando así cuatro productos que analizan aspectos distintos del psicoterapeuta. Todos encuestamos a la misma población,

sin embargo cada trabajo de investigación abordó diferentes aspectos del cuestionario, en relación con los profesionales de la psicoterapia.

Este trabajo particularmente presenta una justificación de su importancia y posteriormente establece los criterios metodológicos y las referencias teóricas que se utilizaron para analizar y comprender los resultados que se presentan a través de gráficas que muestran de forma más ilustrativa los resultados de la encuesta. De igual manera se hace una descripción cualitativa sobre las gráficas. Finalmente se presenta la conclusión del trabajo.

Posteriormente establece los criterios metodológicos: cómo se realizó la selección de los psicoterapeutas encuestados, de donde surge el cuestionario utilizado para encuestar, cómo se registraron los datos y bajo que marco ético se realizó. También incluye referencias teóricas que se utilizaron para analizar y comprender los resultados que se presentan a través de gráficas que muestran de forma más ilustrativa los resultados de la encuesta. De igual manera se hace una descripción cualitativa sobre las gráficas, buscando generar un perfil del psicoterapeuta que ejerce en esta ciudad al destacar los puntajes más altos de cada área evaluada. Finalmente se presenta la conclusión del trabajo.

En esta introducción planteo de manera general inicialmente el contenido del trabajo para adentrar al lector poco a poco en las particularidades de la investigación.

### **1.1 La importancia de investigar sobre *ser psicoterapeuta***

¿Quién ha investigado sobre el psicoterapeuta? ¿Por qué ha investigado? ¿Qué se puede decir sobre la psicoterapia del psicoterapeuta? ¿Cómo se establece el vínculo con el paciente, su experiencia y trabajo? ¿Cómo se integra la formación, teoría y supervisión para realizar un trabajo ético y productivo? Estas y otras muchas cuestiones, atañen a nuestra investigación, al ser el psicoterapeuta y todo su entorno el centro de nuestro estudio. En la relación de ayuda en la que se involucra el psicoterapeuta existen tres elementos que la caracterizan: el que

solicita ayuda, el que brinda la ayuda y el proceso mismo de la relación; sobre el primero y el tercero se han realizado ya diversos tipos de estudios, desde distintos enfoques, tratando de dar respuesta a una gran cantidad de incógnitas. Sobre el psicoterapeuta encontramos pocos estudios, hecho que parcialmente motiva este trabajo. A falta de una definición global, comencemos por mostrar algunas que para fines de esta investigación abarcan las características esenciales de lo que es psicoterapia.

De acuerdo a la Real Academia de la Lengua Española el término psicoterapeuta proviene de “**psico**” (alma o actividad mental) y “**terapeuta**” (relativo a la terapéutica, que es la parte de la medicina que enseña los preceptos y remedios para el tratamiento de las enfermedades), especialista en **psicoterapia** (tratamiento de las enfermedades, especialmente de las nerviosas, por medio de la sugestión o persuasión o por otros procedimientos psíquicos).

*En sentido amplio, todo método de tratamiento de los desórdenes psíquicos o corporales que utilice medios psicológicos y, de manera más precisa, la relación del terapeuta con el enfermo: hipnosis, sugestión, reeducación psicológica, persuasión, etc. (Laplanche y Pontalis, 1996, pág. 324).*

La psicoterapia es un encuentro donde se establece una relación entre uno, el consultante, que busca ayuda, y el otro, el psicoterapeuta, con la disposición para ayudar al primero. Este encuentro como lo define Aisenson (1982) es, esencialmente un intercambio psicológico, un contacto, entre uno y otro... en un plano hondamente personal, merced a una expansión de la subjetividad en un periodo o momento dado.

La psicoterapia es además el proceso donde se objetiva al otro como sujeto, donde en ocasiones también tiene que ver con el vivirse como sujeto, desde las vivencias en la relación terapéutica

A lo largo de la historia, la sociedad ha reservado un lugar de honor especial para sus “curanderos” (Guy, 1995), estos individuos siempre han sido tratados como personas privilegiadas, a las que se les concede un acceso legítimo a lo oculto y misterioso, ya que utilizan “herramientas” de curación que son más internas que externas, más privadas que públicas, excluidas del examen ajeno. El psicoterapeuta actual ocupa en parte ese rol histórico.

Hipócrates el padre de la medicina occidental, se inspiró en la figura mítica de Asclepio, Esculapio para los romanos, dios de la medicina y evolución. Asclepio fue instruido por el centauro Quirón en el arte de la medicina y la caza, y se mostró siempre muy habilidoso y dispuesto, llegó a dominar el arte de la resurrección. Desarrolló poderes curativos poco frecuentes a pesar de sufrir una herida personal que no sanaría. Mahoney (2005) utiliza este mito, asumiendo que los curanderos son veteranos de las dificultades de desarrollo. Es por esto que el psicoterapeuta a lo largo, no solo de su formación académica, sino de su vida y las experiencias que va adquiriendo, lo ubican en la posición de conocedor de estas dificultades.

Existen muchos mitos sobre la realidad del psicoterapeuta. Mahoney (2005) menciona dos de las descripciones más comunes, la más negativa define al terapeuta como un voyeur intrínsecamente neurótico, que hurga en la vida privada de otras personas para evitar preocuparse de sus problemas; por otro lado se encuentra el “superterapeuta”, quien es un oráculo cálido y sabio, que puede leer las mentes y sanar los corazones, siempre sabe que decir y qué es lo acertado; Entre estos dos estereotipos, Mahoney, ubica el “sanador de los heridos”.

Ser psicoterapeuta en la actualidad, depende del contexto sociocultural principalmente, pero va más allá de acreditaciones oficiales, saber cómo la sociedad maneja los problemas que surgen, conocer cuáles son las palabras adecuadas, el derecho a diagnosticar a las personas, firmar los formularios de los seguros, la facultad para hospitalizar... (Gendlin, 1999).

A final de cuentas los curanderos, los médicos brujos, adivinas, los sumos sacerdotes, los magos y los chamanes eligen y a su vez son elegidos para

desempeñar su papel, existe una motivación interna y al mismo tiempo un proceso de selección externa. La persona debe demostrar que es adecuada para encarnar el papel y cumplir los deberes de su posición. Según Bugental (1964), esto es válido también para los que desean ser psicoterapeutas, los equivalentes en la actualidad del chaman (Guy, 1995).

EL marco legal en nuestro país establece lo siguiente:

ARTÍCULO QUINTO. A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícitos. El ejercicio de esta libertad sólo podrá vedarse por determinación judicial, cuando se ataquen los derechos de tercero, o por resolución gubernativa, dictada en los términos que marque la ley, cuando se ofendan los derechos de la sociedad. Nadie puede ser privado del producto de su trabajo, sino por resolución judicial.

La Ley determinará en cada Estado, cuáles son las profesiones que necesitan título para su ejercicio, las condiciones que deban llenarse para obtenerlo y las autoridades que han de expedirlo (Diputados, 2013).

ARTÍCULO CUARTO. Las profesiones y ramas profesionales que requieren título para su ejercicio en el estado de Guanajuato, son aquellas derivadas de la conclusión de estudios de los niveles técnico, licenciatura, especialidad, maestría, doctorado o cualquier otro nivel o grado académico provenientes de la educación universitaria, normal, tecnológica o de diversa naturaleza que exista al amparo del sistema educativo nacional.

EL congreso del Estado de Guanajuato ha realizado las siguientes publicaciones:

Es obligatorio tener título para el ejercicio de las siguientes profesiones:...

Psicología en todas sus ramas;... (Congreso, 2013).

TÍTULO CUARTO / DE LOS DELITOS DE FALSIFICACIÓN Y CONTRA LA FE PÚBLICA, Capítulo III, Usurpación de Profesiones

ARTÍCULO 235. A quien ejerza los actos propios de una profesión o especialidad sin tener título o autorización legal, se le impondrá de uno a cinco años de prisión y de diez a cincuenta días multa (REFORMADO, P.O. 03 DE JUNIO DE 2011).

La psicoterapia no está explícitamente incluida y por tanto no está explícitamente prohibido su ejercicio sin título en Guanajuato de acuerdo al principio jurídico de la legalidad: los particulares pueden hacer todo aquello que no les esté expresamente prohibido.

La Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP), que establece en el artículo seis, del Título I de sus Estatutos: “El término *Psicoterapeuta* es compartido multiprofesionalmente por titulados universitarios diferentes, que han adquirido los niveles de formación y experiencia cuyos mínimos están descritos en el Título V de estos Estatutos” (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, 2009).

El que se autonombra psicoterapeuta es porque así lo ha decidido, (cabe mencionar que no todas estas decisiones en su momento fueron conscientes, pero parte del ser psicoterapeuta es llevarlas a la consciencia posteriormente) porque las experiencias vividas, la búsqueda y entendimiento personal, el desarrollo profesional, son algunos de los elementos que llevan a tomar esta decisión.

Ser psicoterapeuta, no se cubre sólo con aspectos teóricos, las vivencias y los significados propios, las emociones, los vínculos, las relaciones, las formas de interactuar, todos ellos también son elementos que están de forma constante en el quehacer profesional, elementos que pocas veces son abordados al estudiar la profesión, ¿cuál es la manera que estos intervienen en la relación con el otro (consultante)?.

Ser psicoterapeuta tiene que ver con conocerse, por lo que el desarrollo personal es un rubro que es necesario revisar de forma constante.

En la actualidad, Guy (1995) describe al profesional de la psicoterapia como un individuo que va desde lo admirable socialmente hablando, hasta el portador de



malas noticias con poderes extrasensoriales capaz de develar la intimidad del individuo. El acercamiento de los individuos hacia esta profesión fluctúan en estos extremos.

La realidad de las profesiones de base del psicoterapeuta es muy diversa, hay psiquiatras, psicólogos, enfermeras, filósofos, consejeros y más. La formación abarca desde dos años hasta más de ocho, además de la gran cantidad de horas de experiencias supervisadas; siguen una amplia variedad de orientaciones teóricas; los lugares de trabajo también son variados desde el consultorio privado, pasando por la clínica, centro consultor u hospital; el programa de tratamiento puede ser breve o prolongado, centrado en pacientes internos o externos; las sesiones pueden dirigirse al paciente individual o incluir al cónyuge, la familia o un grupo de pacientes; el costo puede ser cubierto por el mismo paciente, o estar parcial o totalmente cubierto por un segundo, su empleador o un miembro de la familia (Guy, 1995).

Los factores inherentes al rol de psicoterapeuta interactúan con una serie de elementos personales para influir en la elección de esta tarea.

Frente a la pregunta de quiénes son los que practican la psicoterapia nos podemos encontrar con dos perspectivas: aquellos que reúnen los requisitos formales para ser socialmente autorizado, pero también se encuentra el punto de vista de las características personales asociadas a la elección de la profesión.

El rol social de psicoterapeuta es muy antiguo, pero la profesionalización es muy reciente, hasta mediados del siglo XX se inició este proceso por el aumento de la demanda social (Feixas y Miró, 1993).

La psicoterapia comparte aspectos con la medicina, pedagogía, asistencia social y religión, ya que todas ellas recurren a los conocimientos y técnicas psicoterapéuticas (Orlinsky, 1989).

Actualmente la psicoterapia es una profesión autónoma, cuya formación suele incluirse en el marco de la psicología científica. Para desempeñarse, los psicoterapeutas necesitan conocimientos específicos de los procesos de aprendizaje, la dinámica de la personalidad, procedimientos y técnicas de la evaluación psicológica, psicopatología, principios de la interacción social, procesos cognitivos y emocionales, el desarrollo del ciclo vital, etc.

El consejo mundial para la psicoterapia en la declaración de Strasbourg en psicoterapia de 1990 afirma que “de acuerdo con las metas de la Organización Mundial de la Salud, el acuerdo de no discriminación válido dentro del marco de la Unión Europea y destinado para el área económica europea, y los principios de libertad de movimiento de personas y servicios, el acuerdo establece los siguientes puntos:

1. La psicoterapia es una disciplina científica independiente, la práctica de ella representa una profesión libre e independiente.
2. El entrenamiento en psicoterapia se lleva a cabo en un nivel avanzado, calificado y científico.
3. La multiplicidad de métodos psicoterapéuticos es asegurado y garantizado.
4. Un entrenamiento completo en psicoterapia incluye teoría, experiencia personal, y práctica bajo supervisión. Se requieren conocimientos adecuados sobre varios procesos psicoterapéuticos.
5. El acceso al entrenamiento se da a través de varias calificaciones preliminares, en particular ciencias humanas y sociales.” (WCP)

Sobre las características personales, Guy (1995) ha realizado una sistematización de la investigación sobre las características personales asociadas con la elección de la profesión. Guy (1995) ha distinguido entre las motivaciones

funcionales y las motivaciones disfuncionales, es decir entre aquellas que resultan beneficiosas para el ejercicio de la profesión y las que pueden minar la eficacia y reducir la satisfacción profesional.

Entre las motivaciones funcionales asociadas con la elección de la profesión de psicoterapia Guy (1995) menciona:

- Interés natural por la gente y curiosidad sobre sí mismos y los demás<sup>1</sup>
- Capacidad de escuchar
- Capacidad de conversar
- Capacidad de discernimiento emocional
- Capacidad introspectiva
- Capacidad de autonegación
- Tolerancia a la ambigüedad
- Capacidad de cariño
- Tolerancia a la intimidad
- Confortable con el poder
- Capacidad de reír

Entre las motivaciones disfuncionales asociadas con la elección de la profesión de psicoterapeuta señala:

- Aflicción emocional
- Manejo vicario
- Soledad y aislamiento
- Deseo de poder

- Necesidad de amor
- Rebelión vicaria

En la elección de la profesión, además de lo ya mencionado, también influyen determinadas condiciones familiares, como experiencias de marginación social, económica o religiosa durante la infancia.

Aunque no existen estudios suficientes para hablar de un perfil de las familias de origen de los psicoterapeutas, los datos que Guy (1995) cita indican que la madre normalmente se describe como la figura central de la casa, mientras que el padre es presentado como pasivo y sin una interacción emocional intensa con el hijo. Resultan frecuentes las situaciones en las que el futuro psicoterapeuta se ve implicado en los problemas entre los padres. Aunque tentativos, los datos parecen indicar que las familias de las que provienen los psicoterapeutas, experimentan situaciones de reciprocidad emocional alterada por diversas circunstancias, facilitando así una forma de relacionarse con los demás en donde se es muy sensible a las necesidades de los otros, mientras se aprende a silenciar la expresión de las propias necesidades.

El psicoterapeuta como antes mencionamos es su principal herramienta de trabajo por lo que aquello que se gesta en el vínculo con el consultante y lo que provoca en el profesional es material importante de estudio en esta investigación. Desde la percepción que tiene él de sí mismo para hacer frente a las dificultades de su trabajo, al llevar a cabo un proceso psicoterapéutico cuáles son las principales reacciones emocionales que aparecen en él, qué estrategias considera valiosas para enmarcar el proceso con ellas.

Incluir al observador cuando éste influye en el proceso que está observando nos acerca más a tener una visión holística del fenómeno, puesto que somos conformados por una dimensión relacional. Como menciona Madrid (2005, pág.64 ) “la persona es un ser esencialmente relacional; el yo toma conciencia de sí mismo y se constituye formalmente como persona en el encuentro con el tú;

esta “relacionalidad básica del yo” de la que habla Winnicott, motiva a que el equilibrio personal del yo se manifieste principalmente por la calidad de sus relaciones interpersonales”.

En el caso de la psicoterapia, el psicoterapeuta-observador-analista-quien reporta es pieza clave para el entendimiento de lo que se realiza en psicoterapia, para medir los efectos positivos o negativos que pueda tener en la persona que busca ayuda, asesoría, contención, entre otras, pero además el efecto que esa relación tiene también en el terapeuta matiza las decisiones que toma en el proceso. Si bien es un espacio privilegiado por la confidencialidad, el hermetismo genera un cierto nivel de cerrazón y homeostasis de ese sistema, que no se enriquece con la información del exterior, entendiendo ahora como exterior, a otros quienes practican la psicoterapia, puesto que al enfrentar dificultades semejantes, echan a andar una serie de recursos que pueden sistematizar como aquellos que más resultado han dado como aquellos menos funcionales, también podrán dar cuenta de los efectos que tiene su ejercicio profesional en su mundo emocional personal.

Continuando con distintas concepciones sobre lo que es el psicoterapeuta, que nos permita tener una visión más amplia y diversa, se incluyen algunas expuestas por Madrid (2005) quien hace referencia a un estudio en el que se recopilaron las respuestas de 81 psicoterapeutas sobre qué es la psicoterapia, cita algunas definiciones que se generaron a partir del estudio:

Frank (1985) define psicoterapia como “una interacción planificada, cargada emocionalmente, y de confianza, entre una persona que cura, entrenada y sancionada socialmente, y otra que sufre. A lo largo de esta interacción el que cura busca aliviar el dolor y el malestar de que sufre a través de comunicaciones simbólicas, fundamentalmente palabras, aunque, a veces también a través de actividades corporales. El que cura puede hacer participar o no a los parientes del paciente, o a otros, en sus rituales de cura. La psicoterapia incluye ayudar al paciente a aceptar y soportar el sufrimiento como un aspecto inevitable de la vida que se puede utilizar como una oportunidad para el crecimiento personal” (Citado

en Madrid, 2005, pág. 69) esta definición incluye que hay una carga emocional que se pone en juego por lo tanto conocer qué tipo de emociones son las que más frecuentemente aparecen y qué se hace con ellas será de importancia no sólo para quien la ejerce sino para aquellos interesados en mejorar los procesos de psicoterapia, hace referencia también a todas las estrategias que se pueden llevar a cabo, será interesante entonces, conocer cuáles son las más utilizadas en nuestra ciudad, cuáles son vistas con mejores ojos y consideradas más efectivas ya en el campo de acción y al aplicarlas en las situaciones y contextos reales, es decir, no solamente como un abanico de posibilidades, sino definir concretamente aquellas estrategias que utilizan más los terapeutas encuestados de esta ciudad.

Ahora bien, la definición anteriormente citada no considera el efecto que el paciente tiene sobre el psicoterapeuta, si bien habla, como ya mencionábamos de una “interacción planificada, cargada emocionalmente”, no se especifica cómo la interacción afecta al terapeuta y cómo éste, afectado emocionalmente por la relación, responde de determinada manera tomando decisiones para el proceso.

## **1.2 La experiencia profesional del terapeuta y su campo de trabajo**

Cada terapeuta, a lo largo de los años y de adquirir distintas experiencias enfrentando situaciones y problemáticas diversas pone a prueba sus estrategias confirmando y desechando, buscando nuevas según la demanda de su trabajo, por lo tanto, investigar sobre aquellos dispositivos que cada terapeuta echa andar lleva de fondo un proceso propio de ensayo y error, de manejo de sus propias emociones y de búsqueda de nuevas opciones. Esto va conformando su manera de operar, integrando experiencia y necesidades del medio, es lo que abordaremos aquí.

Investigar sobre la experiencia del psicoterapeuta proporciona otra línea de información, que se refiere al tipo de población que más demanda la atención, esto a su vez es un reflejo de la sociedad en la que ejerce el psicoterapeuta. Melgoza (2002) hace referencia los grupos emergentes de las sociedades como reflejo de la sociedad total, las patologías más presentadas por los adolescentes

por ejemplo, dan cuenta de aquello que se gesta en una sociedad y enferma a sus individuos, por lo tanto son las patologías de esa sociedad. Así, identificar qué población solicita más ayuda en esta ciudad, y por qué motivos no es solo un estudio sobre el terapeuta sino sobre la sociedad en la que opera.

En qué áreas hay más especialistas y en cuáles hay una carencia importante, el número de horas que cada terapeuta dedica a su trabajo, cómo todo esto tiene un efecto en el estado emocional del profesional. No es nuevo el concepto “síndrome del burnout” que describe Granero (2004) en su investigación “vida personal y burnout del psicoterapeuta: El “síndrome de burnout”, recoge una serie de respuestas a situaciones de estrés que suelen provocar la “tensión” al interactuar y tratar reiteradamente con las personas. Fue descrito como un síndrome clínico por Freudemberger en 1974, quien observó que la mayoría de los voluntarios de una clínica para toxicómanos de Nueva York sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento. Mostraban síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes.” De acuerdo a esta investigación no es la edad ni la antigüedad del ejercicio profesional lo que explica la aparición del síndrome, sino las características del profesional, las características de los objetivos que plantean su campo laboral y los recursos disponibles para lograrlos, fue fundamental entonces indagar cómo los terapeutas encuestados de esta ciudad se autoperciben en su práctica profesional, qué tipo de pacientes abordan, cuántas horas trabajan semanalmente, con qué dificultades se encuentran y qué efectos tiene en su vida emocional.

Granero (2004) destaca que los problemas emocionales de los terapeutas tienden a ser ocultados y mal afrontados, como anteriormente se comentaba, posiblemente como resultado del hermetismo que rodea esta profesión, poder exponer lo que sucede con el terapeuta posibilita primeramente el reconocimiento de los efectos adversos que en la interacción se generan para ser atendidos adecuadamente.

Ahora bien, el trabajo que ofrece la psicoterapia, no detona ni es causante únicamente de emociones negativas, sino que, como se menciona anteriormente el ser humano posee una relacionalidad básica (Winnicott), por lo que el trabajo del psicoterapeuta ofrece también los beneficios del encuentro con el otro, aunado a un encuadre que busca promover la escucha, la empatía y la comprensión del otro de una manera vivencial.

Madrid (2005) afirma que el hombre es constitutivamente un ser relacional. Por tanto, para que el hombre se desarrolle armónicamente, debe cultivar esta dimensión. Para este autor, La forma en que el hombre puede desarrollarse como estructura abierta es a través del diálogo y del encuentro. La persona es relacional como exigencia del propio ser, pero no es suficiente con serlo, sino que para crecer y desarrollarse como tal, debe implicarse en el encuentro personal.

Entonces, el psicoterapeuta se enriquece en los encuentros, posee un trabajo que le construye y que le aporta experiencias y emociones positivas y de trascendencia importantes. En este estudio lo que hemos hecho es saber cómo viven estas experiencias los psicoterapeutas encuestados.

### **1.3 Formación, teoría y supervisión**

Luego del paso de la etapa universitaria, los profesionistas en el área de la psicología, pueden experimentar un periodo de transición en el trabajo, lo que Guy (1995) llamaría frustraciones y recompensas iniciales, que se van mediando entre la teoría, práctica y supervisión, en la mayoría de los casos. Adentrándonos en la importancia de investigar en lo anterior, ubicamos que estos son los rubros de suma importancia en la vida del psicoterapeuta, ya que es la supervisión la que va a ligar la teoría y la práctica, dándole estructura a la formación.

Efectivamente las posibilidades que tenemos como psicoterapeutas son variadas, es decir el autocuidado, autoatención, la elección de terapias personales diversas, la reunión con colegas, supervisión, fomentar nuestras relaciones interpersonales, congresos, cursos, talleres, seminarios, entre otros, (Guy, 1995),



posibilidades que se exploran en la investigación y nos permiten ejercerla de cierta manera.

Guy (1995) esboza que la educación como psicoterapeuta da prestigio; es decir, para algunos pareciera que se pertenece a una fraternidad de individuos especiales, capaces de compartir y absorber gran parte del dolor y sufrimiento sin aparentes efectos negativos, algo así como cargar algo importante a nivel social. Pero lo que pareciera, no siempre es lo imperante y sobretodo en percepciones o impresiones. Ante lo anterior se resalta que rubros importantes de esta investigación exploran la relación entre la satisfacción y la propia formación en psicoterapia, la formación y las exigencias posteriores que demanda la práctica clínica, aunado con la satisfacción con los aspectos teóricos recibidos; señalando que se da énfasis en analizar las propuestas a mejorar en las formaciones especializadas realizadas por los encuestados.

En gran parte la supervisión fomenta la posibilidad estimular intelectualmente al psicoterapeuta para poder congeniar con las dificultades, los síntomas y los problemas del paciente. Además de generar hipótesis sobre dichas problemáticas y síntomas y ponerlas a prueba, lo que lleva a una investigación constante sobre el comportamiento, desarrollo humano y sus conductas.

Nos detenemos en el tema de la supervisión porque esta investigación proponen una serie de preguntas enfocadas a evaluar la modalidad, periodicidad, el número de casos y la clase de supervisión que algunos de los psicoterapeutas de León Guanajuato están recibiendo, así como el número de supervisores que los han acompañado y que tan fácil es o no es recurrir a ella.

La formación como psicoterapeuta es prolongada e incluye la instrucción en la parte teórica y la práctica supervisada. Se enseñan las teorías y técnicas actuales con amplitud y las enseñanzas de los iniciadores, como Freud, Jung, Horney, Rogers, entre otros; además de la adquisición de conocimientos y aptitudes se resaltan los procesos internos y de la conciencia, dando paso al trabajo supervisado previo a la evaluación final, para obtener la certificación o

licenciatura y la práctica con libertad de la psicoterapia, como menciona Guy (1995).

Esta investigación pretende acercarse lo más posible a la flexibilidad teórica y técnica para adaptarse a la disminución de la adhesión rigurosa a un solo modelo, buscando las particularidades del consultante. Ante esto parece que la formación, supervisión y la teoría permiten establecer expectativas realistas sobre la propia profesión y sobre el enfoque teórico que nos permita tomar conciencia de lo adecuado o no de dicho enfoque para determinados casos o situaciones. (Feixas y Miró, 1993). Sin embargo, para Mahoney, Neimeyer (1998) y otros autores, la integración teórica además articula distintos aspectos del funcionamiento humano (Cognitivos, conductuales, emocionales e interpersonales), nutriendo las aportaciones de muchas psicoterapias.

Datos como el tiempo que se lleva practicando la psicoterapia, los contextos, las modalidades en psicoterapia, el número de pacientes en cada modalidad, si han sido elegidos como psicoterapeutas de otros psicoterapeutas, son tomados en cuenta en la investigación, que son relacionados con el estilo de vida y de trabajo de los encuestados. Guy (1995), en su libro resalta al autor Henry (1966) quien hizo referencia a los profesionales que se dedican a la tarea terapéutica directa, quienes deben incluir el compromiso con un estilo de vida, compromiso que en parte se conformará con la tres áreas mencionadas. De ahí la importancia del estudio que estamos realizando, ya que algunos de los ítems reportarán resultados en estas áreas.

La formación también nos lleva a contactar con la parte de la autoconciencia y la exploración de los procesos internos, acercando al psicoterapeuta con su propia vulnerabilidad, debilidades y dolor personal, además de la socialización y el aprendizaje conceptual. Lo que permite sensibilizar al psicoterapeuta ante los conflictos, traumas, y obsesiones aún no resueltas o en que se encuentran en proceso de resolución.

La búsqueda de respuestas en relación al desarrollo profesional como psicoterapeutas, engloba las tres áreas mencionadas en este apartado, supervisión, teoría y práctica; sin embargo la percepción del cambio en el proceso de convertirse en psicoterapeuta puede irse modificando. Es decir preguntarnos por nuestro cambio profesional, si es percibido como mejoría, progreso o deterioro, si hemos conseguido superar las limitaciones, el desarrollo del potencial y cómo ha cambiado ese potencial relacionado con la comprensión teórica en la terapia, la captación de los problemas en los pacientes, la efectividad para involucrarlos en el tratamiento, entre otros, son cuestionamientos que la investigación también precisa.

Aunque estos cambios no se resuelvan en la totalidad, pueden integrarse con ritmo y comodidad en la personalidad el psicoterapeuta, para facilitar las relaciones interpersonales y el proceso terapéutico, evitando entorpecerlo. De tal forma lo que “es” una persona se vuelve más importante que lo que “sabe”, como esboza Guy (1995).

Finalmente, asumir el papel del psicoterapeuta compromete por completo la personalidad del estudiante en psicoterapia, su orientación o perspectiva sobre el mundo está íntimamente entrelazada con la naturaleza de su trabajo, por lo que tener claridad en sus paradigmas contribuirá con la claridad que tenga sobre aquel con quien trabaja y por lo tanto se vincula, al ejercer la psicoterapia. Sobre esto se abunda en la siguiente sección.

#### **1.4 Sobre la psicoterapia del psicoterapeuta**

Es muy común que los psicoterapeutas en algún momento de la formación escuchen la importancia de reconocer a ese otro como un ser humano independiente y diferente, la distancia que se debe cuidar entre el sentir del paciente y el del terapeuta, entre sus problemáticas y las del especialista. Se les ha inculcado que como profesionales de la Psicología y en especial de la Psicoterapia deben mostrarse como figuras dotadas de razón, estabilidad y

equilibrio, ser capaces de ejercer con pericia para solventar sin mayor dificultad los problemas que la vida les plantea (Bellak, 1993).

Sin embargo, en el ejercicio de la profesión, al interior del consultorio, se experimenta el establecimiento de diferentes tipos e intensidades de vínculos, relaciones y procesos que ponen en evidencia la imposible tarea de no ser tocado psíquicamente en este quehacer. Y cómo podría ser esto de no quedar implicados, cuando la principal herramienta de trabajo del terapeuta es él mismo; donde el trabajo consiste precisamente, en este ponerse al servicio de ese otro.

Ningún psicólogo clínico que empiece sus prácticas, con supervisión y/o sin ella, está exento de las consecuencias de trabajar con una persona, donde los mecanismos inconscientes influyen de manera inevitable en su propia psique, es decir, el propio trabajo terapéutico impacta a la persona que funge como terapeuta, tanto en su identidad profesional, en su yo clínico, como en su vida y su propia persona (López Medina, 2010).

Entonces entendemos que es imposible poder hacer este trabajo, sin quedar implicados, donde, es de vital importancia darnos cuenta y dimensionar nuestra implicación para el alcance del éxito del proceso mismo, el alcance de un mayor bienestar del paciente y un pleno desarrollo del terapeuta.

Laplanche y Pontalis definen a la Psicoterapia, haciendo una mención especial de la relación, planteando que independientemente del método de tratamiento, en el caso del abordaje de los trastornos psíquicos o somáticos, se utiliza la relación terapeuta – paciente de manera primordial (Loewenthal, 2001); donde ambos personajes aportan al proceso y son parte constitutiva del mismo.

Partiendo de esto, se puede comprender con mayor claridad por qué valdría la pena reconocer la relevancia del psicoterapeuta como persona dentro del proceso psicoterapéutico, y más aún, la importancia de su propio análisis, es decir, de la psicoterapia del psicoterapeuta, incursionar en esta exigencia, no es

sencilla pues en este andar quedan expuestos, entre otras cosas, los efectos que los pacientes tiene sobre el profesional.

El psicólogo dedicado a la clínica debe “identificar qué, cómo y cuáles botones activan sus defensas, qué puede ocurrir con ciertos sujetos o con determinadas características de personalidad del otro y qué determinadas situaciones pueden causar movilizaciones inadecuadas, y así, utilizar todo ello para el aumento del bienestar percibido del paciente y la calidad de vida de ambos” (López, 2010).

En este sentido el proceso de terapia requiere del psicoterapeuta y del paciente expectativas racionales de lo que se busca cambiar o conocer al iniciar un proceso, apegado a los alcances y limitaciones de la relación de ayuda a través de la palabra y el diálogo, para el establecimiento y logro de sus metas, donde el terapeuta puede aportar necesidades y deseos racionales o por el contrario necesidades y deseos irracionales frente al paciente, es necesario un grado de pericia y autoconocimiento que permita al Psicoterapeuta ponderar las primeras y minimizar las segundas (Singer, 1975).

Una pregunta clave es “¿Necesitamos la experiencia de la terapia para practicar la psicoterapia?” (Loewenthal, 2001) En Estados Unidos y Europa un 75% de los psicoterapeutas han estado bajo proceso personal en alguna ocasión, al parecer los terapeutas de pareja y familia son los que suelen abstenerse más de ello (Norcross, 2008). Pareciera que en general para los psicoterapeutas, el autoanálisis es considerado uno de los tres elementos que abonan a un buen desempeño en esta área clínica de la psicología.

Pero, ¿en qué se diferencia un psicoterapeuta que está bajo un proceso personal de análisis del que no?, ¿Por qué se decide tomar un proceso de psicoterapia o abstenerse del mismo?, ¿bajo qué circunstancias el psicoterapeuta considera necesario un proceso personal?, Estas preguntas son abordadas en el cuestionario y nos abren la posibilidad de explorar este autoconocimiento de los que ejercen la psicoterapia.

Según Norcross (2008), las variables como sexo y orientación teórica son las más significativas en esta diferenciación, donde, las mujeres tienen más apertura que los hombres a someterse a un proceso personal, posiblemente cuestiones culturales estén implicadas en esta diferencia. Por otro lado, en lo que hace referencia a su enfoque teórico, se encontró que los cognitivo conductuales se abstienen en mayor porcentaje

Cabe señalar el hecho de que entre los psicoterapeutas con orientaciones psicodinámicas, el proceso personal cobra mayor relevancia, entendido desde el hincapié que este tipo de intervención terapéutica hace en la relación terapeuta-paciente como vehículo para el cambio (Bellows, 2007).

Algunos terapeutas consideran que tienen otras maneras de lidiar con su estrés e incluso llegan a reconocer a la familia, amigos o compañeros de trabajo como un soporte suficiente, lo que nos habla del reconocimiento de capacidad “suficientemente bueno”, sin embargo también aparecen algunos otros que hablan de dificultad para sentirse cómodos con algún terapeuta o del hecho de conocer a la mayoría de los que ejercen en su localidad, lo que deja implicado el tema de la confidencialidad y el temor a la exposición; o incluso consideran el gasto financiero y/o limitaciones de tiempo, argumentos que hacen más bien referencia a dificultades (Norcross, 2008).

En este panorama, se habla de que existe cierta apertura incluso ante los que muestran mayor resistencia a la búsqueda o necesidad de espacios de análisis propio, ya que pareciera que no es una opción que se deje de lado completamente, ya que es considerada una posibilidad ante la experiencia de sufrimiento o algún desequilibrio, así como ante la pérdida de un vínculo significativo (Norcross, 2008).

Podemos reconocer que se trata también de una medida de seguridad, que abona a salvaguardar la integridad personal. El propio proceso psicoterapéutico es visto como una posibilidad de gestar cambios psicológicos personales que incluso pueden ser promovidos en los otros; así como un referente formativo-académico

o una especie de modelo ante ciertas circunstancias. Por tanto, estamos hablando de una doble vía de desarrollo, por un lado personal y por otro profesional, a través de esta identificación y vinculación que se posibilita dentro del proceso mismo.

Bellows (2007) describe que entre los beneficios encontrados al llevar a cabo un proceso psicoterapéutico personal, podemos mencionar: un mayor autoconocimiento y conciencia de sí mismo, de confianza, autoestima y una mejora en cuanto a las relaciones interpersonales, reducción de los conflictos y alivio de síntomas se refiere; también se puede ver un mayor perfeccionamiento en las habilidades terapéuticas, como la empatía, uso de la transferencia y contratransferencia, un mayor entendimiento del proceso y estructuración del tratamiento

En contraparte, reconocen algunos riesgos como: niveles de estrés y angustia psicológica implicados, problemas relacionados con el establecimiento de la alianza o errores del tratamiento, la sobre o sub identificación con el terapeuta, desde su postura de colega e incluso la posible confusión de roles; elementos identificados como que pudieran limitar la eficacia y alcances del proceso (Bellows, 2007).

Aunque hay investigaciones que plantean que una buena formación como psicoterapeuta esencialmente incluye un proceso de terapia personal (Loewenthal, 2001), faltan más investigaciones del impacto positivo que puede causar que el terapeuta vaya a psicoterapia, lo que sí es un hecho es que la necesidad ya está ahí (López Medina, 2010).

El psicoterapeuta que incluye la propia psicoterapia como parte de su formación demuestra congruencia al buscar su propio desarrollo personal que a su vez tendrá un efecto en el encuentro.

## CAP.2 METODOLOGÍA

*El desarrollo de los psicoterapeutas* es el nombre del estudio internacional realizado por el Dr. David Orlinsky (2005) que busca conocer el perfil de aquellos que ejercen la psicoterapia en distintos países, contextos socioculturales, e incluso épocas; distintos marcos teóricos, experiencia profesional y niveles académicos. Para lo cual se utiliza un instrumento descrito con mayor precisión más adelante llamado Cuestionario común sobre el desarrollo del psicoterapeuta, cuyo contenido se detallará más adelante, por ahora aclararemos que dicho instrumento se divide en nueve áreas que miden distintos aspectos del psicoterapeuta.

Para abarcar las nueve áreas, el equipo de investigación, conformado por cuatro miembros, estableció una división de dicho instrumento generando cuatro productos que analizan aspectos distintos del psicoterapeuta, que si bien tienen todos el mismo origen, los mismos antecedentes, y la misma población encuestada, toda perteneciente a la ciudad de León Guanajuato, cada investigación toma su propio curso para lograr especializarse en algún aspecto del profesional de la psicoterapia. Quedando ordenadas de la siguiente manera:

1. Sobre su formación y experiencia profesional,
2. Sobre su desarrollo personal como terapeuta, sobre su terapia personal su orientación teórica y su desarrollo profesional actual,
3. Acerca de su trabajo y práctica psicoterapéutica actual,
4. Acerca de la vida personal del terapeuta

A continuación se especifica cuáles momentos son comunes a los cuatro miembros del equipo y donde inicia el trabajo específico de esta investigación particular.

La presente investigación pretende ofrecer la percepción del psicoterapeuta que ejerce en la ciudad de León Guanajuato sobre las características de quienes hacen psicoterapia. Reconocemos las limitantes que tan ambicioso objetivo



representa pues al no existir criterios específicos y una definición unánime sobre quién y quién no debe considerarse psicoterapeuta, la selección de los candidatos fue el primer reto que se tuvo que enfrentar, además de no existir registro oficial del número de psicoterapeutas que laboran en esta ciudad. Por lo tanto, no es un estudio realizado aleatoriamente sino que la población se eligió de acuerdo a la posibilidad de obtener respuesta por parte de los cuestionados, lo que señala algunos límites a la generalización de los resultados.

## **2.1 Objetivos**

1. Conocer la percepción de los psicoterapeutas encuestados en la ciudad de León Guanajuato sobre su práctica profesional actual.
2. Exponer las características de la población con la que los encuestados trabajan en la actualidad y los efectos que esto tiene en la vida emocional del psicoterapeuta encuestado.
3. Mostrar las estrategias terapéuticas y herramientas que los psicoterapeutas encuestados utilizan al ejercer su profesión.

## **2.2 Encontrar a los psicoterapeutas**

La complicación que representa establecer una definición o perfil de lo que es un psicoterapeuta, es una motivación para esta investigación, incluso Orlinsky (2005) comenta que esta conflictiva no se limita a un nivel local, sino dentro de un mismo país o incluso internacionalmente, es complicado encontrar una definición común. ¿Quién es considerado apto para ejercer una terapia que vaya dirigida al mejoramiento de la conducta, la vida emocional o la salud mental de una persona? Resulta sumamente ambiguo de determinar, puesto que influye la cultura, la corriente teórica, los antecedentes profesionales. No existe “la psicoterapia” como un grado único y homogéneo, distintos profesionales se especializan en diferentes marcos teóricos que les acreditan como psicoterapeutas, muchas de estas preparaciones ni siquiera solicitan un grado previo relacionado con el área de la psicología, de la salud en general y otros ni

siquiera exigen a sus estudiantes un título de licenciatura, a pesar de esto muchas personas terminan autodenominándose psicoterapeutas y ejerciendo como tales. Buscamos determinar qué profesiones tienen aquellos que están ejerciendo la psicoterapia, cuáles orientaciones son más populares, y qué tipo de pacientes posee dependiendo la orientación.

La poca claridad por supuesto nos acerca a las dificultades más dañinas que se presentan en el campo, faltas éticas importantes, incapacidad para manejar situaciones propias del ejercicio psicoterapéutico, charlatanería, abusos de poder, etc.

Ya anteriormente se estableció una definición de psicoterapia citada por (Orlinsky y Helge Ronnestad, 2005) que plantea visualizar la psicoterapia “básicamente como una relación profesional-personal, en la cual individuos debidamente calificados (y relevantemente afligidos) interactúan respectivamente en los roles de terapeuta y paciente para aliviar la aflicción y mejorar el bienestar de aquellos que se encuentran en el rol de pacientes” (Pág. 14)

A partir de esto, acordamos los siguientes criterios para la selección de nuestra población: se consideró psicoterapeuta y por lo tanto candidato a responder el CCDP (Cuestionario Común para el Desarrollo de los Psicoterapeutas), primeramente a quien había concluido estudios de licenciatura, y posterior a esto, que haya adquirido algún nivel que considere necesario y suficiente para ejercer la psicoterapia, ya sea un diplomado, maestría, especialidad o incluso curso. El último requisito fue que ejerciera como psicoterapeuta, con el marco teórico de su elección, el cual definirá al responder el cuestionario, no se consideraron los años de experiencia puesto que esa es una pregunta incluida en el cuestionario, mientras la persona estuviera practicando durante el momento de responderlo era suficiente, pues se busca también conocer si en la ciudad de León Guanajuato ejercen psicoterapeutas experimentados o no, si predominan o son más bien los menos; por lo que es algo que se indaga con el cuestionario. Con el objetivo de incluir la mayor diversidad posible de

psicoterapeutas que ejercen en esta ciudad fue que se utilizaron los criterios antes mencionados para seleccionarlos.

Otro elemento que podría distinguir aquello que es psicoterapia de lo que no, es su área de atención, es decir debe haber una interacción, en la que el objetivo de aquel que ejerce el rol del terapeuta es aliviar la aflicción y mejorar el bienestar de aquellos que se encuentran en el rol de pacientes, si aquel que se autodenomina psicoterapeuta posee pacientes que acuden a consulta por este motivo, significa que hay una aceptación local de este nombramiento, es por eso que se incluye en la investigación.

De nuevo, el cuestionario indaga detalladamente aquellas personas con las que aquel que responde trabaja, todas las características de sus pacientes y las implicaciones que sobre él tienen, de tal forma que tampoco se consideró como un criterio de preselección, sino como resultado de la investigación.

### **2.3 Desarrollo del Cuestionario Común para el Desarrollo de los Psicoterapeutas (CCDP)**

Se utilizó el Cuestionario común sobre el desarrollo del psicoterapeuta, anexo en su traducción al español: CCDP o DPCCQ por sus siglas en inglés (“Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire”). Orlinsky y Ronnestad (2005) mencionan que el cuestionario es autoaplicable por cada psicoterapeuta quienes deben describirse profesional y personalmente e incluirán información que directamente evalúan e indirectamente refleja su desarrollo personal así como aquellas experiencias que pueden haber facilitado o dificultado dicho desarrollo, detectan cuatro rubros, dos que dependen directamente de la perspectiva del terapeuta, su punto de vista sobre su carrera desde que inicio hasta la fecha, además de su opinión sobre su desarrollo actual en el área profesional. Dos rubros más que pueden también usar información de los reportes del terapeuta o de observadores externos.

Las orientaciones teóricas que se incluyen son la conductual, cognitiva, experiencial, interpersonal, psicoanalítica, sistémica e integrativa. El diseño del cuestionario (Orlinsky 2005 pág. 20) se llevó a cabo por más de 18 meses durante 1990 y 1991, por un focus group teniendo siempre como objetivo que las preguntas realmente representaran las experiencias que los diseñadores del cuestionario hayan tenido como terapeutas así como lograr conceptualizar las facetas de experiencia exploradas para asegurar una cobertura sistemática del tema tratado. El cuestionario ha tenido modificaciones a lo largo de estos años, en la medida que los investigadores de diversos países se han interesado en distintos aspectos del psicoterapeuta. El cuestionario fue originalmente diseñado en inglés por un equipo multilingüe de investigadores (Americanos, belgas, alemanes, ingleses, franceses, holandeses, italianos y suizos). El cuestionario ha sido traducido en árabe, chino, danés, holandés, finlandés, alemán, francés, griego, hebreo, húngaro, italiano, japonés, coreano, noruego, polaco, portugués, ruso, español y sueco y diferentes versiones de inglés americano e inglés británico, cada traducción fue sometida a evaluación por un par de investigadores bilingües antes de ser usada para recolectar información; cada juez calificaba cada pregunta y el set de instrucciones con una escala de cuatro puntos según considerara la precisión de la traducción (uno=excelente, dos= bueno, tres= marginal, cuatro= pobre). Las traducciones se aceptaban siempre y cuando ambos investigadores calificaban cada ítem y su instrucción como buena o excelente. Cuando no era así se volvían a revisar hasta que cumplieran este criterio. Aquellos ítems de un solo adjetivo se checkaron de manera independiente traduciéndolos de nuevo al inglés.

El cuestionario CCDP tiene un total de 431 ítems, la mayoría diseñadas en una escala de respuesta estructurada o lista de control para estandarización y fácil respuesta, también se incluyen preguntas abiertas. Está dividido en diez partes y a continuación se especifica el contenido de cada una de ellas.

La sección cero contiene cinco ítems que solicitan información de identidad personal como fecha de nacimiento, género, país de origen y fecha en que se responde el cuestionario.

La primera parte *Acerca de su formación especializada profesional* consta de 23 ítems que se refieren a la identidad profesional, la formación y grupos profesionales a los que se encuentre afiliada la persona

La segunda parte *Acerca de su experiencia profesional* con 21 ítems que tratan sobre el tiempo de práctica, el tipo de casos que atiende, el propio proceso psicoterapéutico, honorarios.

La tercera parte (51 ítems) recaba información *sobre el desarrollo personal del terapeuta a lo largo de su carrera profesional*, existen preguntas en las que se pide comparar habilidades actuales con aquellas que se tenían al inicio de la práctica profesional, así como la orientación teórica al momento de contestar la encuesta y al inicio de su ejercicio profesional, y las experiencias que han influido tanto positiva como negativamente su desarrollo profesional.

La cuarta parte (23 ítems) pide información sobre hasta cuatro distintos *procesos terapéuticos personales del terapeuta*, el tipo, duración, orientación, motivo por el que se tomó así como una valoración personal del proceso.

La quinta sección (52 ítems) explora la *orientación teórica actual* incluyendo el tiempo que llevan utilizando los marcos teóricos que guían su práctica, los objetivos de trabajo que establecen con mayor frecuencia y la manera que consideran ideal para relacionarse con los pacientes.

La parte seis contiene 36 ítems, aborda las *sensaciones que genera su trabajo profesional en la actualidad*, aquellas experiencias que puedan

tener una influencia tanto negativa como positiva en su desarrollo así como sus sentimientos durante las sesiones con los pacientes.

Con 43 ítems la sección siete se enfoca en la *práctica profesional del psicoterapeuta*: lugares en los que ejerce la psicoterapia, el número y tipo de pacientes que se ve, el número de casos que atiende en la actualidad, las diferentes modalidades de tratamiento. Además de cuestionar que tanta libertad, apoyo y satisfacción perciben tener en su espacio laboral más importante.

La sección ocho (96 ítems) aborda las *dificultades con las que los terapeutas se encuentran al trabajar con sus pacientes en la actualidad y las estrategias que utilizan para lidiar con ellas*. Esta sección examina también la flexibilidad o rigidez al manejar las limitantes del proceso terapéutico, el estilo interpersonal o forma de relacionarse con el paciente y varias preguntas abiertas sobre sus fortalezas y limitaciones.

La última sección, posee 81 preguntas que abordan *características personales*: estatus marital. La minoría a la que pertenecen, características de su familia de origen, sus niveles generales de satisfacción y estrés en su vida, sobre el bienestar emocional, su manera de relacionarse con personas a quienes considera cercanas, actividades recreativas y de autocuidado, religión en la que fue criado y aquella a la que pertenece en la actualidad

Orlinsky (2005) asegura que la extensión del cuestionario por sí mismo, implica que aquellos que lo responden deben estar realmente motivados.

## **2.4 Recolección de datos: encuestar a los psicoterapeutas**

Las encuestas fueron entregadas durante el primer semestre del 2010, en un sobre abierto que contenía una carta que se muestra en los anexos, explicando los fundamentos y el objetivo de la investigación, los procesos a seguir, el tiempo aproximado que se lleva para responder el cuestionario, la forma

en que se recogería el cuestionario, qué se haría con él, incluso preguntando si se estaba interesado en recibir los resultados.

Se planteó como objetivo recolectar 200 encuestas, se decidió esta cifra para tener un universo de al menos 100 cuestionarios respondidos porque con ellos había información suficiente para describir el perfil de los psicoterapeutas cuestionados.

Ya que el grupo de investigación está conformado por cuatro integrantes, Ligia Coronado, Osiel Equihua, Juliana Flores y Georgina Mojica; cada uno debía colocar 50 encuestas al menos, aunque finalmente se entregaron aproximadamente 250. En algunos casos se entregaban varias a alguna institución con quien se hacía un convenio para recuperarlas, por lo regular luego de un par de semanas. Otra modalidad fue entregar varios cuestionarios a algún psicoterapeuta quien se comprometía a involucrar a otros colegas, en muchas ocasiones el cuestionario se entregó a un solo psicoterapeuta quien acordaba llamar una vez que hubiera completado la tarea. El grupo de investigación llevaba una lista en la que se tenía el control del número de cuestionarios entregados a cada persona o institución para dar seguimiento a las mismas, se establecía un tiempo de entrega de dos semanas o bien se acordaba con las personas que llamaran una vez que la respondieran, cada investigador se hacía cargo de dichos cuestionarios que había entregado y uno de ellos iba reuniéndolas tal y como se recibían (en sobre sellado).

Una vez que se recuperaron las primeras 80, el equipo de trabajo se reunió para abrir los sobres, así como descartar aquellas inválidas (respondidas en menos de un 50%). Se comenzó a hacer el vaciado en Excel, hubo un segundo momento al tener las últimas 40 que se lograron captar, para lo cual se realizó el mismo procedimiento, la investigación se basa en un total de 120 cuestionarios recolectados a mediados del 2010, los cuales estaban respondidos al menos en un 50%, aunque la mayoría de los tomados en cuenta estaban respondidos entre el 90 y 100%. Aproximadamente 100 encuestas no se recuperaron, pues los psicoterapeutas no respondieron a las llamadas,

postergaban continuamente la entrega y algunos abiertamente comentaban no tener tiempo de responder.

## **2.5 Registro de datos**

Para realizar el vaciado de la información recolectada con Los cuestionarios se realizó una tabla de Excel, las preguntas abiertas se categorizaron en temas generales y las distintas respuestas se colocaban en cada categoría, por ejemplo la pregunta 8.89 ¿Cuál es tu punto más fuerte como terapeuta? De las 120 respuestas obtenidas surgieron las siguientes categorías: creatividad, disfrute, empatía, escucha, formación, formalidad, intuición, otras características personales y las casillas en blanco, así se estableció la gráfica con estos grandes rubros, y se repitió el proceso en las preguntas abiertas. Tal categorización se realizó buscando elementos comunes en las distintas respuestas que dieran la idea general de alguna de las categorías.

## **2.6 Encuadre ético del estudio**

Esta investigación no incluye ninguna pregunta que permita identificar a aquellos que lo responden, el vaciado de la información garantizó también la confidencialidad y anonimato al ser siempre manejados en grandes grupos y divididos al azar por los investigadores. Los resultados además siempre se presentarán agrupados y la categorización de las preguntas abiertas contribuye a mantener siempre el anonimato de los participantes.

La selección de psicoterapeutas se realizó en base a los criterios antes mencionados: a quien había concluido los estudios de licenciatura, que haya adquirido algún nivel que considere necesario y suficiente para ejercer la psicoterapia, ya sea un diplomado, maestría, especialidad o incluso curso, que ejerciera como psicoterapeuta al momento de ser encuestado, con el marco teórico de su elección. Se realizaba la invitación de manera verbal ya sea directamente o a través de algún directivo de las distintas instituciones en las que se entregaron cuestionarios, una vez que la persona accedía a colaborar se



entregaba el sobre con el cuestionario y una carta que explicaba los fundamentos y el objetivo de la investigación, los procesos a seguir, el tiempo aproximado que se lleva para responder el cuestionario, la forma en que se recogería el cuestionario, qué se haría con él, incluso cuestionando si se estaba interesado en recibir los resultados. Una vez respondido el cuestionario algún miembro del equipo lo recuperaba y permanecía cerrado hasta que se reuniera el total de los mismos, sin embargo, con el objetivo de agilizar el proceso de recopilación de datos se comenzó el vaciado teniendo 80 cuestionarios, siendo ya un número que permitía no identificar a los participantes, pues se mezclaban y posteriormente cada investigador tuvo la tarea de realizar el vaciado de 20 cuestionarios en la tabla de Excel. Al recibir los 40 restantes se realizó el mismo procedimiento para garantizar el anonimato.

Hasta esta etapa la investigación fue conjunta y llevada a cabo por los cuatro miembros que conforman el equipo de trabajo. En adelante, este estudio particular se centra en las siguientes secciones del cuestionario:

1. Acerca de la práctica psicoterapéutica actual del psicoterapeuta
2. Acerca de su trabajo psicoterapéutico actual

De las cuales surgen las siguientes preguntas centrales sobre el psicoterapeuta:

1. ¿En qué consiste el trabajo del psicoterapeuta en cuanto al campo de trabajo y la población que atiende?
2. ¿Cuáles son los efectos en su vida emocional y afectiva a partir del encuentro con el otro?
3. ¿Qué estrategias establece para manejar estas reacciones y las dificultades que se le presentan?

El promedio de edad de los encuestados es de 42 años, de las 121 encuestas 90 son mujeres y 27 hombres habiendo tres en blanco. Respecto a la

profesión 102 son psicólogos de los cuales 76 son psicoterapeutas y 15 psicoanalistas. Tres más son médicos.

### CAP. 3 MARCO DE REFERENCIA

Esta investigación se centra particularmente en el trabajo y la práctica del psicoterapeuta (sección siete y ocho del CCDP respectivamente), los distintos factores que influyen en cómo se lleva a cabo, tales como el contexto sociocultural, antecedentes del psicoterapeuta, cómo comprende, conoce y procesa la información y la experiencia de estar con el otro; esta epistemología no está solamente construida por su marco teórico de referencia, sino por su propia historia como persona y cómo se identifica a sí mismo en el campo profesional, es decir su estilo o forma de comportarse con los pacientes. También se debe tener en cuenta la zona y época en la que ejerce la profesión, así como los planteamientos éticos socioprofesionales.

El apartado siete en el CCDP “*acerca de su práctica terapéutica actual*” indaga los lugares en los que el profesional ejerce la psicoterapia. Si es institución pública o privada, con pacientes externos, hospitalizados o ambulatorios; si es individual, grupal, de pareja, familiar o incluso en el ámbito educativo. El número y tipo de pacientes que atiende, en cuanto a edad, diagnóstico y grado de perturbación. Con qué enfoque teórico ejerce, las diferentes modalidades de tratamiento y qué tanto se recurre a la farmacoterapia. Además de cuestionar qué tanta libertad, apoyo y satisfacción perciben tener en su espacio laboral predominante.

La sección ocho “*acerca de su trabajo terapéutico actual*” aborda las dificultades con las que los terapeutas se encuentran al trabajar con sus pacientes en la actualidad y las estrategias que utilizan para lidiar con ellas desde una perspectiva más afectiva del terapeuta, sus miedos, culpas, sentimientos de incapacidad, estancamiento y frustración entre otros conflictos que pueden surgir en el trabajo psicoterapéutico. También mide la flexibilidad o rigidez al manejar las limitantes del proceso terapéutico, el estilo interpersonal o forma de relacionarse con el paciente, si busca supervisión, bibliografía o diálogo entre colegas, si modifica el encuadre, si espera a que las cosas cambien o se muestra más proactivo, no solo se pregunta sobre las reacciones internas y estrategias para

abordarlas sino también cómo maneja estas dificultades y conflictos con el paciente. Finalmente se incluyen seis preguntas abiertas sobre sus fortalezas y limitaciones como psicoterapeuta.

El análisis de la práctica del psicoterapeuta nos permite conocer las características de la población, qué sectores de edad son quienes más se atienden en un proceso psicoterapéutico por los encuestados, qué modalidades terapéuticas predominan en la zona donde se aplicó el cuestionario, cuáles son los diagnósticos más frecuentes y los niveles de perturbación que abundan en la consulta; el registro que cada terapeuta posee de las características de la población con la que trabaja es material valioso que refleja los sectores vulnerables de esa sociedad, que permite contribuir en la realización de programas de intervención y prevención más apegados a las necesidades reales de las personas en el área de la salud mental. Los resultados también pueden contribuir a direccionar la formación de los terapeutas en aquellas áreas en las que se requiera mayor atención, las que demanden más personal, o especialización en algún tipo de perturbación o desajuste.

Para comprender los datos obtenidos, es conveniente relacionarlos con algunos marcos de referencia de autores que han abordado los temas de nuestra investigación. La importancia del encuentro terapéutico es algo reconocido en todas las corrientes teóricas desde el psicoanálisis por ejemplo “S. Freud se dedicó a estudiar e investigar un fenómeno que se presentaba durante la terapia al que denominó como transferencia, donde el analizante deposita en la figura del médico o analista, sucesos psicológicos vividos en el pasado, generalmente relacionados con imágenes parentales de la infancia. La transferencia es la herramienta fundamental con la que cuenta el analista y es una condición necesaria, para poder conducir el tratamiento. Fue nuevamente Freud quien definió la relación analítica no solamente desde la perspectiva del paciente sino también del analista, es decir como una relación bipersonal, recíproca, de transferencia y contratransferencia. La describió como la respuesta emocional del analista a los estímulos que provienen del paciente, como el resultado de la

influencia del analizado sobre los sentimientos inconscientes del médico.” (Etchegoyen, 1991, págs. 299-300).

Madrid (2005) habla sobre la relación de ayuda, “en su núcleo más elemental, ha sido definida como un encuentro entre dos personas: una que necesita ayuda y otra que quiere ayudarlo. Existe una relación íntima y necesaria entre la relación de ayuda y la comunicación interpersonal; todo cuanto dicen, hacen, o dejan de decir o de hacer el agente de ayuda y el ayudando es, esencialmente y en último término comunicación interpersonal. La interacción entre el Agente de ayuda y el Ayudando no es un proceso de comunicación cualquiera, sino que está dotado de unas características tan especiales que le hace gozar de una situación de privilegio dentro del amplio mundo de la comunicación interpersonal. La calidad de la comunicación tiene una influencia decisiva en el equilibrio o desequilibrio de la persona. Dada esta relación íntima entre la comunicación interpersonal y la Relación de ayuda, parece lógico que pueda deducirse que las bases sobre las que se asiente la Relación de ayuda deben establecerse partiendo de las líneas fundamentales de la comunicación interpersonal, ya que ésta constituye el punto de referencia necesario y su marco natural de encuadre” (pp. 94-97).

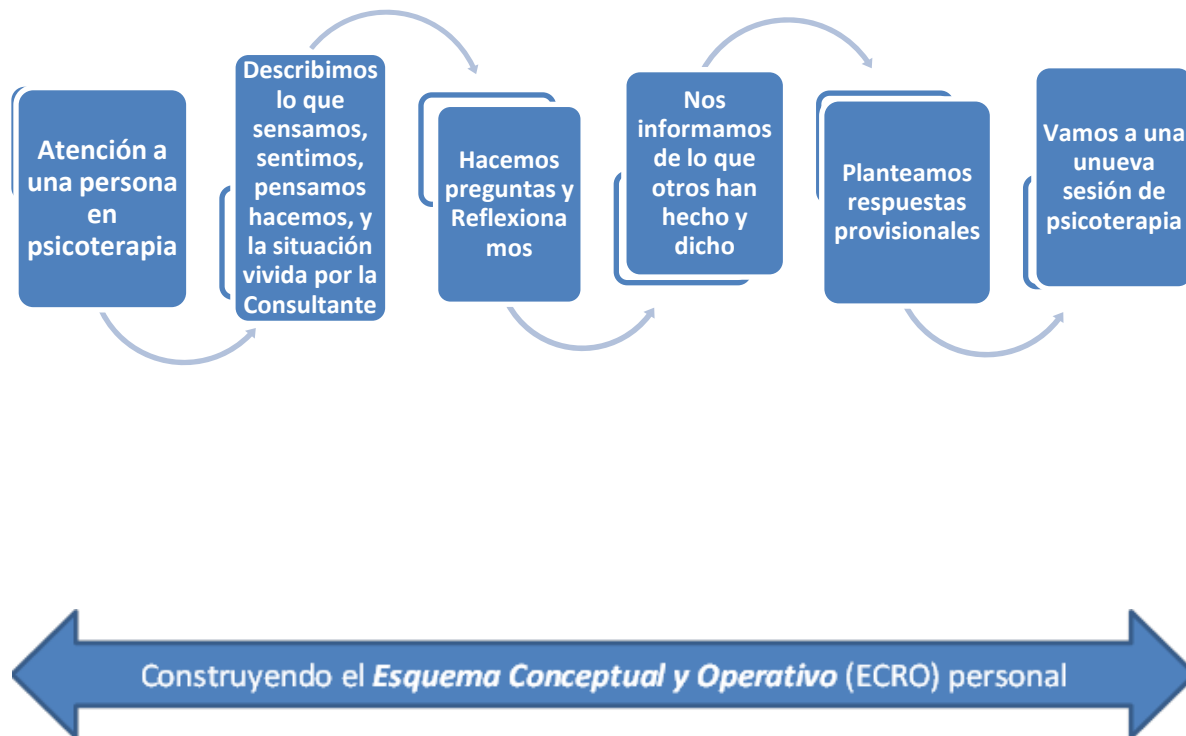
Rogers (1956) por su parte, fue uno de los más interesados en destacar la importancia que tiene la relación entre el cliente y el terapeuta para obtener resultados exitosos en la psicoterapia. Rogers realizó una lista de seis condiciones necesarias que le ayudarían al terapeuta a formar un proceso constructivo en psicoterapia. La primera de ellas consiste en que debe existir una relación con el cliente, lo define como un contacto psicológico, y es importante puesto que Rogers creía que los cambios positivos en la personalidad no ocurren excepto cuando nos relacionamos con otros. La segunda condición radica en que el cliente tiene que estar en un estado de incongruencia que lo vuelva vulnerable para que así el terapeuta pueda ser un agente de ayuda. La tercera habla sobre la personalidad del terapeuta, el cual tiene que mostrarse como alguien congruente, genuino e integrado, esto brindará contención y seguridad al cliente en su proceso. La

siguiente condición consiste en que el terapeuta tiene que aceptar cada uno de los aspectos de la experiencia del cliente como parte del cliente, pues así, éste estará obteniendo una aceptación incondicional por parte del terapeuta. La quinta habla sobre la importancia que la empatía tiene durante el proceso, comprender las emociones del paciente. La última condición tiene que ver con la manera en que el paciente percibe al terapeuta, el cliente debe sentirse comprendido y aceptado. (Rogers, 1956)

Los efectos entonces que el paciente tiene sobre el terapeuta van a influir en las estrategias que utiliza el psicoterapeuta en su trabajo, principalmente en las situaciones de conflicto en el proceso. Pero reconocer esta influencia dual no es suficiente para determinar el grado en que el profesional se ve afectado, si trasciende incluso al nivel de impedir reaccionar manera optima para el beneficio del paciente o decidir las estrategias más adecuadas, el cuestionario busca identificar algunos de los afectos que surgen en el psicoterapeuta al toparse con dificultades de diversas índoles en su ejercicio y valorar las estrategias que se ejecuta buscando la solución.

Esto conforma parte del proceso no solo de ejercer sino de ser psicoterapeuta, nos permite esclarecer paso a paso aquello que el terapeuta va viviendo, sintiendo, pensando, comprendiendo en la interacción y cómo eso influye posteriormente en sus decisiones de intervención; también la idea que va generando de sí mismo y cómo esto construye rasgos de su identidad como terapeuta. En palabras de Enrique Pichón Riviére nos referiríamos al Esquema Conceptual Referencial Operativo (ECRO) del terapeuta. (Pichón-Rivière, 1972, pág. 215)

El siguiente esquema elaborado por Moreno y Zohn (2013, pág. 96) ilustra la concepción del proceso de formación del psicoterapeuta desde el diálogo interdisciplinario, aporta claridad a lo que esta investigación pretende mostrar en relación a la práctica del psicoterapeuta y cómo la interacción con la persona que solicita de sus servicios influye no solo en el plano profesional sino en el personal.



### Esquema 1

“**Partir de la práctica** se refiere a la atención de personas en psicoterapia, las situaciones problema que los consultantes plantean y los terapeutas encuentran, la relación que se establece en el contexto psicoterapéutico” (Moreno y Zohn, 2013, pág. 95). El CCDP busca identificar en cada población en donde es aplicado, cuál es la población que más se atiende en psicoterapia y cuáles son sus características. Esto permite conocer el contexto en el cual opera el psicoterapeuta, de tal forma que pueden proponerse programas de formación y capacitación de acuerdo a las necesidades de cada población, de igual forma funciona como un reflejo de las dificultades de cada sociedad, al evidenciar cuáles son los problemas psicológicos que predominan en una sociedad tenemos una muestra emergente de las dificultades que en ella se viven, pudiendo establecer también programas de prevención.

Los dos siguientes pasos de la construcción del ECRO según este esquema, se evalúan en el apartado ocho, de la pregunta uno a la 26 del CCDP.

**“Reconocer lo que *sensó*, siento, pienso, imagino, recuerdo.** Tiene que ver con la capacidad para identificar la vivencia y los significados del terapeuta cuando atiende a personas en psicoterapia, reflexionar sobre ésta práctica y poner esta reflexión al servicio del proceso” (Moreno y Zohn, 2013, pág. 96).

**“Reflexionar y plantear preguntas generadoras.** La práctica de la psicoterapia genera una diversidad de cuestionamientos, incertidumbres y preguntas relativas a las-personas-en-situación que se atienden, a las teorías y conocimientos utilizados para comprenderlas y explicar sus problemáticas, y para orientar los modos de interacción e intervención con los consultantes (Moreno y Zohn, 2013, pág. 96).

Así el CCDP busca indagar el sentir del terapeuta al enfrentarse a su contexto, qué provoca en él, cuáles son las principales sensaciones y cuestionamientos que devienen de ellas, una vez identificadas, el cuestionario continúa evaluando las estrategias que el terapeuta plantea para intervenir, desde los propios recursos hasta la integración de nuevos con el fin de dar solución a las dificultades. Esto se abarca en los últimos peldaños que estructuran el ECRO, informarnos sobre lo que otros han hecho, plantear respuestas provisionales y tener una nueva visión, pasos que se explican por los autores (Moreno y Zohn, 2013) a continuación.

**“Aprender de lo que otros han hecho.** El diálogo interdisciplinario se lleva a cabo cuando nos acercamos al conocimiento de distintas disciplinas para comprender una situación particular. Adicionalmente, aprovechamos la experiencia clínica de los profesionales el campo de la psicoterapia. Todo esto enriquece nuestra visión para un quehacer psicoterapéutico más fundamentado y efectivo. Buscamos diferentes y variadas respuestas a las preguntas generadas en la práctica” (Moreno y Zohn, 2013, pág. 96)



**“Construyendo el Esquema Conceptual, referencial y Operativo (ECRO) personal.** Con todos los pasos anteriormente mencionados vamos configurando y transformando el ECRO de cada quien, alumno y profesor. Entendemos el ECRO, siguiendo a Pichón-Riviére (1972) como un "conjunto organizado de nociones y conceptos generales teóricos, referidos a un sector de lo real, a un universo del discurso, que permite una aproximación instrumental al objeto particular concreto. El ECRO es un producto de síntesis de disciplinas y conocimientos aparentemente antagónicos. En esa perspectiva, puede verse también como un instrumento interdisciplinario, en tanto que incluye aportes de distintas disciplinas, en la medida en que contribuyen al esclarecimiento del objeto de estudio (Pichón- Riviére, 1972)" (Moreno y Zohn, 2013, pág. 96).



**Esquema 2**

Siguiendo con la perspectiva de Moreno y Zohn (2013, p. 99) utilizan un esquema que denominan “desniveles transversales” que afirman se ponen siempre en juego en el contexto de la psicoterapia

Esta investigación contribuye a establecer solo parte del contexto histórico-socio-cultural al evidenciar el tipo de pacientes que se encuentran en él, pero el terapeuta es parte de este contexto también por lo cual los efectos que tenga sobre él también evidenciarán la postura filosófica que tiene sobre el ser

humano y las visiones que tiene sobre el mismo, como establecen los autores “debe preguntarse siempre por la influencia de las condiciones sociales, en los modos de sentir, pensar, valorar y actuar, tanto del consultante como del psicoterapeuta” (Moreno y Zohn, 2013, pág. 99) esto a la vez tiene un efecto en la relación interacción y comunicación, si bien esta investigación no trasciende al área de la interacción, sí cuestiona al terapeuta sobre las estrategias que plantea y ejecuta a partir de lo que percibe en el paciente y lo que éste genera en él, sin llegar a analizar los efectos que esto tiene en el paciente.

En el interés de indagar lo que implica para el psicoterapeuta ejercer esta profesión, los efectos que la relación tiene sobre él, en cuanto al sentir, pensar y las decisiones que toma para con el paciente en función de esto es que se han incluido en el cuestionario ítems que buscan la medición de estos elementos pues Orlinsky (2005) define la psicoterapia como “una ocupación diaria del terapeuta, fuente de sustento y compromiso personal profesional. Implica escuchar y hablar con pacientes, formando relaciones con ellos, y ejerciendo en su beneficio el entrenamiento especializado, habilidades y capacidades que el terapeuta ha adquirido y pulido a través del tiempo” (Pág. 41).

Los ítems del cuestionario que indagan las “Facetas del trabajo terapéutico” (Orlinsky y Helge Ronnestad, 2005, pág. 42) son los siguientes:

- Metas con los pacientes
- Habilidades para acercarse a esas metas,
- Dificultades a las que se pueden enfrentar los terapeutas en el trabajo con pacientes
- Estrategias de enfrentamiento
- La experiencia general de “Agencia relacional” que han continuado los terapeutas en su trabajo como resultado de continuar las metas del

tratamiento, con variaciones de grado de habilidades, dificultades y modos de enfrentarlos.

- Formas de participar en el trabajo terapéutico junto con los pacientes.
- Los sentimientos personales del psicoterapeuta en las sesiones con los pacientes.

En el siguiente esquema Orlinsky (2005, pág. 42) diferencia entre las acciones de las Intervenciones terapéuticas (Aspecto instrumental) y las Relaciones terapéuticas (Social y emocional) ambos aspectos del comportamiento interpersonal en el trabajo terapéutico.

| ESQUEMA                                       | Acciones del psicoterapeuta   |                         |
|---|---|-------------------------|
| Aspectos de la conducta                       | Intervenciones terapéuticas   | Relaciones terapéuticas |
| <b>Aspecto instrumental-<br/>del quehacer</b> | Metas del tratamiento<br><br>Habilidades clínicas<br><br>Dificultades en la práctica<br><br>Estrategias de enfrentamiento | Agente en la relación   |
| <b>Aspecto emocional-<br/>Social</b>          | Sentimientos del terapeuta en sesión  | Forma de relacionarse   |

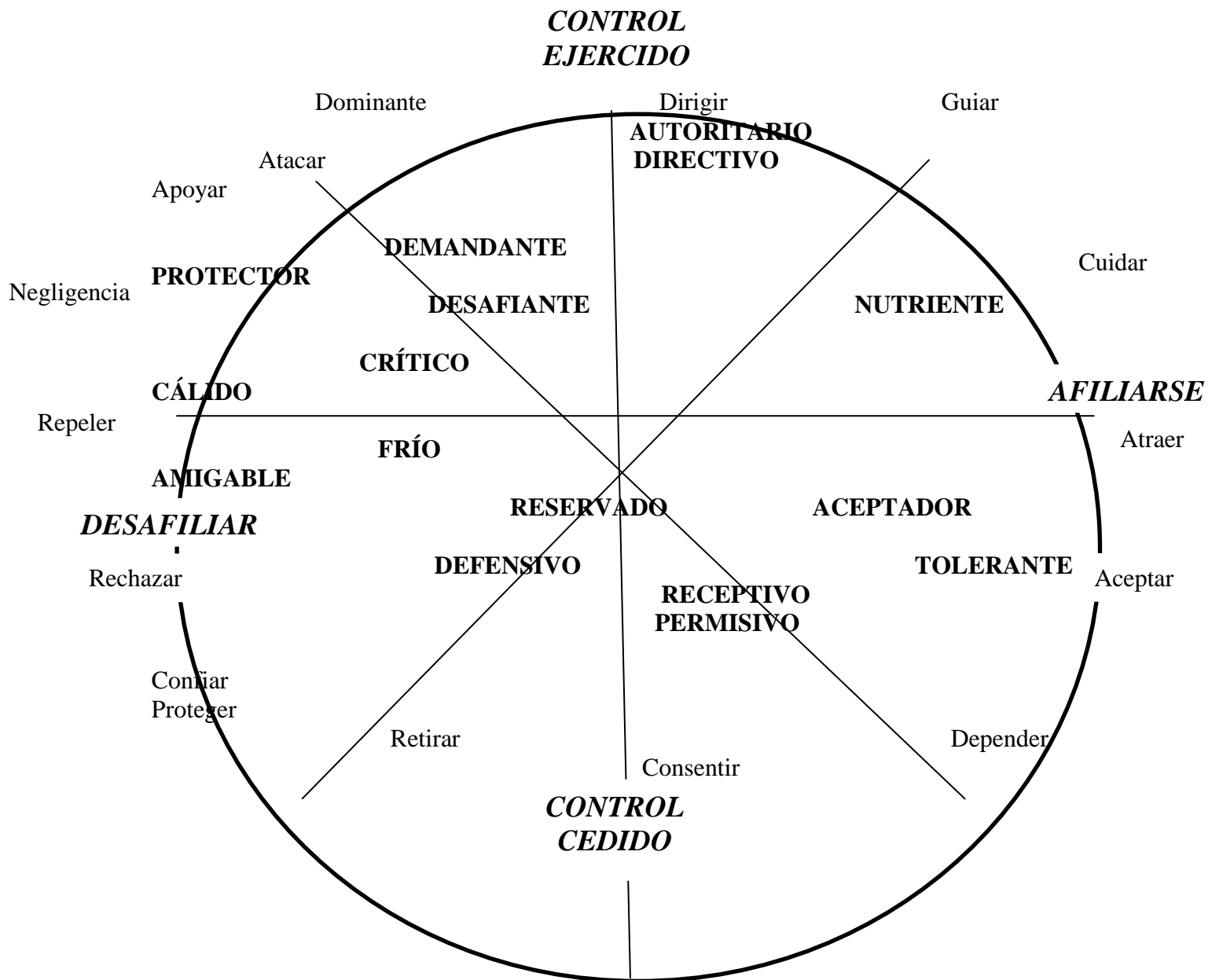
Esquema 3

De acuerdo al esquema anterior, el trabajo del psicoterapeuta debe considerar todo el contexto bajo el que se da el encuentro terapéutico desde aquellos aspectos que se requieren cubrir en el allá y el entonces como la formación del terapeuta, la experiencia adquirida, su ECRO, sus paradigmas de intervención. Así como lo que se desarrolla en el aquí y el ahora de la relación terapéutica que incluye sus afectos y estilos de relación.

Como puede verse en el esquema hay aspectos instrumentales que tienen que ver con la intervención metas, habilidades, dificultades, estrategias y con ser agente en la relación, es decir reconocerse proactivo en el rumbo de la sesión por su influencia en la interacción terapéutica. También están indicados los aspectos socioemocionales desde la interacción que son los sentimientos que experimenta durante la sesión y el modo de relacionarse.

EL CCDP sistematiza estos aspectos que se ponen en juego en la práctica del terapeuta.

Según un estudio sobre las relaciones interpersonales diádicas (Markey, 2003) el efecto que tiene una persona sobre la otra tienden a ocurrir en un patrón circular que puede predecirse por el modelo circunflejo de interacción en el que se observa que la conducta de una persona tiende a provocar en la otra una conducta complementaria. Leary (1957) citado en Orlinsky (2005, pág. 44) propone el siguiente esquema sobre la interacción



**Esquema 4**

El eje vertical hace referencia al Control social con un polo positivo en la parte superior, que representa la dominancia o control y un polo negativo, el inferior, que representa la Conformidad o sumisión; el polo horizontal es de Solidaridad o cohesión social, con un polo de lado derecho que es positivo y

representa Afiliación a atracción y su contraparte negativa a la izquierda que representa Rechazo o aversión, (Leary, 1957 citado en Orlinsky, 2005, pág. 44)

“En el esquema de Leary, se expresaron las combinaciones en donde el comportamiento interpersonal del terapeuta con el Otro (Paciente), puede manifestar un grado seguro de atracción y rechazo y/o un grado seguro de dominancia o conformidad hacia otro; además que hay una diversa combinación de categorías entre los puntos cardinales del esquema, que sistemáticamente pueden resultar 16 categorías.” (Orlinsky y Helge Ronnestad, 2005, pág. 45)

EL cuestionario busca medir aquellos sentimientos del terapeuta que aparecen más frecuentemente en la sesión. La categorización está basada en el “análisis teórico y empírico de la experiencia óptima y el desarrollo de la motivación intrínseca” (Csikszentmihalyi, 1990, citado en (Orlinsky y Helge Ronnestad, 2005, pág. 45) . “El modelo inicial de este autor propone 3 estados subjetivos básicos, basados en la co-relación relativa entre reto y habilidad que un individuo experimenta en una situación particular. Por ejemplo la ansiedad es un afecto que tiende a aparecer cuando una situación sobrepasa la capacidad de la persona de hacerse cargo” (Orlinsky y Helge Ronnestad, 2005, pág. 45) el reto presentado por la situación externa sobrepasa la habilidad de resolverlo o hacerse cargo. El aburrimiento se presenta cuando la situación no implica un reto para las habilidades de la persona. El estado óptimo se daría cuando las habilidades de la persona y las demandas de la situación logran empatarse e incluso en ocasiones las primeras se forzan a nuevos niveles. El estado subjetivo que caracteriza esta situación va de intenso ensimismamiento, respuesta adecuadamente calibrada y una profunda sensación de satisfacción generalmente acompañados de una pérdida de la atención de señales extrañas momentáneas y una disminución de la autoconciencia reflexiva. Cuatro escalas se construyeron para cada uno de los tres estados afectivos correspondientes al balance entre un reto situacional y una habilidad pertinente.

Esto tendrá un efecto directo en el trabajo del psicoterapeuta, Orlinsky (Orlinsky y Helge Ronnestad, 2005) establece que hay cuatro facetas en la

experiencia del trabajo terapéutico: *Metas, habilidades, dificultades y las estrategias de enfrentamiento.*

Las metas del tratamiento establecen cómo se han de medir los resultados del mismo, las habilidades terapéuticas se evaluaron en una lista de características que describen su estilo de interactuar con el otro, así como preguntas abiertas sobre aquellos aspectos que considera como fortalezas y una lista de 26 ítems que describen posibles dificultades propias mientras ejerce la psicoterapia, esto nos lleva a la siguiente categoría que se refiere precisamente a aquellos aspectos que conflictúan al psicoterapeuta al sentirse inhabilitado o no saber aplicar los recursos que posee en las situaciones que se presentan. Finalmente se evalúan las estrategias de enfrentamiento, el CCDP propone 29 posibles estrategias desde aquellas consideradas como positivas, hasta las que refieren evitación del conflicto, para que el terapeuta puntúe según el uso que haga de ellas ante las dificultades.

Como ya antes se mencionó, el cuestionario evalúa también el aspecto emocional-social en la intervención y la relación terapéutica. La agencia relacional se refiere a que el terapeuta debe apropiarse de un rol de ser agente de cambio y transformación basado en sus habilidades de interacción, la forma de relacionarse de los terapeutas, utiliza un factor de análisis de las escalas de cuatro dimensiones independientes: "Calidad de aceptación, calidez, tolerancia, y simpatía". (Orlinsky y Helge Ronnestad, 2005, pág. 55).

Ampliando las dimensiones de las experiencias de trabajo, podemos hablar de un segundo nivel de análisis. Estas nuevas dimensiones se presentan en la siguiente tabla (Orlinsky y Helge Ronnestad, 2005, pág. 64)

| Factores de segundo nivel            | Factores de primer nivel   | Factor |      |     |
|--------------------------------------|--|--------|------|-----|
|                                      |  | I      | II   | III |
| <b>I. Implicación en la curación</b> | Invertido (Agente relacional)                                      | .76    |      |     |
|                                      | Afirmando (Forma relacional)                                       | .71    |      |     |
|                                      | Cómo fluye (Sentimientos dentro de la sesión)                      | .69    |      |     |
|                                      | Afrontamiento constructivo (Estrategias de afrontamiento)          | .62    |      |     |
|                                      | Complaciente (Forma relacional)                                    | .49    |      |     |
|                                      | Habilidades relacionales básicas (Habilidades actuales)            | .48    | -.52 |     |
| <b>II. Implicación estresante</b>    | Dificultades (Dificultades en la práctica)                         |        | .81  |     |
|                                      | Ansiedad (Sentimientos dentro de la sesión)                        |        | .65  |     |
|                                      | Evadiendo el compromiso terapéutico (Estrategias de afrontamiento) |        | .62  |     |
|                                      | Aburrimiento (Sentimientos dentro de la sesión)                    | .35    |      |     |
|                                      |  |        | .52  |     |
| <b>III. Implicación de control</b>   | Dominante (Forma relacional)                                       | .77    |      |     |
|                                      | Reservado (Forma relacional)                                       | .55    |      |     |
|                                      | Eficaz (Agente relacional)   | .50    | -.30 |     |
|                                      |  | .55    |      |     |
|                                      |  |        |      |     |
| <b>Cronbach's</b>                    |  | .74    | .66  |     |
|                                      |  | .43    |      |     |



**Implicación en la curación** es el primer factor a analizar sobre la experiencia del trabajo terapéutico, para lograrlo se establecieron rasgos de personalidad que se relacionan con el nivel de involucramiento con los factores mencionados en el primer nivel de la tabla anterior, (Orlinsky y Helge Ronnestad, 2005, págs. 62-63) el estar involucrado (Comprometido, participativo) ser eficaz (efectivo, organizado) como agente relacional, confirmar al otro (reconocer, ser amigable, cálido), complaciente (permisivo, receptivo, nutricional) en su modo de relacionarse, experimentar estados de fluir con el otro (estimulado, inspirado) durante las sesiones de terapia. Y usando estrategias de enfrentamiento constructivo cuando se trata con dificultades.

Orlinsky (2005) argumenta que el trabajo terapéutico necesita una disciplina que mantenga un límite apropiado entre los aspectos profesionales y personales de cuidar a otro, concentrando su atención en un solo objetivo y desarrollar al máximo las habilidades para alcanzarlo genera un nivel de involucramiento de fluir con el otro.

**Implicación estresante** plantea un panorama distinto al anterior en cuanto a lo que experimenta el terapeuta en su práctica, está relacionado con las dificultades y los afectos que estas despiertan y los efectos que tienen en la toma de decisiones de parte del profesional como evadir el compromiso. Aquí se evalúa el efecto que tiene en el trabajo terapéutico el que el terapeuta se enfrente con sus limitaciones y áreas vulnerables, las propias y las provocadas por el enorme reto que pueda representar un paciente debido a sus condiciones.

**Implicación de control** describe la modalidad de control que el terapeuta percibe tener en la relación terapéutica, que puede ser dominante: directiva, demandante y de reto aunque en el plano relacional puede ser más bien reservado, vigilante y desapegado y aun así mantener un nivel alto de control.

“La relación con el control fue definida<sup>2</sup> principalmente por el modo dominante de relacionarse con los pacientes por parte de los terapeutas, principalmente: Ser directivo, autoritario, desafiante, retador, que cuestiona las ideas. Secundariamente por una combinación de la sensación de ser eficiente y relacionándose con reserva (Imparcial, objetivo, reservado, cauteloso) con una inclinación hacia evitar el compromiso-unión terapéutico cuando se confrontan las dificultades.” (Orlinsky & Helge Ronnestad, 2005, págs. 66-67) Esto depende no solo de la orientación teórica sino de los rasgos de personalidad del terapeuta. El cuestionario utiliza estos criterios al evaluar las estrategias para el manejo de las dificultades.

El CCDP busca evaluar las modalidades de tratamiento (individual privado, individual público, pacientes hospitalizados en sector privado etc.) y el tiempo que pasan en cada una, para poder ligarlas con el grado de satisfacción que experimentan al realizar tal actividad y el control que percibe tener sobre la selección de pacientes, el número la orientación teórica, horarios y duración del tratamiento.

Orlinsky (2005) apunta que al evaluar los niveles de discapacidad de los pacientes se adaptó del Manual Estadístico de los Trastornos Mentales (Asociación Americana de Psiquiatría 1994) el eje V que evalúa la actividad global. Este eje se basa en la opinión del clínico sobre el nivel general de actividad del sujeto utilizando la EEAG (escala de evaluación de la actividad global) en relación con la actividad psicosocial, social y laboral, excluyendo las alteraciones en la actividad debido a limitaciones físicas o ambientales.

Se les pide a los terapeutas identifiquen cuantos pacientes tratan actualmente en cada nivel.

---

<sup>2</sup> En la investigación original.

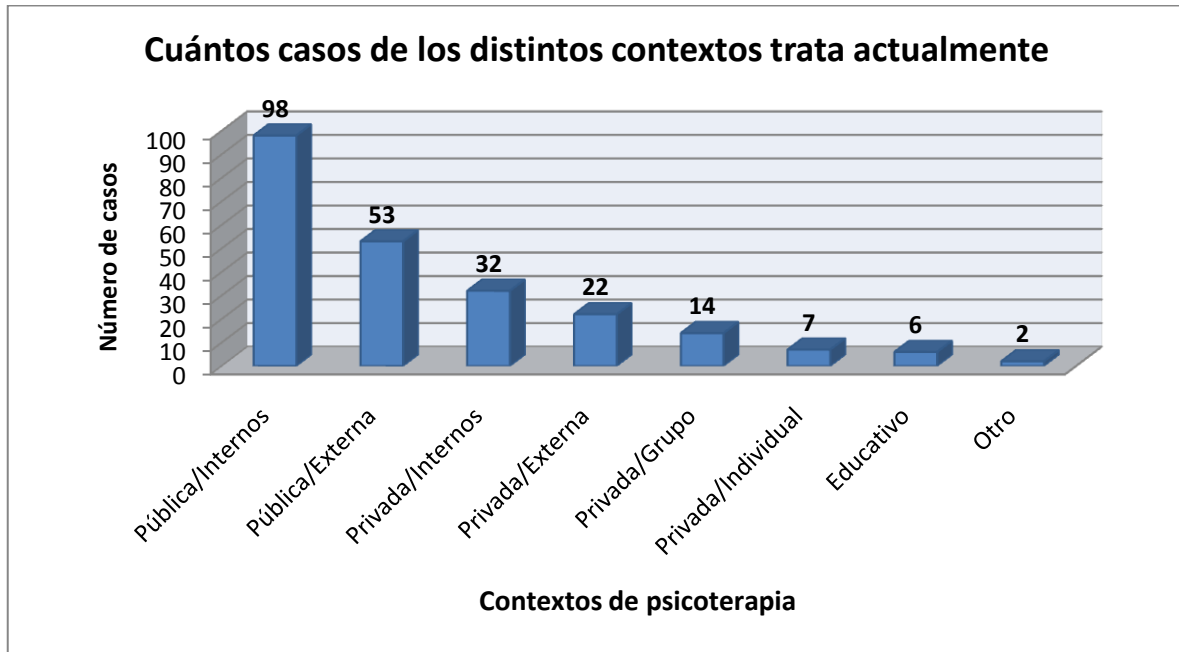
## **CAP. 4 RESULTADOS: ANÁLISIS Y REFLEXIONES**

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario común de desarrollo del psicoterapeuta en las áreas relacionadas con su práctica profesional y acerca de su trabajo terapéutico actual. La presentación de los resultados se hará analizando cada pregunta, comparando los ítems que contienen los puntajes más altos vs. los menores. Esto puede ayudarnos a esbozar un perfil de los psicoterapeutas que colaboraron en esta investigación, en cuanto a su campo de acción, el tipo de pacientes que ve y las reacciones que estos les provocan. También se analizan las dificultades que enfrenta y las estrategias que plantea a partir de ellas. Se incluyen también las habilidades con las que se identifica y su manera de vincularse en la relación terapéutica. Los temas del cuestionario aquí revisados son: De su práctica psicoterapéutica actual y acerca de su trabajo terapéutico actual, correspondientes al apartado siete y ocho respectivamente.

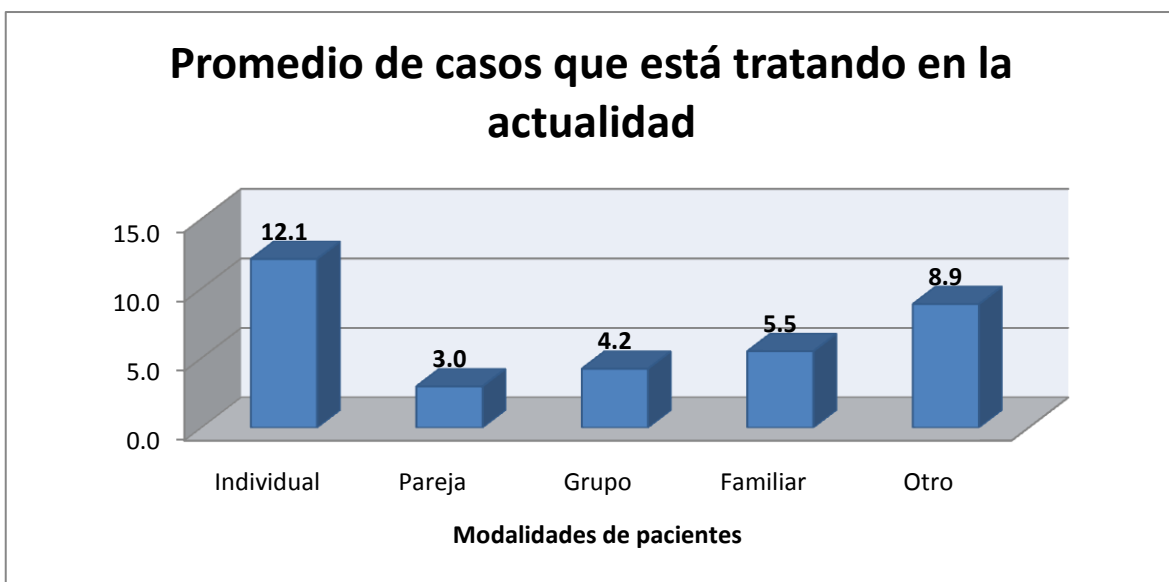
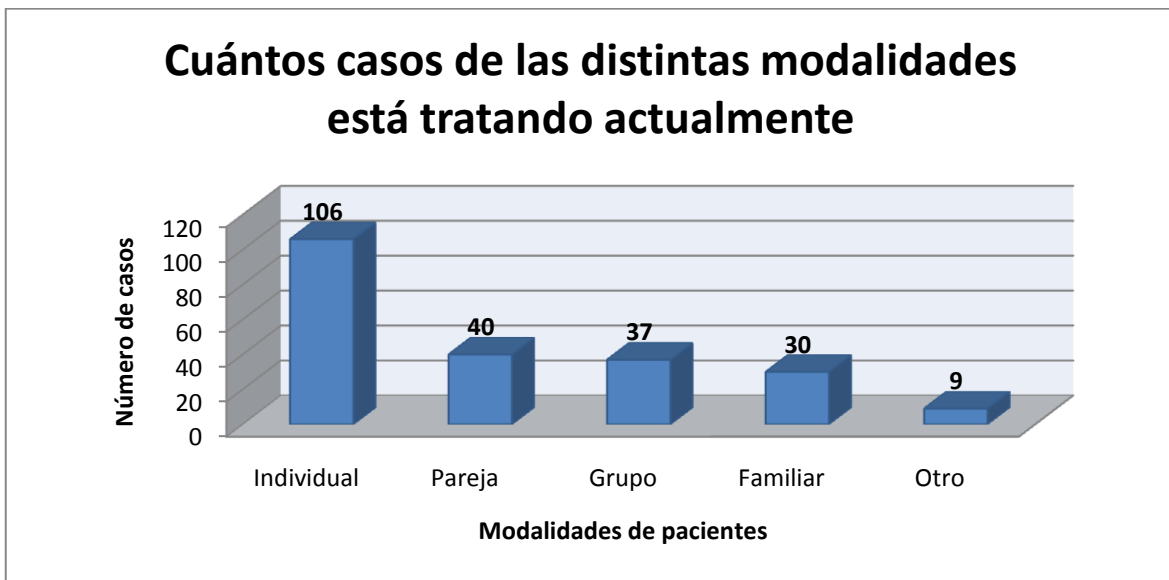
### **4.1 De su práctica psicoterapéutica actual**

Se pidió a los psicoterapeutas evaluados anotaran el número de horas que trabajan en distintos contextos, de acuerdo a los 116 participantes que responden ese reactivo (las dos siguientes graficas ilustran los resultados), 98 se dedican a la consulta privada de manera individual, siendo el mayor porcentaje de la población que practica en este contexto, sin embargo las horas invertidas a este rubro es de tan solo 13 a la semana. Contrariamente solo dos personas reportan dedicarse a la consulta pública con pacientes hospitalizados sin embargo arrojan el mayor número de horas en la encuesta que es de 24 semanales lo que nos puede indicar el nivel de demanda que este campo requiere de sus profesionales al ser pacientes institucionalizados. Cabe destacar que en varias organizaciones públicas de salud las citas se dan en lapsos mayores a una semana a diferencia de la consulta privada, lo que puede aumentar el número de casos por hora disponible. En segundo lugar en horas se encuentra la consulta privada también con pacientes institucionalizados con un total de 19 a la semana siendo solo seis personas quienes reportan dedicarse a esto. La terapia grupal privada es la que

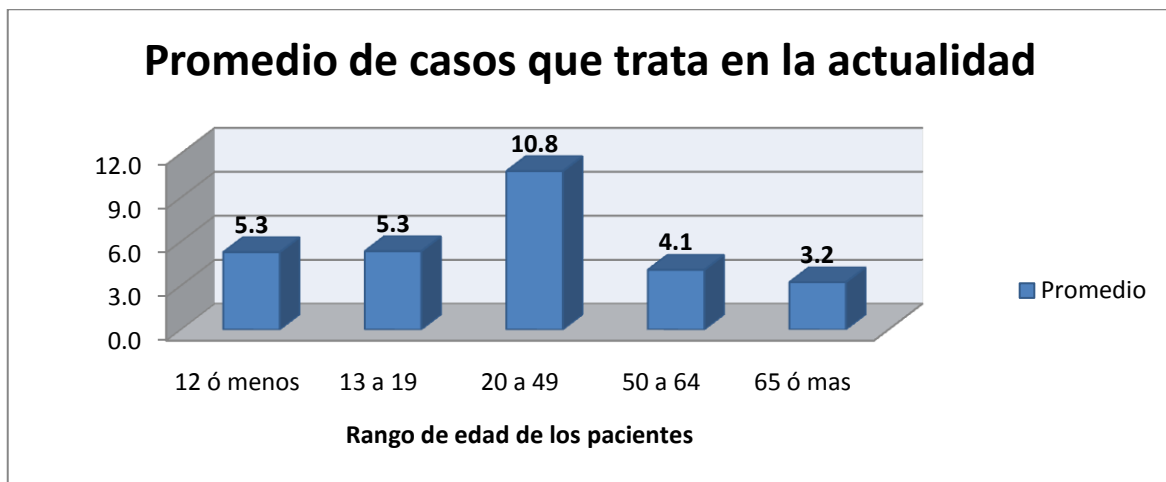
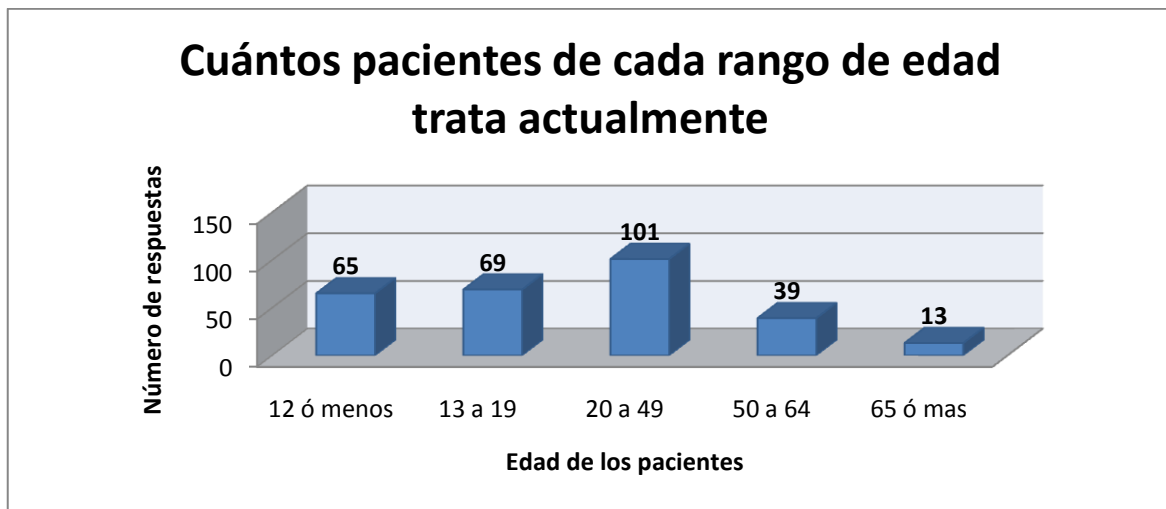
reporta el menor número de horas, siendo solo siete en promedio. Debe tomarse en cuenta que muchas personas tienen múltiples campos de acción.



La encuesta solicita a los terapeutas que indicaran la cantidad de pacientes que trata en distintas modalidades, siendo la terapia individual la que encabeza la lista con 106 de los encuestados y un promedio de 12.1 casos, le sigue la terapia de pareja con 40 terapeutas que reportan tres casos promedio, intervención grupal cuenta con 37 terapeutas que atienden 4.2 casos, terapia familiar 30 personas con 5.5 casos y otras modalidades siendo nueve personas que reportan 8.9 casos en los que especifican talleres, supervisión, asesorías y orientación así como perfiles de estrés. Las siguientes gráficas clarifican lo citado.



Ya hemos hablado de los contextos en los que ejercen los evaluados de esta ciudad, así como la cantidad de horas que invierten en ellos, ahora abordemos cuáles son las edades de mayor atención. Predominan los de 20 a 49 años con un promedio de 10.8 pacientes que reportan los 101 terapeutas que aseguran trabajar con este grupo de edad. Empatán con un promedio de 5.3 pacientes aquellos menores de 12 y los que se encuentran entre los 13 y 19 años. 4.1 casos de 50 a 64 años y finalmente los menos atendidos están por arriba de los 65 siendo solamente 3.2 casos reportados por los 13 terapeutas que atienden adultos mayores.

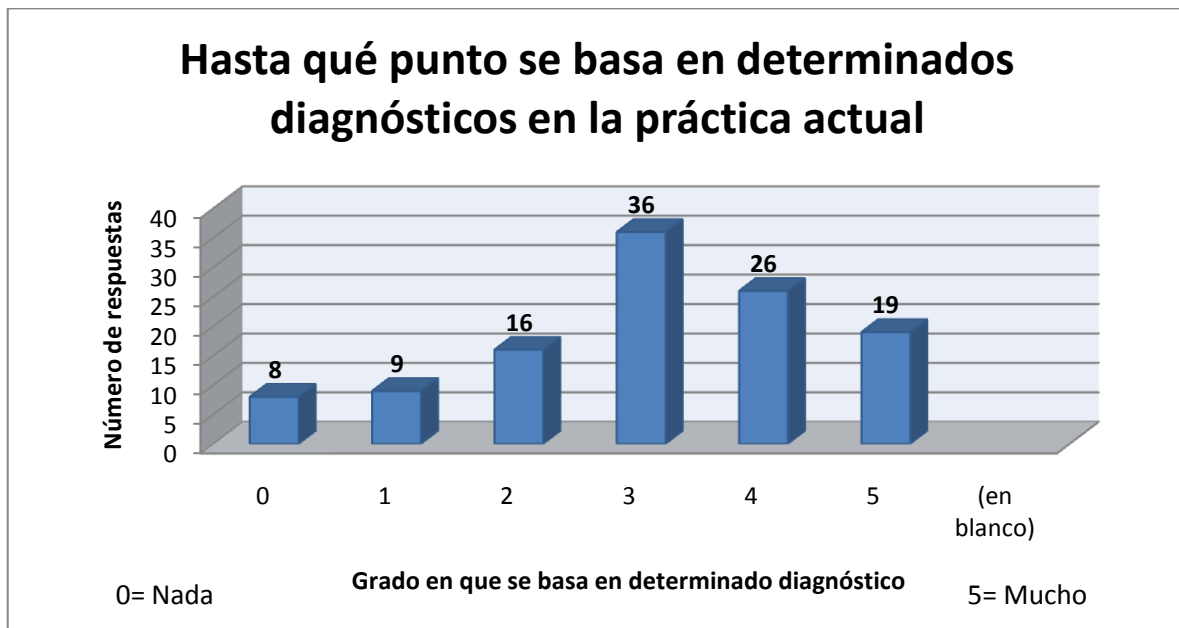


Otro criterio de clasificación de la población atendida fue el del diagnóstico y los niveles de gravedad de las personas con quien el terapeuta ejerce. Se les

solicitó a los encuestados describieran qué tipo de pacientes trata permitiendo que usen el sistema diagnóstico o descriptivo que prefieran, al ser una pregunta abierta se reportan a continuación solamente aquellos cinco que se repiten con más frecuencia

1. Problemas del estado de ánimo
2. Trastornos de personalidad
3. Atención a niños y adolescentes (a pesar de no ser un diagnóstico se repitió de esta manera en varios cuestionarios)
4. Problemas relacionados con las familias
5. Acontecimientos que irrumpen repentinamente con el equilibrio

Hay que señalar también que la moda es a ubicarse en el centro del continuo con un sesgo hacia “mucho”.



Otra característica fundamental a ser tomada en cuenta en la práctica profesional de un psicoterapeuta es el grado de perturbación o deterioro con el que trata pues esto va a determinar los efectos que tiene sobre la vida afectiva del terapeuta y las estrategias que planea. 80 de los terapeutas evaluados reportan tener un promedio de 6.1 casos leves, 74 hablan de 5.1 casos moderados, siguen

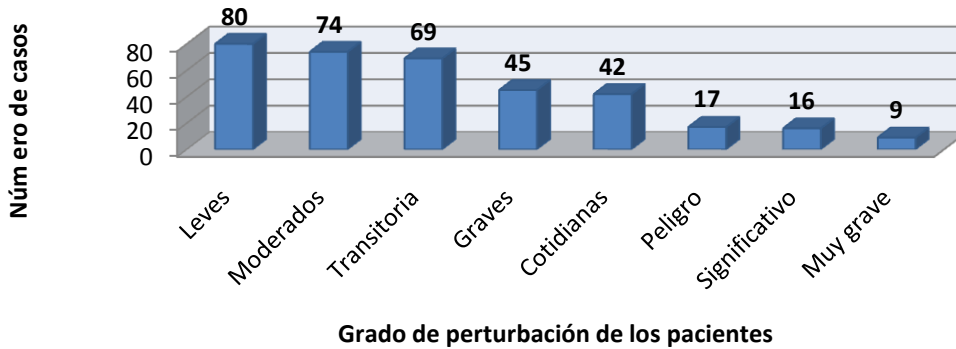
69 terapeutas que atienden 4.9 casos con un grado transitorio de perturbación, 17 terapeutas reportan trabajar con casos en peligro y solamente nueve muy graves, sin embargo el promedio de casos es de 5.1 y 3.3 respectivamente, vemos que los casos en peligro no son los menos, sino que se equipara al promedio de casos moderados atendidos, la diferencia es el número de terapeutas (nueve) que se encargan de los casos peligrosos que resulta significativamente menor a aquellos que tratan casos moderados (74).

Basándonos en el eje V del DSM-IV-TR (APA, 2000) que es la fuente de la cual la investigación original se basa para diseñar esta parte de la encuesta; hablaríamos que el grueso de los pacientes atendidos por los terapeutas de la ciudad de León que respondieron el cuestionario, oscilaría entre el 60 y el 80 que refieren síntomas moderados (afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (ej. Pocos amigos, conflictos con compañeros) hasta síntomas transitorios que constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (ej. Dificultades para concentrarse tras una discusión familiar), sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (ej. Descenso temporal del rendimiento escolar). Los más atendidos son aquellos con síntomas leves (ej. Humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (ej. Berrinches ocasionales o robar algo encasa) pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.

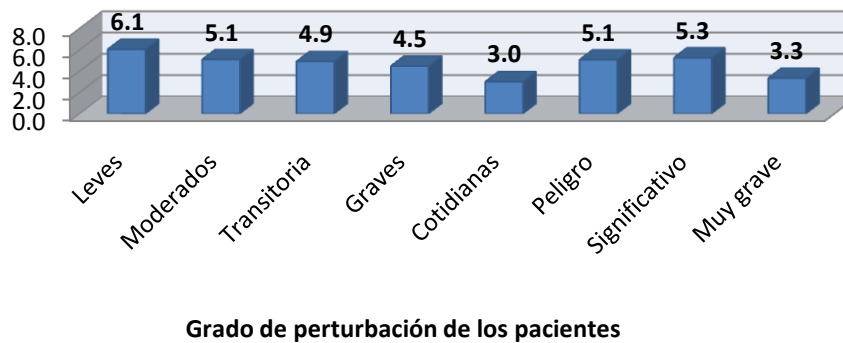
El menos atendido no coincide con los pacientes que se incluyen en lo más bajo de la escala del eje V en el DSM que serían aquellos considerados peligrosos y representan un peligro persistente de lesionar a otros o a sí mismo o incapaz de mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte. El menos atendido pues, es el muy grave que son aquellos pacientes con ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas.



## Cuántos pacientes de diferente grado de perturbación trata actualmente



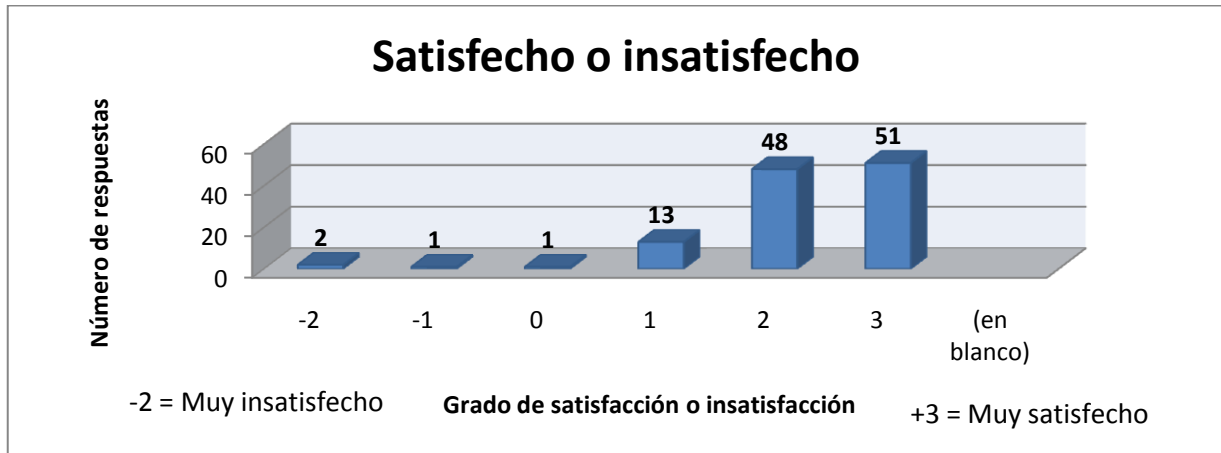
## Promedio de casos que trata en la actualidad



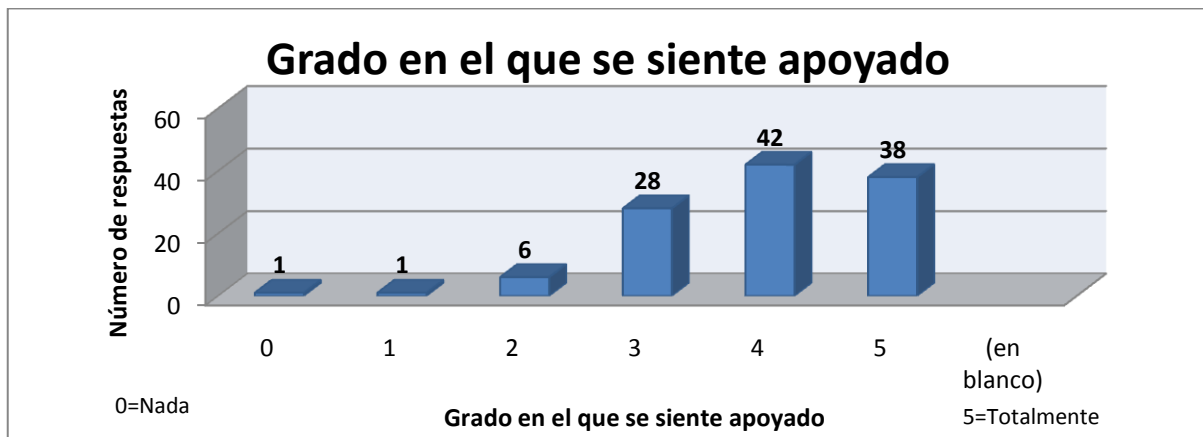
Dependiendo de la población y la gravedad de los casos que se atiende, pueden utilizarse otros recursos que complementen el ejercicio del psicoterapeuta, uno de los más utilizados es la farmacoterapia. 66 terapeutas puntúan la psicoterapia como principal tratamiento y la farmacoterapia como un apoyo a ésta. 24 terapeutas ven el uso de fármacos como tratamiento principal, contra 13 que los declaran tratamientos opuestos.

Para concluir el primer tema, hablaremos sobre el nivel de satisfacción que presentan los psicoterapeutas en relación al contexto principal en el que ejerce la psicoterapia, qué tan apoyado se siente en este contexto y qué tan afectado se percibe por la situación económica del país.

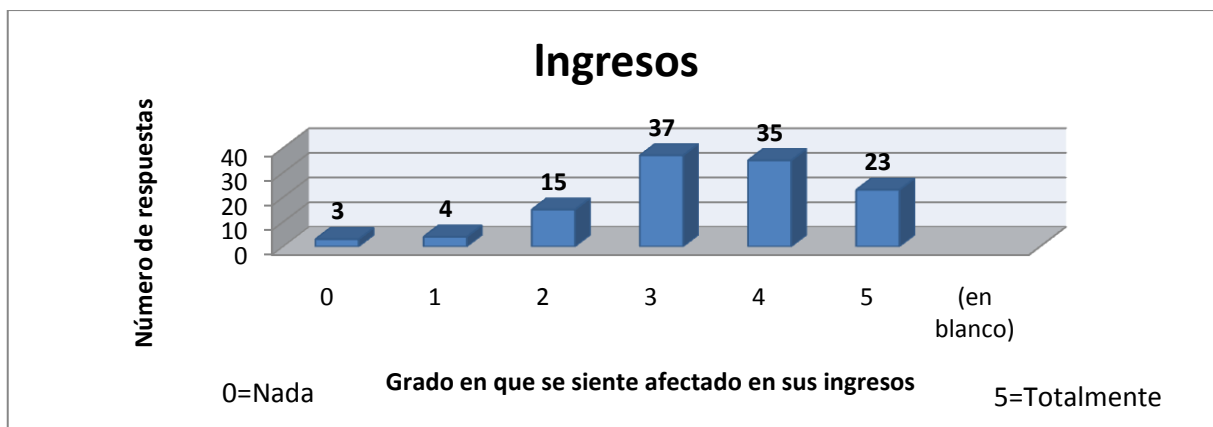
El nivel de satisfacción con el contexto en el que practica es el máximo, siendo 51 de las personas encuestadas.



De igual manera el grado en que se sienten apoyados en su contexto predomina en los dos puntos más altos de la escala (cuatro y cinco), con un total de 80 de los encuestados.



Se evaluó también su percepción sobre el impacto que el contexto político económico del país tiene particularmente en sus ingresos las respuestas tienden a los puntos máximos de la escala aunque el grueso de la población se mantiene en un puntaje medio, es decir que se reconoce cierta influencia de los vaivenes político-económicos.



El grado de satisfacción de un profesionalista depende entre otras cosas del poder de decisión que tiene sobre su ejercicio, a continuación se citan las variables consideradas ordenadas de aquella considerada más independiente de factores externos a aquella sobre la que se tiene menos control según los evaluados: orientación teórica, horario, duración de los tratamientos, sus otras condiciones de trabajo, número de pacientes y finalmente la selección de pacientes.

En general el nivel de satisfacción que los terapeutas sienten con su trabajo tienden a los puntajes más altos, pues al responder “¿en qué medida se siente satisfecho o insatisfecho respecto al contexto principal en el que ejerce su práctica terapéutica?” 106 de los 115 que respondieron esta pregunta, reportan un elevado nivel de satisfacción.

#### 4.2 Acerca de su trabajo terapéutico actual

Haciendo referencia al esquema tres presentado en el marco de referencia, dividiremos los siguientes resultados en los dos aspectos de la conducta del terapeuta en el trabajo terapéutico.

- a) Aquellos relacionados con el *aspecto instrumental* del quehacer terapéutico que son las metas del tratamiento, las habilidades clínicas, las dificultades en la práctica, las estrategias de tratamiento y la agencia en la relación.

- b) El *aspecto emocional* social que se refiere a los sentimientos del terapeuta en la sesión y la forma que tiene de relacionarse.

Comencemos con el aspecto emocional social. El CCDP dedica 26 ítems en los que plantea reacciones afectivas ante diversas situaciones que puede experimentar el psicoterapeuta en su ejercicio profesional, se muestra a continuación una tabla que ordena estos sentimientos del mayor al menor según los resultados reportados por los terapeutas, en la columna izquierda se presenta el número que promedia en los 120 encuestados entre más cercano a cero esté indica que los terapeutas se identifican con menos frecuencia con tal situación.

| Afecto   | Puntuación |
|--|------------|
| Con poca confianza en su capacidad para producir efectos benéficos sobre el paciente                               | 1.45       |
| Presionado por expectativas muy altas de éxito y rendimiento profesional con los pacientes                         | 1.31       |
| Inseguro acerca de cuál es la mejor manera de tratar al paciente   | 1.23       |
| Enojado porque algunas circunstancias de la vida del paciente están impidiendo un resultado benéfico en la terapia | 1.08       |
| Estancado con un paciente en una relación que parece no llegar a ningún lado                                       | 1.07       |
| Irritado con un paciente que está bloqueando activamente todos sus esfuerzos como terapeuta                        | 0.99       |
| Angustiado por su incapacidad para cambiar la trágica situación vital  | 0.97       |

|   |      |
|---|------|
| de un paciente  |      |
| Recurriendo excesivamente a la teoría/técnica   | 0.91 |
| Frustrado al lidiar con pacientes poco motivados o esperando que usted lo haga todo               | 0.91 |
| Otro  | 0.91 |
| Incapaz de generar el impulso suficiente para llevar la terapia en una dirección constructiva     | 0.82 |
| Desmoralizado   | 0.82 |
| Incapaz de hacer frente a las altas demandas del paciente   | 0.81 |
| Empujando o asumiendo toda la responsabilidad   | 0.81 |
| Preocupado  | 0.78 |
| Incapaz de comprender la esencia de los problemas   | 0.78 |
| Culpable  | 0.73 |
| Alterado porque las circunstancias de su vida personal interfieren con su trabajo con un paciente | 0.72 |
| Incapaz de guiar o conducir la terapia por un camino constructivo                                 | 0.72 |
| En conflicto al tratar de compaginar sus obligaciones hacia un                                    | 0.69 |

|   |      |
|---|------|
| paciente con propias obligaciones hacia otras personas  |      |
| En peligro de Perder el control de la situación terapéutica                                     | 0.59 |
| Frustrado con un paciente que le está haciendo perder el tiempo                                 | 0.58 |
| Incomodo de que sus propios valores le impidan mantener una actitud apropiada hacia el paciente | 0.56 |
| Incapaz de empatizar con las experiencias del paciente  | 0.55 |
| Incapaz de encontrar algo que le guste o que pueda respetar en un paciente                      | 0.45 |
| Temeroso de estar causando más daño que beneficio a un paciente en terapia                      | 0.42 |

Algunas de las situaciones que fueron planteadas como “otras” se presentan a continuación: Confrontar por cuestiones de pago de honorarios, Lidar con papás de adolescentes, presiones institucionales, la situación económica se toca de diversas formas como causante de frustración cuando eso motiva que se vaya algún paciente, presión por el deterioro económico del país en general, o dificultad para seguirse capacitando por estos motivos.

En la línea de la forma en que se relaciona el terapeuta el cuestionario plantea la siguiente pregunta: “¿Cómo se describiría a usted mismo como terapeuta, cual es actualmente su estilo o forma de comportarse con sus pacientes?” La siguiente tabla muestra las respuestas de la más identificada a la menos.

| <b>Estilo</b> | <b>Puntuación</b> |
|---------------|-------------------|
| Comprometido  | 2.81              |
| Amigable      | 2.64              |
| Involucrado   | 2.61              |
| Cálido        | 2.59              |
| Tolerante     | 2.58              |
| Aceptador     | 2.54              |
| Intuitivo     | 2.50              |
| Acogedor      | 2.49              |
| Organizado    | 2.47              |
| Eficaz        | 2.45              |
| Decidido      | 2.39              |
| Hábil         | 2.34              |
| Sutil         | 2.13              |
| Cauteloso     | 1.97              |

|               |      |
|---------------|------|
| Con autoridad | 1.92 |
| Reservado     | 1.70 |
| Sabio         | 1.68 |
| Protector     | 1.62 |
| Directivo     | 1.60 |
| Crítico       | 1.51 |
| Exigente      | 1.30 |
| Desapegado    | 0.66 |
| Desafiante    | 0.43 |
| Frio          | 0.41 |

Desde el modelo circunflejo de Leary (Orlinsky y Helge Ronnestad, 2005) mencionado en el marco de referencia, la mayoría de los terapeutas se ubica en los cuadrantes del lado izquierdo que incluyen un estilo interaccional protector, nutricional, cálido, amigable, aceptante y tolerante. La tendencia es que van disminuyendo en la medida que los calificativos se acercan hacia lo permisivo, receptivo y lo autoritativo directivo quedando en los puntajes más bajos lo relacionado con el polo derecho que describe una actitud más desafiliada



incluyendo una interacción reservada, defensiva o bien demandante y confrontativa siendo lo menos frecuente la frialdad y el criticar.

Ahora pasemos al aspecto instrumental del quehacer terapéutico, una vez que se han registrado las respuestas afectivas y los estilos para relacionarse que predominan se evalúa la frecuencia con la que el terapeuta utiliza distintas estrategias en su quehacer cotidiano, cómo organiza su encuadre, cuáles son sus metas de tratamiento y la forma en que se deja ver por el paciente.

| <b>Con qué frecuencia</b>  | <b>Puntuación</b> |
|--|-------------------|
| Permite que algunas sesiones se alarguen más del tiempo establecido  | 2.06              |
| Realiza sesiones adicionales o de urgencia   | 1.79              |
| Realiza o recibe llamadas telefónicas o cartas que no traten de cuestiones puramente formales (tales como acordar la hora de una sesión) | 1.42              |
| Permite interrupciones durante la sesión (por ejemplo, llamadas telefónicas)   | 1.08              |
| Inicia o acepta algún contacto físico no sexual que vaya más allá de un apretón de manos   | 1.08              |
| Intercede por sus pacientes ante otras personas o instituciones  | 0.79              |
| Mantiene relaciones sociales o profesionales con sus pacientes fuera de la situación terapéutica   | 0.44              |

|  |      |
|--|------|
| Acepta reunirse en lugares diferentes al lugar del trabajo habitual                                  | 0.44 |
| Realiza durante la sesión algún tipo de actividad ajena a ésta (por ejemplo leer la correspondencia) | 0.11 |

El aspecto instrumental pretende conocer las estrategias que se utilizan al enfrentar las dificultades, es decir, no solo la intervención cotidiana sino las formas de operar ante una situación nuevamente se ordenan de las más usadas a las menos frecuentes.

| <b>Estrategia</b>   | <b>Puntuación</b> |
|---|-------------------|
| Consulta sobre el caso a un terapeuta con más experiencia   | 4.07              |
| Consulta libros o artículos relevantes  | 4.02              |
| Se da permiso a sí mismo para experimentar y observar en sí mismo las emociones difíciles o perturbadoras | 3.90              |
| Reflexiona privadamente acerca del origen del problema  | 3.90              |
| Involucra en el caso a otro profesional o institución o va a supervisión                                  | 3.89              |
| Trata de ver el problema desde otra perspectiva   | 3.84              |
| Discute el problema con un colega   | 3.78              |
| Poner límites para contener al paciente dentro de un marco terapéutico apropiado                          | 3.75              |

|  |      |
|--|------|
| Comprueba si usted y su paciente pueden manejar juntos la dificultad                       | 3.41 |
| Busca algún tipo de satisfacción/recreación alternativa fuera de su trabajo como terapeuta | 3.19 |
| Realiza una interpretación de la conducta resistente o problemática de su paciente         | 3.15 |
| Intenta contener sus emociones problemáticas   | 2.99 |
| Utiliza técnicas especiales que lo ayudan a salir de un impasse                            | 2.73 |
| Se inscribe en una conferencia o en un taller donde se traten dificultades de ese tipo     | 2.47 |
| Comparte con su paciente la dificultad que está experimentando                             | 2.22 |
| Realiza cambios en el contrato terapéutico con su paciente                                 | 2.21 |
| Pide la colaboración de los amigos o familiares del paciente                               | 2.09 |
| Expresa a alguien cercano a usted sus sentimientos de disgusto                             | 2.03 |
| Flexibiliza el setting (encuadre)  | 2.00 |
| Modifica su posición o enfoque terapéutico con el paciente                                 | 2.00 |
| Se plantea la posibilidad de derivar al paciente a otro terapeuta                          | 1.91 |

|  |      |
|--|------|
| Se sale de su papel de terapeuta para tomar alguna medida urgente en beneficio del paciente        | 1.68 |
| Pospone el trabajo terapéutico para hacerse cargo de las necesidades más inmediatas de su paciente | 1.61 |
| Maneja la situación de alguna otra forma   | 1.27 |
| Simplemente espera a que las circunstancias mejoren por sí mismas                                  | 1.14 |
| Se plantea seriamente la finalización de la terapia  | 0.99 |
| Evita enfrentarse al problema por el momento   | 0.70 |
| Muestra su frustración al paciente   | 0.59 |
| Critica a su paciente su paciente por haber causado problemas                                      | 0.34 |

EL aspecto instrumental persigue entender también cuáles son las habilidades clínicas que posee el psicoterapeuta además de las carencias que identifica. El CCDP incluye seis preguntas abiertas para analizar este rubro.

¿Cuál cree que es su punto más fuerte como terapeuta? Fue la primer pregunta abierta que se efectuó acerca del trabajo terapéutico que realizan en la actualidad. Dicha interrogante arrojó un total de 107 respuestas distintas que fueron agrupadas en diversos bloques. La respuesta que se presentó con más frecuencia, en 35 ocasiones, tiene que ver con la capacidad de empatía que los terapeutas manifiestan con sus pacientes. La siguiente respuesta habla sobre la importancia que tiene la formación, esto fue expresado por 21 terapeutas. Un total de 17 personas respondieron que la escucha es uno de los puntos que perciben

más fuertes en su ejercicio terapéutico. La intuición y otras características personales fueron respuestas usadas cada una en nueve ocasiones.

¿Cómo se manifiesta este punto fuerte en su trabajo diario?, esta pregunta tuvo un total de 105 respuestas. En 21 ocasiones se habló sobre el manejo. 24 terapeutas declaran que la comprensión del paciente es la manera en que se manifiesta su punto fuerte en el trabajo. La confianza del paciente fue una respuesta que se presentó en 12 ocasiones al igual que la mejora de paciente.

¿A qué atribuye usted ese punto fuerte? Fue la última pregunta abierta de este bloque. En esta ocasión se obtuvieron 106 respuestas diferentes. En 35 ocasiones se habla sobre la formación profesional. La personalidad es el punto que 21 terapeutas distinguen como fuerte. Para 18 más, la historia personal les brinda la fortaleza de su ejercicio profesional.

Hasta aquí Los resultados y con esto la culminación de nuestra investigación quedando solamente por agregar algunas conclusiones que sintetizen los hallazgos antes presentados.

## **CAP. 5 CONCLUSIONES**

Un psicoterapeuta posee una enorme responsabilidad profesional al abordar en el día a día situaciones de conflicto de la persona, las cuales involucran una gama de afectos displacenteros, difíciles de manejar, comprender y autorregular. Estos afectos no son producto únicamente del encuentro con la problemática del paciente y su estado de ánimo deteriorado, el psicoterapeuta se ve afectado por la imagen que tiene de sí mismo profesionalmente, las habilidades que reconoce, los rasgos de personalidad que posee para encontrarse con el otro, las estrategias que utiliza y la cantidad de éxitos y fracasos que cuenta a partir de ellas y que frustran o satisfacen. Todo esto influye tanto en la vida emocional y personal del profesional como en su desempeño laboral.

La investigación motivada por estos temas ha presentado datos que nos ayudan a tener una visión más clara y específica sobre el trabajo y la práctica profesional de los psicoterapeutas encuestados. De ahí podemos concluir lo siguiente:

Predomina el número de terapeutas que se dedican a la práctica individual privada lo que les permite la toma de decisiones en cuanto horarios, número de pacientes, duración del tratamiento. Sin embargo, el menor número de horas se invierte en este contexto, contrario a la práctica en instituciones públicas que a pesar de ser menos quienes atienden, ocupan una gran cantidad de horas. Quienes acuden con mayor frecuencia a terapia individual son pacientes quienes se encuentran en edad adulta temprana e intermedia.

Los psicoterapeutas evaluados atienden mayormente problemas del estado de ánimo seguidos de trastornos de personalidad y posteriormente atienden trastornos relativos a la infancia y la adolescencia. Basan su intervención de forma moderada en criterios diagnósticos. La atención se ejerce en un nivel de deterioro leve del paciente, seguidos de aquellos en un nivel moderado y transitorio, siendo los menos casos atendidos aquellos con dificultades significativas o muy graves.

El nivel de satisfacción se midió en relación al contexto principal en el que ejerce la psicoterapia, qué tan apoyado se siente en este contexto y qué tan afectado se percibe por la situación económica del país. Así la mayoría de los encuestados en León se sienten satisfechos y apoyados en su ambiente laboral, y ven medianamente afectados sus ingresos por la situación política- económica del país

Los afectos predominantes en los psicoterapeutas marcan una tendencia a la preocupación por funcionar de manera correcta en la relación y a niveles altos de exigencia hacia su ejercicio profesional, lo que puede generar inseguridad, falta de confianza en sus capacidades, así como cierta presión. También posee un alto puntaje el enojo provocado por las situaciones externas que impiden la evolución del paciente, o bien porque él mismo sabotea los esfuerzos del terapeuta. Los afectos menos registrados son aquellos relacionados con el rechazo hacia el paciente ya sea por diversidad en valores, falta de empatía, dificultad para encontrar algo valioso en él o temeroso de causar más daño que beneficio.

Las características del vínculo se destacan por un estilo interaccional protector, nutricional, cálido, amigable, aceptante y tolerante. Los puntajes más bajos se relacionan con actitudes más desafiadas incluyendo una interacción reservada, defensiva o bien demandante y confrontativa siendo lo menos frecuente la frialdad y el criticar.

Finalmente las estrategias dentro y fuera de sesión plantean ciertas particularidades, por ejemplo un alto número de los encuestados reconoce recibir y atender llamadas durante las sesiones, aunque las principales modificaciones al encuadre se relacionan con alargar las sesiones o incluir sesiones adicionales de acuerdo a las necesidades del paciente. Lo menos reiterativo son las situaciones que generen doble vínculo como reunirse fuera del consultorio o realizar alguna actividad distinta a la relación terapeuta-paciente.

Fuera de sesión predomina una estrategia de buscar ampliar la visión de la situación del paciente a través de supervisiones, lectura e incluso la reflexión a

solas, lo menos utilizado es tomar una actitud pasiva como esperar que las cosas se resuelvan por sí solas en la vida del paciente o finalizar el tratamiento, o bien tomar actitudes punitivas y culposas hacia el paciente.

Por lo cual observamos que los psicoterapeutas evaluados poseen un nivel de satisfacción óptimo pese a detectar limitantes en el contexto económico y en ocasiones institucional en el que se desarrollan. Esto puede relacionarse con la visión positiva que posee de sí mismo y del paciente, buscando en todo momento ser activo en obtener soluciones ante las dificultades ya sea que las ubique en el paciente o en sí mismo.

Estos datos nos permiten también destacar que la población con mayor necesidad de intervención terapéutica se encuentra en el sector público y son pocas las horas que se dedican al mismo, habrá que preguntarse las causas y lo que haría falta para que los profesionales encontraran motivante esta área.

Los psicoterapeutas que participaron en la investigación valoran y priorizan el recurrir a otros para la solución de conflictos o ampliar su visión sobre el paciente, destaca la importancia que tiene para ellos el apoyo de terceros.

Lograr concretar una recopilación de opiniones, sensaciones, pensamientos y experiencias de 120 terapeutas, lo consideramos también como una disposición en el gremio de apoyar y contribuir en la mejora continua de la profesión participando de manera activa y comprometida.

Además de esta disposición, nos encontramos con psicoterapeutas de enfoques diversos que priorizan el vínculo con la persona, puesto que en el diagrama de circunflexión se localizan como cálidos y afiliados y comparten la preocupación por el avance y mejoría del paciente, aunque esto provoca afectos que pueden dirigirse fácilmente al *burnout* por las elevadas exigencias, o frustración cuando no hay los avances esperados. Con esto queda de manifiesto la importancia de tener espacios para la supervisión y el trabajo con estas reacciones del psicoterapeuta. Por otro lado, muchos atribuyen su éxito a sus



rasgos de personalidad y lo miden en la confianza que los pacientes logran desarrollar en el proceso. Entonces parece que la idea de los encuestados es que el psicoterapeuta deberá considerar elementos más subjetivos al momento de la elección profesional, pues no todo se relaciona con preparación y formación. Quizá no se reconoce que la escucha, capacidad empática, calidez, cercanía y estos elementos de afiliación con el otro pueden también desarrollarse y estimularse.

Es interesante señalar que a pesar de que la demanda aumenta sobre todo en espacios públicos, la tendencia sigue siendo la práctica individual, ¿Es esto una elección del paciente o es un paradigma ligado al psicoterapeuta? Pues la terapia de pareja, grupal o familiar están muy por detrás, ¿qué falta para lograr introducir inicialmente estas otras opciones como prioridades terapéuticas? Son preguntas que surgen y cuya respuesta podría aportar principalmente el dar atención a una mayor población, sobre todo del sector público donde se reporta el menor número de terapeutas laborando pero la mayor inversión en horas.

La investigación provee de información con la que pueden hacerse cruces adicionales para obtener nuevas líneas de análisis e investigación, no sólo con estos resultados sino los compilados en las tres investigaciones hermanas. Y puede ir más allá, comparándose con las que se han realizado en distintas partes del mundo. Por lo pronto se ha cumplido con la intención de caracterizar el trabajo y la práctica de los psicoterapeutas evaluados en esta ciudad.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aisenson Kogan, A. (1982). *Encontrarse, encontrarnos. Acta psiquiát. psicol.* . Amér. Lat. .
- Bellak, L. (1993). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México: Manual Moderno.
- Bellows, K. (2007). Psychotherapists' Personal Psychotherapy and Its Perceived Influence on Clinical Practice. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71[3], 204–226.
- Bleger, J. (2002). *Temas de psicología (Entrevista y grupos)*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Durkheim, E. (1964/1893). *The division of labor in society*. New York: Free Press.
- Etchegoyen, R. (2010). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu,
- Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas. (2009). *Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas*. Recuperado el 14 de Octubre de 2009, de <http://www.feap.es>
- Feixas, G. & Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la Psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Gendlin, E. T. (1999). *El focusing en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Goldberg, C. (1986). *On being a psychotherapist: The Journey of de healer.* . Nueva York: Gardner.
- Guy, J. D. (1995). *La vida personal del psicoterapeuta*. Barcelona: Paidós.
- Granero, M. (Marzo, 4, 2004) Vida personal y burnout del psicoterapeuta.
- Consultado el 15 de febrero de 2013.  
[http://www.fpsico.unr.edu.ar/congreso/mesas/Mesa\\_15/bragagnolo\\_vida\\_personal\\_y\\_burnout\\_%20del\\_psicoterapeuta.pdf](http://www.fpsico.unr.edu.ar/congreso/mesas/Mesa_15/bragagnolo_vida_personal_y_burnout_%20del_psicoterapeuta.pdf)
- Harrsch, C. (1998). *La identidad del psicólogo*. México: Addison Wesley Longman.
- Madrid, S. J. (2005). *Los procesos de la relación de ayuda*. Madrid, España. Ed. Desclée De Brouwer.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.

- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald Press.
- Loewenthal, D. (2001). Should all psychotherapists have personal therapy? *The European Journal of Psychotherapy, Counselling & Health*, Vol. 4, No. 1, 1-6.
- López Medina, L. I. (2010). La otra cara de la terapia: La vida personal del psicoterapeuta. *Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis»*. FUNLAM. Nº 19 – Junio. 1-10
- Mahoney, M. J. (2005). *Psicoterapia constructiva*. Barcelona: Paidós.
- Melgoza, M. (2002). *Adolescencia espejo de la sociedad actual*. Buenos Aires: Lumen.
- Neimeyer, R. & Mahoney, M. (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. México: Paidós.
- Norcross, J. E. (2008). Psychotherapists Who Abstain From Personal Therapy: Do They Practice What They Preach? *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 64(12).
- Orlinsky, D., (2005). Helge M. *How psychotherapists develop*. a study of therapeutic work and professional growth. American Psychological Association.
- Pichón- Rivière, E. (1972) *EL proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Rogers, C. (1956). *The Necessary and Sufficient Condition of Therapeutic Personality Change*. Chicago: University of Chicago.
- Singer, E. (1975). *Conceptos fundamentales de la Psicoterapia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Zohn, T., Gómez, E., y Enriquez, R. (Coord.) (2013). *Diálogo interdisciplinario y psicoterapia: implicaciones para la formación y la práctica*. Tlaquepaque: ITESO
-

## 7. ANEXO (I)

### **ACERCA DE SU PRÁCTICA PSICOTERAPÉUTICA ACTUAL**

**¿En la actualidad cuántas horas a la semana practica usted la psicoterapia en los siguientes contextos? [Escriba "0" si no lo hace.]**

- 7-1 Institución pública con pacientes ingresados/hospitalizado..... \_\_ horas  
 7-2 Institución pública en consulta ..... \_\_ horas  
 7-3 Institución privada con pacientes ingresados/hospitalizado ..... \_\_ horas  
 7-4 Institución privada en consulta externa/ambulatoria..... \_\_ horas  
 7-5 Práctica privada en un grupo o colectivo ..... \_\_ horas  
 7-6 Práctica privada individual ..... \_\_ horas  
 7-7 Práctica en el ámbito educacional ..... \_\_ horas  
 7-8 Otro [b. especifíquelo: \_\_\_\_\_] \_\_ horas

-3= Muy insatisfecho +3= Muy satisfecho

7-9 En general ¿En qué medida se encuentra satisfecho o insatisfecho respecto al contexto principal en el que ejerce su práctica terapéutica?      -3   -2   -1   0   +1   +2   +3

7-10 ¿En qué grado se siente apoyado en el contexto en el que ejerce su práctica terapéutica?      0= Nada      5= Totalmente  
 0   1   2   3   4   5

7-11 ¿En qué grado se siente afectado en sus ingresos por los vaivenes del contexto político económico del país?      0   1   2   3   4   5

**En el contexto principal de su práctica psicoterapéutica, ¿qué cantidad de control tiene usted sobre...?**

0=Ninguno ..... 5=Total  
 7-12 La selección de los pacientes que trata..... 0   1   2   3   4   5  
 7-13 El número de pacientes que trata ..... 0   1   2   3   4   5  
 7-14 La orientación teórica bajo la que trabaja ..... 0   1   2   3   4   5  
 7-15 El horario que tiene..... 0   1   2   3   4   5  
 7-16 La duración del tratamiento que ofrece..... 0   1   2   3   4   5  
 7-17 Sus otras condiciones de trabajo..... 0   1   2   3   4   5

---

**¿Cuántos de los casos que está tratando en la actualidad se engloba dentro de las siguientes modalidades terapéuticas?**

[Escriba "0" si no está tratando a ninguno]

- 7-18 Terapia Individual (número de pacientes) ..... \_\_\_\_\_
- 7-19 Terapia de Pareja (número de pacientes) ..... \_\_\_\_\_
- 7-20 Terapia Familiar (número de familias) ..... \_\_\_\_\_
- 7-21 Terapia de Grupo (número de grupos) ..... \_\_\_\_\_
- 7-22 Otro [b. especifíquelo: \_\_\_\_\_] \_\_\_\_\_

**¿A cuántos pacientes de cada uno de los siguientes grupos de edad está usted tratando en la actualidad?**

[Escriba "0" si no está tratando a ninguno]

- 7-23 Pacientes de doce años o menos ..... \_\_\_\_\_
- 7-2 Trece a diecinueve años ..... \_\_\_\_\_
- 7-25 Veinte a cuarenta y nueve años ..... \_\_\_\_\_
- 7-26 Cincuenta a sesenta y cuatro años ..... \_\_\_\_\_
- 7-27 Sesenta y cinco años o más ..... \_\_\_\_\_

**Por favor, describa los tipos de pacientes que trata con mayor frecuencia en su práctica terapéutica actual. [Mencione hasta tres tipos utilizando el sistema diagnóstico o descriptivo que usted prefiera.]**

7-28

---

7-29

---

7-30

---

7-31 **¿Hasta qué punto se basa usted en determinados diagnósticos o clasificaciones en su práctica psicoterapéutica actual?** 0=Nada 5=Mucho  
0 1 2 3 4 5

**¿Qué grado de perturbación o deterioro tienen los pacientes a los que está tratando en la actualidad? [Indique el número de pacientes que está usted tratando actualmente en cada uno de los siguientes niveles de disfunción o desajuste. Tenga en cuenta todos los contextos en los que trabaja como terapeuta y base si evaluación en el nivel de funcionamiento actual de los pacientes.]**

7-32 \_\_\_ Ausencia de síntomas o sintomatología mínima; personas socialmente eficaces; en general, satisfechas con su vida; sólo presentan problemas o preocupaciones cotidianas.

7-33 \_\_\_ La sintomatología que presentan es transitoria y se trata de reacciones esperables ante estresores psicosociales; generalmente no producen más que un leve desajuste en el funcionamiento social, laboral o escolar normal.

- 
- 7-34 \_\_\_ Síntomas leves pero persistentes (por ejemplo, estado de ánimo de ánimo deprimido e insomnio leve) o alguna dificultad en el funcionamiento social, laboral o escolar, aunque el funcionamiento general del paciente es bueno; posee algunas relaciones interpersonales significativas.
- 7-35 \_\_\_ Síntomas moderados (por ejemplo afectividad aplanada y habla circunstancial, ataques de pánico ocasionales), o dificultades moderadas en el funcionamiento social, laboral o escolar.
- 7-36 \_\_\_ Síntomas graves (por ejemplo, ideación suicida, rituales obsesivos importantes) o dificultades en el funcionamiento social, laboral o escolar (por ejemplo, no tener amigos o sentirse incapaz de encontrar empleo).
- 7-32 \_\_\_ Deterioro significativo del sentido de realidad o de la comunicación (por ejemplo, lenguaje ilógico, confuso o irrelevante) o dificultades serias en varias áreas como el trabajo, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo.
- 7-38 \_\_\_ Deterioro muy grave en la comunicación o en la capacidad de razonamiento (por ejemplo, la conducta está considerablemente influida por delirios o alucinaciones), o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas de la vida.
- 7-39 \_\_\_ Peligro real de dañarse a sí mismo o a los demás (por ejemplo, intentos de suicidio, violencia recurrente) o incapacidad para mantener una mínima higiene personal o deterioro muy grave en la comunicación (por ejemplo lenguaje incoherente o prácticamente inexistente).

**Estime que número de sus pacientes en psicoterapia ve usted...**

- 7-40 La farmacoterapia como el principal tratamiento y la psicoterapia como un tratamiento de apoyo/coadyuvante \_\_\_\_\_
- 7-41 La psicoterapia como el principal tratamiento y la farmacoterapia como un tratamiento de apoyo/ coadyuvante. \_\_\_\_\_
- 7-42 La psicoterapia y farmacoterapia como tratamientos que contribuyen equitativamente a la estabilidad del paciente. \_\_\_\_\_
- 7-43 La psicoterapia y farmacoterapia como tratamientos que componen uno al otro. \_\_\_\_\_

0= Ninguno ..... 5= Mucho

- 7-44 ¿Qué nivel de satisfacción siente adecuadamente en su trabajo como terapeuta?      0    1    2    3    4    5
- 7-45 ¿Qué grado de insatisfacción siente actualmente en su trabajo como terapeuta?      0    1    2    3    4    5

---

## **ACERA DE SU TRABAJO TERAPÉUTICO ACTUAL**

### **Dificultades de la Práctica Terapéutica**

**En la actualidad ¿con qué frecuencia se siente... ?**

0= Nunca 5= Con mucha frecuencia

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8-1 Con poca confianza en su capacidad para producir efectos benéficos sobre el paciente                                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-2 Temeroso de estar causando más daño que beneficio a un paciente en terapia  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-3 Inseguro acerca de cuál es la mejor manera de tratar al paciente  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-4 Inseguro acerca de cuál es la mejor manera de tratar al paciente  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-5 En peligro de perder el control de la situación terapéutica   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-6 Incapaz de empatizar con las experiencias del paciente  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-7 Incomodo de que sus propios valores le impidan mantener una actitud apropiada hacia el paciente                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-8 Preocupado por los aspectos éticos o morales que hayan podido surgir en el trabajo con un paciente.                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-9 Incapaz de generar el impulso suficiente para llevar suficiente para llevar la terapia en una dirección constructiva.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-10 Irritado con un paciente que está bloqueando activamente todos sus esfuerzos como terapeuta.                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-11 Desmoralizado a causa de su incapacidad para encontrar la manera de ayudar al paciente.                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-12 Culpable por no haber sabido manejar adecuadamente una situación crítica con un paciente.                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-13 Incapaz de comprender la esencia de los problemas de un paciente.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-14 Incapaz de hacer frente a las altas demandas del paciente.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-15 Incapaz de encontrar algo que le guste o que pueda respetar en un paciente.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-16 Alterado porque las circunstancias de su vida personal interfieren con su trabajo con un paciente.                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-17 Enojado porque algunas circunstancias de la vida del paciente están impidiendo un resultado beneficioso en la terapia. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8-18 En conflicto al tratar de compaginar sus obligaciones hacia un paciente con propias obligaciones hacia otras personas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-19 Estancado con un paciente en una relación que parece no llegar a ninguna parte.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-20 Frustrado con un paciente que le está haciendo perder el tiempo.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-21 "Empujando" el proceso terapéutico del paciente, o asumiendo toda la responsabilidad por su "cura".                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-22 Recurriendo excesivamente a la teoría o a alguna técnica   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-23 Incapaz de guiar o de conducir la terapia por un camino constructivo.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-24 Frustrado al lidiar con pacientes poco motivados o que parecen esperar que Ud. haga todo el trabajo.                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-25 Presionado por expectativas muy altas de éxito y rendimiento profesional con los pacientes.                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-26 Cualquier otro aspecto que le resulte difícil [especifíquelo]:   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

b.

### Estrategias para Manejar las Dificultades

**Cuando usted se enfrenta a una dificultad, en la terapia con su paciente ¿con qué frecuencia...?**

|   | 0= | Nunca | 5= | Con mucha frecuencia |   |   |
|---|----|-------|----|----------------------|---|---|
| 8-27 Trata de ver el problema desde otra perspectiva.   | 0  | 1     | 2  | 3                    | 4 | 5 |
| 8-28 Intentar contener sus emociones problemáticas.   | 0  | 1     | 2  | 3                    | 4 | 5 |
| 8-29 Comparte con su paciente la dificultad que está experimentando.                              | 0  | 1     | 2  | 3                    | 4 | 5 |
| 8-30 Discute el problema con un colega.   | 0  | 1     | 2  | 3                    | 4 | 5 |
| 8-31 Consulta libros de artículos relevantes.   | 0  | 1     | 2  | 3                    | 4 | 5 |
| 8-32 Involucra en el caso a otro profesional o institución o va a supervisión.                    | 0  | 1     | 2  | 3                    | 4 | 5 |
| 8-33 Busca algún tipo de satisfacción/recreación alternativa fuera de su trabajo como terapeuta.  | 0  | 1     | 2  | 3                    | 4 | 5 |
| 8-34 Poner límites para contener al paciente dentro de un marco terapéutico apropiado.            | 0  | 1     | 2  | 3                    | 4 | 5 |
| 8-35 Se sale de su papel de terapeuta para tomar alguna medida urgente en beneficio del paciente. | 0  | 1     | 2  | 3                    | 4 | 5 |
| 8-36 Realiza cambios en el contrato terapéutico con su paciente.                                  | 0  | 1     | 2  | 3                    | 4 | 5 |
| 8-37 Simplemente espera a que las circunstancias mejoren por sí mismas.                           | 0  | 1     | 2  | 3                    | 4 | 5 |



|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8-38 Critica a su paciente por haberle causado problemas.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-39 Se plantea seriamente la finalización de la terapia.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-40 Reflexiona privadamente acerca del origen del problema   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-41 Se da permiso a sí mismo para experimentar y observar en sí mismo las emociones difíciles o perturbadoras. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-42 Comprueba si usted y su paciente pueden manejar juntos la dificultad.                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-43 Consulta sobre el caso a un terapeuta con más experiencia.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-44 Se inscribe en una conferencia o en un taller donde se traten dificultades de este tipo.                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-45 Pide la colaboración de los amigos o familiares del paciente.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-46 Expresa a alguien cercano a usted sus sentimientos de disgusto.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-47 Realiza una interpretación de la conducta resistente o problemática de su paciente.                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-48 Postpone el trabajo terapéutico para hacerse cargo de las necesidades más inmediatas de su paciente.       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-49 Modifica su posición o enfoque terapéutico con el paciente.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-50 Evita enfrentarse al problema por el momento.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-51 Muestra su frustración al paciente.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-52 Se plantea la posibilidad de derivar al paciente a otro terapeuta.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-53 Flexibiliza el setting (encuadre).   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-54 Utiliza técnicas especiales que lo ayudan a salir de un impasse.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-55 Maneja la situación de alguna otra forma [especifíquela:<br>b. _____]                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**¿Cómo se describiría a usted mismo como terapeuta, es decir, cuál es actualmente su estilo o forma de comportarse con sus pacientes?**

|                     | 0= Nada ... 3= Mucho |   |   |   | 0= Nada ... 3= Mucho |   |   |   |   |
|---------------------|----------------------|---|---|---|----------------------|---|---|---|---|
| 8-56 Aceptador/a    | 0                    | 1 | 2 | 3 | 8-68 Cauteloso/a     | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8-57 Con autoridad  | 0                    | 1 | 2 | 3 | 8-69 Intuitivo/a     | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8-58 Desafiante     | 0                    | 1 | 2 | 3 | 8-70 Involucrado/a   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8-59 Frío/a         | 0                    | 1 | 2 | 3 | 8-71 Acogedor/a      | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8-60 Comprometido/a | 0                    | 1 | 2 | 3 | 8-72 Organizado/a    | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8-62 Crítico/a      | 0                    | 1 | 2 | 3 | 8-73 Protector/a     | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8-63 Desapegado/a   | 0                    | 1 | 2 | 3 | 8-74 Reservado/a     | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8-64 Decidido/a     | 0                    | 1 | 2 | 3 | 8-75 Hábil           | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8-65 Directivo/a    | 0                    | 1 | 2 | 3 | 8-76 Sutil           | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8-66 Eficaz         | 0                    | 1 | 2 | 3 | 8-77 Tolerante       | 0 | 1 | 2 | 3 |

|               |   |   |   |   |               |   |   |   |   |
|---------------|---|---|---|---|---------------|---|---|---|---|
| 8-67 Amigable | 0 | 1 | 2 | 3 | 8-78 Cálido/a | 0 | 1 | 2 | 3 |
|               |   |   |   |   | 8-79 Sabio/a  | 0 | 1 | 2 | 3 |

**En su práctica actual con los pacientes, ¿con qué frecuencia...?**

0= Nunca 5= Con mucha frecuencia

|  |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 8-80 Realiza sesiones adicionales o de urgencia.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-81 Realiza o recibe llamadas telefónicas cortas que no traten de cuestiones puramente formales (tales como acordar la hora de una sesión). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-82 Acepta reunirse en lugares diferentes al lugar de trabajo habitual.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-83 Permite que algunas sesiones se alarguen más del tiempo establecido.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-84 Intercede por sus pacientes ante otras personas o instituciones.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-85 Mantiene relaciones sociales o profesionales con sus pacientes fuera de la situación terapéutica.                                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-86 Inicia o acepta algún contacto físico no sexual que va más allá de un apretón de manos.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-87 Permite interrupciones durante la sesión (por ejemplo, llamadas telefónicas).   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-88 Realiza durante la sesión algún tipo de actividad ajena a ésta (por ejemplo, leer la correspondencia)                                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**8-89 ¿Cuál cree que es su punto más fuerte como terapeuta?**

**8-90 ¿Cómo se manifiesta este punto fuerte en su trabajo diario?**

**8-91 ¿A qué atribuye usted este punto fuerte?**

**8-92 ¿Cuál cree que es su limitación más problemática como terapeuta?**

**8-93 ¿Cómo se manifiesta esta limitación en su actual forma de trabajar?**

**8-94 ¿A qué atribuye usted esta limitación?**