

# **PSICOTERAPIA**

## **Lucio Balarezo Ch.**





# PSICOTERAPIA

## Lucio Balarezo Ch.

## **PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

Dr. Fernando Ponce León, S. J.

RECTOR

Dr. Fernando Barredo Heinert, S. J.

VICERRECTOR

Dra. Graciela Monesterolo Lencioni

DIRECTOR GENERAL ACADÉMICO

Mtr. Santiago Vizcaíno

DIRECTOR DEL CENTRO DE PUBLICACIONES

### **COMITÉ EJECUTIVO DE PUBLICACIONES**

Mercedes Mafla Simon

León Espinosa Ordóñez

Álvaro Mejía Salazar

Santiago Vizcaíno Armijos

## **PSICOTERAPIA**

**Lucio Balarezo Ch.**

ISBN 978-9978-77-267-6

Derechos de autor N° 005583

SEGUNDA EDICIÓN

### **Diseño y diagramación**

Fredi Landázuri

landazurifredi@gmail.com

### **Impresión**

PPL Impresores

pplimpresores@gmail.com

Centro de Publicaciones

Av. 12 de Octubre 1076 y Roca

Telfs.: (593-2)2991711

publicaciones@puce.edu.ec

Quito, mayo de 2016

*La verdadera esencia de la psicoterapia no radica en la simple comunicación o conversación entre dos o más personas, ni en procurar la adaptación pasiva del sujeto a su medio o el alivio circunstancial de sus molestias; está en la incitación de transformaciones en la personalidad que impriman un sentido a la actividad social del individuo y reflejen un nuevo estilo de autorresolución.*

***Lucio Balarezo***



# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>1 APROXIMACIÓN A UNA DEFINICIÓN SOBRE PSICOTERAPIA</b>	5
<b>2 PASOS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO Y SUS ESTRATEGIAS</b>	11
EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES PREVIAS A LA PRIMERA ENTREVISTA E INVESTIGACIÓN	12
Motivaciones y expectativas en el paciente	12
Expectativas en el terapeuta	14
Expectativas de familiares, amigos e instituciones	15
LA PRIMERA ENTREVISTA Y EL ESTABLECIMIENTO DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA	15
Establecimiento del <i>rappor</i>	16
Aproximación diagnóstica	17
Confesión y desinhibición emocional	18
Estrategias estimulativas o de apoyo	18
Estructuración de la relación terapéutica	19
PLANIFICACIÓN	22
Formulación etiopatogénica	22
Descripción de la personalidad	23
Formulación de objetivos	27
Señalamiento de técnicas	27
APLICACIÓN TÉCNICA	28
EVALUACION DE LA PSICOTERAPIA	29
<b>3 RELACIÓN PSICOTERAPÉUTICA</b>	31
GENERALIDADES	31
CARACTERÍSTICAS PERSONALES DEL PACIENTE Y EL TERAPEUTA	34
Fenómenos de relación	45
Contenidos racionales	35
Contenidos irracionales	36
Interrelación entre contenidos Racionales e Irracionales	37
CONTROL DE LOS EFECTOS YATROGÉNICOS	43

<b>4 LAS COMUNICACIONES EN PSICOTERAPIA</b>	47
CONDUCCIÓN DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA	47
TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN Y SU ANÁLISIS	48
ANÁLISIS DE LAS COMUNICACIONES	59
<b>5 TÉCNICAS DE RALAJAMIENTO MUSCULAR</b>	65
FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS DEL RALAJAMIENTO MUSCULAR	65
PRELIMINARES DEL RALAJAMIENTO MUSCULAR	66
ENTRENAMIENTO AUTÓGENO DE SCHULTZ	68
TÉCNICA DE RALAJAMIENTO DE BERGES y M. BOUNES	78
RALAJAMIENTO PROGRESIVO DE JACOBSON	86
TÉCNICA DE RALAJAMIENTO DE WOLPE	91
MÉTODO DE JACOBSON MODIFICADO POR WOLPE	96
TÉCNICA DE RALAJAMIENTO DE ARNOLD LAZARUS	101
<b>6 PROCEDIMIENTOS SUGESTIVOS</b>	113
GENERALIDADES	113
ELABORACIÓN DE LAS FÓRMULAS SUGESTIVAS	115
Sugestión directa e indirecta en vigilia	116
SUGESTITERAPIA EN VIGILIA O MÉTODO	
DE BERHEIM-BEJTEREV	117
PSICOTERAPIA EN ESTADO DE SOMNOLENCIA	
Y SUEÑO SUGERIDO	118
Explicación fisiológica del sueño y sus fases	119
Las fases del sueño	121
LOS ENSUEÑOS	124
SUEÑO HIPNÓTICO Y SUEÑO SUGERIDO	126
El grado de hipnotibilidad	127
Condiciones para conseguir el sueño sugerido	129
Fases y estadios del sueño sugerido	129
Técnicas y procedimientos para conseguir el sueño sugerido	137
PROCESO DE DESHIPNOTIZACIÓN	142
APLICACIÓN PSICOTERAPÉUTICA DE LA HIPNOSIS	143
Contraindicaciones de la hipnosis	144
Hipnosis en las sugestiones	145
Hipnosis como técnica investigativa	146
Hipnosis y reposo sugerido	146
Hipnosis y otras técnicas	147
AUTOSUGESTIÓN Y PSICOTERAPIA	147

<b>7 TÉCNICAS ESTIMULATIVAS INHIBITORIAS POR CONDICIONAMIENTO Y CONTRACONDICIONAMIENTO</b>	149
ANÁLISIS CONDUCTUAL	149
PSICOTERAPIA ASERTIVA O ESTIMULATIVA	153
Terapia de los reflejos condicionados de Salter	154
Terapia asertiva de Wolpe	155
CONDICIONAMIENTO OPERANTE	157
Reforzamiento positivo	158
La economía de fichas de Ayllon y Azrin, el modelamiento y el RDO	159
Reforzamiento negativo, alivio de la aversión, alivio respiratorio, condicionamiento de alivio de la respuesta de ansiedad	160
TÉCNICAS INHIBITORIAS	161
Extinción	162
Sobresaturación	163
Abreacción o catarsis	163
Práctica negativa	163
Terapia aversiva	164
Tiempo fuera	165
Costo de respuesta	165
Castigo	165
Inhibición externa	166
Instrucciones, detención del pensamiento	166
Sobre corrección	167
Desensibilización sistemática (DS)	167
Técnica básica	168
Variaciones de la DS	170
MODALIDADES TERAPÉUTICAS INFANTILES	173
El proceso terapéutico	173
Terapias en la enuresis	174
Técnica de Mowrer y Mowrer	174
Técnica de Crosby	175
Técnica de Lovibond	175
El despertar escalonado	175
Entrenamiento diurno directo en el control de la vejiga	175
Sistema de fichas	175
Sugestión en sueño sugerido	176
Ludoterapia con dramatización	176
Terapias en el tartamudeo	176
Seguimiento del habla	176
Lectura simultánea, empleo de la RAD, encubrimiento con ruido blanco, habla rítmica y silábica, la DS	177

<b>8 PSICOTERAPIA RACIONAL Y TERAPIA COGNITIVO–CONDUCTUAL</b>	179
DE LA PSICOTERAPIA RACIONAL A LA TERAPIA COGNITIVO–CONDUCTUAL	179
TERAPIA EXPLICATIVA Y PROPORCIÓN DE INFORMACIÓN	181
RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	183
MODIFICACIÓN DE LOS ERRORES DE RAZONAMIENTO E IMPLANTACIÓN DE RAZONAMIENTOS LÓGICOS	185
PSICOTERAPIA RACIONAL–EMOTIVA DE ALBERT ELLIS	186
MODELO TERAPÉUTICO DE TREC	198
TÉCNICAS DE AUTOCONTROL	201
<b>9 PSICOTERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA (PBIU DE BELLAK)</b>	203
GENERALIDADES	203
Indicaciones y contraindicaciones	204
La elección de las intervenciones de acuerdo con el enfoque	205
PSICOTERAPIA BREVE EN DEPRESIONES	206
PSICOTERAPIA BREVE EN LAS ANGUSTIAS AGUDAS Y REACCIONES DE PÁNICO	208
PSICOTERAPIA BREVE EN ESTADOS SOMÁTICOS GRAVES E INCURABLES Y EN CIRUGÍA	210
PSICOTERAPIA BREVE EN LAS FOBIAS	213
PSICOTERAPIA BREVE EN LOS RIESGOS DE AGRESIÓN O SUICIDIO	214
PSICOTERAPIA BREVE INTENSIVA Y DE URGENCIA EN SITUACIONES CATASTRÓFICAS	216
<b>10 APLICACIONES GRUPALES DE LA TERAPIA</b>	221
Definiciones de grupo	221
Tipos de grupo	222
Proceso grupal	223
Dinámica interna	224
Dinámica externa	225
APLICACIONES DEL GRUPO	226
PRÁCTICAS DE TRABAJO	228
RECURSOS PERSUASIVOS Y SUGESTIVOS EN LOS GRUPOS	230
MODALIDADES TERAPEUTICAS GRUPALES	234
Terapia psicodinámica	236
Orientación existencial	237

Orientación conductista	238
Terapia sistémica	238
<b>11 TERAPIA FAMILIAR</b>	241
TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA	243
Antecedentes y precursores	243
Generalidades	244
Familia y subsistemas	244
Tipos de familia	246
PROCESO TERAPÉUTICO	248
La integración al sistema terapéutico	248
Diagnóstico del sistema familiar	250
El papel de los síntomas del paciente identificado en la familia	251
Patrones para la resolución de conflictos	252
Procedimientos de reestructuración	252
ESTRATEGIA GENERAL	255
<b>12 PSICOTERAPIA EN MEDICINA</b>	257
PSICOTERAPIA EN GASTROENTEROLOGÍA	257
PSICOTERAPIA EN CARDIOLOGÍA	260
PSICOTERAPIA EN DERMATOLOGÍA	263
PSICOTERAPIA EN NEUROLOGÍA	265
PSICOTERAPIA EN CIRUGÍA	268
En el período preoperatorio	268
En el período postoperatorio	269
PSICOTERAPIA APLICADA A LA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	270
La menstruación	270
El aborto	270
Las ansiedades durante el embarazo	272
Ansiedades específicas del parto	274
El puerperio	275
La menopausia	276
PARTO PSICOPROFILÁCTICO	276
El método psicoprofiláctico	279
ALTERACIONES SEXUALES Y PSICOTERAPIA	286
TERAPIA PSICOSEXUAL	287

<b>13 PROCEDIMIENTOS AUXILIARES</b>	
<b>O MEDIDAS ADJUNTAS</b>	291
INTERVENCIONES AMBIENTALES	291
INTRODUCCIÓN DE MATERIAL AUXILIAR	295
OTRAS MEDIDAS ADJUNTAS	297
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	299

## INTRODUCCIÓN

Esta obra constituye la continuación del trabajo expuesto en su primera parte con el título de Introducción a la Psicoterapia. En ella manifestábamos nuestro interés por continuar en el tratamiento de esta modalidad curativa, sentada ya sobre un esquema teórico determinado y sustentada específicamente en delineamientos científicos como forma objetiva de comprender el fenómeno psicológico.

Esperamos que en la presente exposición, se satisfagan muchas de las expectativas que seguramente quedaron luego de la lectura del primer libro. La cobertura de una sola modalidad terapéutica, permite ahondar su tratamiento y dar una interpretación coherente a las manifestaciones ocurrientes en el proceso curativo.

Aunque la metodología seguida en este texto aspira copar estos requerimientos de la cátedra de Psicoterapia en la especialidad de Psicología Clínica, pensamos que sirve también para cumplir objetivos de otras especializaciones, tanto de las ciencias psicológicas, como de otras áreas en las cuales se establecen relaciones de ayuda con criterio terapéutico. De este modo, aspiramos que preste utilidad a estudiantes y profesionales que desarrollan labores psicoterapélicas y les permita ejercitarse en esta delicada actividad dentro de un marco técnico específico y científicamente respaldado.

Cuando terminamos con el primer escrito nos quedó una sensación de vacío o inconformidad. Esa sensación de quien no puede ver culminada una obra o una actividad creativa. A pesar de nuestra conciencia sobre la necesidad de dividir en dos partes el material tratado, sabía que la presentación del segundo volumen no podía esperar mucho, por el riesgo de escindir la continuidad de nuestro propósito y crear un malestar en el lector crítico, que vería en el primer trabajo aislado, una suerte de eclecticismo su-

perficial, sin definición clara de sus planteamientos. Con la lectura íntegra de los dos tratados se comprenderá el objetivo nuestro, orientado a crear un marco teórico inicial en el cual se puedan discutir los diversos conceptos, hechos y circunstancias del tratamiento psicoterapéutico Y adquirir una noción general de los planteamientos principales de las escuelas psicológicas en su aplicación terapéutica, antes de profundizar el estudio detenido de una orientación determinada que sea la rectora del ejercicio curativo. No pretendemos, por esta razón, justificarnos en nuestro desenvolvimiento, sino por el contrario ratificar nuestra posición congruente y consistente.

Este volumen recaba inicialmente los fundamentos del proceso y la relación terapéutica, tratando de ampliar las descripciones expuestas en el primer texto. El avance de la psicoterapia así lo exige. Luego, se refiere explícitamente a los aspectos técnicos y prácticos que se emplean en el tratamiento de los pacientes. Se exponen las técnicas de relajamiento muscular (para muchos fuera de los límites psicoterapéuticos), describiendo ligeramente a Schultz, Jacobson y Berges y Bounes y más detenidamente los esquemas de Wolpe y Lazarus por considerarlos más convenientes para nuestro medio. Posteriormente se tratan las técnicas de condicionamiento y contracondicionamiento. Y las variantes empleadas con este criterio. Más adelante nos referimos a las aplicaciones que tiene el sueño sugerido en la psicoterapia, así como a los demás procedimientos sugestivos. Como se puede apreciar, el apoyo en las técnicas conductistas, en esta parte, es evidente, puesto que es la modalidad terapéutica, que en el aspecto técnico, más se acerca a los planteamientos adoptados. Se registran procedimientos racionales; al respecto de esta temática, es conveniente explicar que en los procedimientos racionales se incluyen varias técnicas que adoptando otra denominación conllevan, sin duda, mecanismos persuasivos o explicativos en su uso. Tal es el caso de las terapias estimulativas o asertivas, la terapia Racional-Emotiva de Ellis y Harper, el denominado cambio de rotulación cognitiva, la resolución de problemas, sugestivos, de condicionamiento.

A continuación se mencionan las estrategias generales que se siguen en la psicoterapia de emergencia y la terapia breve, adoptando un criterio racional y dinámico. Cabe precisar que esta no es la única modalidad de intervención que agilita el tiempo de duración de tratamiento porque puede también hacérselo con el empleo de otras técnicas descritas.

Con los procedimientos anteriores, es factible introducirse en la aplicación de la psicoterapia en las diferentes especialidades médicas en las que se describen tratamientos específicos.

Finalmente se toman algunos conceptos relacionados con la terapia en otras edades y modalidades grupales de tratamiento que requerirían un trabajo especial en su desarrollo por la complejidad de su temática.

Confiamos en que esta obra venga a llenar uno de los vacíos que se encuentran en la formación psicoterapéutica por la carencia de señalamientos específicos en el estudio y perfeccionamiento formativo. Creemos que este texto permite un estudio sistemático de los fenómenos ocurriendos en la actividad terapéutica y una aplicación técnica que contemple todos los factores allí presentes.

En la inspiración, elaboración y ejecución de este trabajo han intervenido muchas personas. A todas ellas les expreso un impecable agradecimiento.

**Lucio Balarezo**



# 1 APROXIMACIÓN A UNA DEFINICIÓN SOBRE PSICOTERAPIA

---

Con el propósito de limitar con mayor exactitud el alcance de la psicoterapia, conviene recalcar el significado de esta forma de tratamiento, que en nuestra opinión, abarca un campo más extenso que el simple aconsejamiento o la orientación verbal en situaciones de crisis. Psicoanalistas y conductistas niegan que su ejercicio corresponda a la psicoterapia; su quehacer dicen, "es algo más que eso". Nosotros tuvimos la oportunidad de exponer con amplitud nuestro criterio sobre el verdadero terreno que cubre el tratamiento psicoterapéutico en la primera parte del trabajo. Queremos ahora citar algunas definiciones sobre la actividad psicoterapéutica que servirán como elementos de discusión posterior.

En una aproximación a la definición sobre psicoterapia conviene partir del concepto etimológico, el cual se deriva de raíces griegas:

psyche = alma humana; y  
therapeia = estudio de medios curativos o alivio de dolencias.

Obviamente, esta definición resulta en los momentos actuales limitante e inexacta, de modo que es importante reseñar algunos conceptos vertidos por autores para aclarar seriamente su contexto: Yates la define "*como el tratamiento de desórdenes psíquicos o mentales mediante el empleo de influencias mentales*". Luego, cuando Lindsley, en 1954, introduce el término de terapia del comportamiento, se refiere en los siguientes términos:

*Terapia del comportamiento es el intento de utilizar sistemáticamente aquel cuerpo de conocimientos empíricos y teóricos que han resultado de la aplicación del método experimental en psicología y sus disciplinas íntimamente relacionadas -fisiología y neurofisiología- con el fin de explicar la génesis y mantenimiento de patrones anormales de comportamiento; y de aplicar dicho conocimiento al tratamiento o prevención de esas anormalidades por medio de estudios experimentales controlados del caso individual, tanto descriptivos como correctivos.*

Por su parte, Eysenck la define como “el intento de alterar el comportamiento y la emoción humanos en una forma benéfica, de acuerdo a las leyes del aprendizaje”.

Como se desprende de los conceptos anteriores, en el conductismo –al igual que sucede en el psicoanálisis–, existe una propensión a colocar su actividad terapéutica en otra dimensión o categoría diferente a la psicoterapia, criterio que no coincide con nuestra propuesta.

Otras definiciones son las siguientes:

Sluchevski, manifiesta:

*La psicoterapia es el conjunto de las más variadas medidas de acción terapéutica que tienen por objeto influir por medio de la palabra sobre la actividad de la corteza. Su importancia se deriva de que en toda enfermedad, no solamente psíquica, sino también somática, siempre cumplen un gran papel los componentes psicogénos; en unos casos estos son los principales, en otros son complementarios.*

Luego agrega, “la psicoterapia se realiza por vías de suger-  
ción, de explicación y de convencimiento ”.

Román Toledo y Rodríguez Rivera, (en Hernández, 1981), cubanos ambos, la definen como:

*La rama o modalidad de la terapéutica médica que metodológicamente utiliza la comunicación humana, basándose en los aportes de las ciencias que estudian la personalidad; que se desenvuelve en el marco de la relación (equipo-paciente/s) produciendo un aumento, una recodificación, o ambos de la información del sistema nervioso central, que modifica el factor psíquico existente en toda enfermedad ...*

Domínguez, define la psicoterapia, “*como el tratamiento por medios psicológicos de los problemas y trastornos emocionales de la personalidad*”.

La definición propuesta por Whitfor Delgadillo, nicaragüense, designa el enmarcamiento de la psicoterapia como una disciplina auténticamente psicológica y además señala que, es “*Una técnica de tratamiento psicológico cuyo instrumento esencial es la palabra dentro de una relación psicoterapeuta-paciente, cuyo objetivo fundamental es el promover las transformaciones cuantitativas y cualitativas de la personalidad, transformaciones que encuentran su materialización únicamente en la actividad social*”.

Como se puede observar, luego del análisis de las definiciones expuestas, resaltan algunos puntos no esclarecidos suficientemente en la actualidad. Así, se discute aún el terreno científico sobre el cual se desenvuelve la psicoterapia, algunos piensan que dentro de la medicina, no pocos la ubican en las ciencias sociales y la mayoría, entre los que nos incluimos, dentro de la psicología. De tal modo, se insiste en la priorización de los aspectos técnicos y de relación, aunque al parecer los dos elementos tienen importancia singular y complementaria. Las conceptuaciones materialistas dialécticas, remarcán la importancia de la palabra o comunicación humana dentro de su contexto material y fisiológico, así como los fenómenos de la relación paciente-terapeuta, sobre cuyos hechos se desenvuelve el trabajo psicoterapéutico.

La diversidad de criterios ha impulsado en otros países a la búsqueda de respuestas que se ajusten a la realidad de cada medio. En Cuba, el Instituto de Investigaciones Fundamentales del Cerebro, realiza estudios detenidos acerca de las orientaciones, escuelas y teorías de psicoterapia con el objeto de establecer una escuela nacional de psicoterapia.

Un acercamiento a la definición de psicoterapia nos conduce a considerar algunos puntos de partida que los señalamos a continuación:

- En general se hace referencia al empleo de recursos psicológicos como específicos en el tratamiento psicoterapéutico. Bien vale al respecto detenemos en lo que consideramos “recursos psicológicos”.

El instrumento esencial e insustituible en cualquier forma de psicoterapia constituye la palabra o comunicación verbal como expresión social, la cual es un agente reflejo condicionado por su representación a nivel del segundo sistema de señales. Pero conjuntamente a la utilización del poder omnímodo de la palabra, pueden emplearse estímulos correspondientes al primer sistema de señalización aunque su utilización pertenezca a niveles inferiores de actuación, como ocurre, por ejemplo, en el empleo de técnicas aversivas o de condicionamiento a este nivel.

- Se anota la importancia que posee la relación terapeuta-paciente, a pesar que este fue uno de los aspectos de mayor controversia en el pasado. Así, se agrupaban los sistemas psicoterapéuticos en afectivos (con clara inclinación hacia el factor de relación); y cognitivos, cuyo principal interés constituía el manejo técnico. El factor de relación paciente-terapeuta es una de las condiciones básicas para lograr éxito en el tratamiento, sin que constituya lo único que cure al enfermo. El control de los fenómenos afectivos resultantes de

la relación, por lo tanto, debe ser plenamente analizado por todos los psicoterapeutas.

- Nuestro punto de vista coincide con el expuesto por Whitford Delgadillo en el sentido de ubicar a la psicoterapia como una técnica de tratamiento psicológico que corresponde “más a la ciencia de la psicología que a cualquier otra rama de la ciencia; su raíz misma le ha sido dada precisamente por la psicología”.
- El campo de aplicación de la psicoterapia es otro de los puntos divergentes entre las escuelas, aunque se suele aceptar mayoritariamente la concepción unitaria del organismo que considera la conjunción entre el soma y la psique. En este sentido, la acción psicoterapéutica se efectiviza en todos los desórdenes psíquicos que ocurren sea por desadaptación o “desapropiación” según Leontiev, los problemas de personalidad, los trastornos psiquiátricos y las manifestaciones patopsicológicas presentes en las enfermedades somáticas.

En resumen, las definiciones de psicoterapia que se acerquen lo más adecuadamente a la realidad, harán referencia a los recursos que se emplean en el tratamiento, los objetivos que se persiguen con este tratamiento, los fenómenos ocurrientes en la relación paciente-terapeuta y los sujetos sobre los cuales se ejerce dicha acción.



## **2 PASOS DEL PROCESO TERAPÉUTICO Y SUS ESTRATEGIAS**

---

Cada autor intenta describir los pasos secuenciales que van ocurriendo en el proceso terapéutico. El señalamiento de la psicoterapia como proceso es irrefutable. (Daco, 1980). Las modificaciones y transformaciones que en ella ocurren dependen de algunos factores que caracterizan la evolución como una unidad, que aunque a veces puede alterarse por efectos prácticos, guarda coherencia y sistematización en su decurso.

Nuestra propuesta con relación al tema se sintetiza en los siguientes pasos, expectativas y motivaciones previas a la primera entrevista, investigación, planificación del proceso, aplicación técnica y evaluación del proceso. (Balarezo, 1986)

El primer paso constituye la fase de recolección de información acerca de los problemas fundamentales del paciente, la elaboración del historial clínico y la deducción de criterios diagnósticos y pronósticos. Se ha dicho, sin embargo, con mucha propiedad, que el proceso se inicia antes del primer contacto entre paciente y terapeuta y termina con la deserción o curación del enfermo. Una de las primeras interrogantes que surge en el terapeuta cuando se va iniciando en su actividad, se refiere a los diferentes fenómenos o acciones que se dan en aquel intermedio, dado que serán elementos que dependen del terapeuta, del paciente y de los mismos fenómenos de interrelación personal.

## EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES PREVIAS A LA PRIMERA ENTREVISTA E INVESTIGACIÓN

El primer encuentro del sujeto con el terapeuta no resulta un evento casual y carente de significado. Tanto en el paciente como en el terapeuta influyen factores de la más variada índole. Existen elementos externos como la ubicación geográfica, factores climáticos, compromisos familiares y sociales que pueden influir en la primera entrevista.

Igualmente, y desde luego con mayor ingerencia, van a influir factores internos, es decir provenientes de la misma dinamia psíquica de los dos miembros. La motivación que tiene el paciente hacia el tratamiento, el interés en su curación, sus experiencias terapéuticas anteriores, los intentos fallidos de autorresolución son algunos de los ejemplos al respecto. De igual modo, las disponibilidades de tiempo del terapeuta, sus intereses personales, la orientación doctrinaria y su experiencia profesional influyen de manera directa en el primer contacto.

### Motivaciones y expectativas en el paciente

La concurrencia al tratamiento psicoterapéutico supone la superación previa de algunos obstáculos por parte del paciente cuando este asiste por su propia voluntad, lo cual no es una regla general en el contacto. Sabemos que los niños, la mayoría de jóvenes, los psicópatas, los psicóticos y muchas personalidades defensivas, sensibles, desconfiadas o con sentimientos de culpa, rehuyen o son incapaces de acudir por su propio deseo en búsqueda de tratamiento, sea por disminución conciencial producto del trastorno o por una negativa activa a recibir ayuda.

Es común en nuestro medio la renuencia al contacto psicológico en los familiares cercanos (sobre todo del esposo), cuando se requieren datos informativos que expliquen la etiología del trastorno y peor aún cuando se los urge con propósitos terapéuticos.

Otra circunstancia diferente plantean los casos derivados por interconsulta de otros profesionales, generalmente médicos, sea en pacientes hospitalizados o en tratamiento ambulatorio. Se siente en estos sujetos como una obligación impuesta por el profesional y en otras oportunidades se asiste buscando la solución definitiva al problema.

Al descartar todos estos casos, en los que la acción psicológica supone una mayor sutileza para despertar en forma inmediata expectativas y motivaciones con recursos externos manejados por el terapeuta, es menester detenernos inclusive en los casos en que asisten por su libre decisión, hecho que sin lugar a dudas facilita el primer contacto.

Analicemos a continuación algunas motivaciones y expectativas que traen consigo los pacientes.

- La mayoría de pacientes acude en búsqueda de solución para sus problemas o la atenuación y supresión de síntomas.
- Otros asisten para complacer a familiares o personas íntimamente relacionadas con ellos, a cuya insinuación concurren con una relativa resistencia.
- En algunos casos la asistencia al psicólogo satisface una motivación personal o social a través de la cual se cumple con una exigencia de su estatus o de simple curiosidad.
- Finalmente señalemos el grupo que asiste con un mínimo grado de conciencia o por las exigencias personales e institucionales.

En el período previo al de la entrevista van ocurriendo algunos eventos desde el momento mismo de la presentación del problema hasta la concurrencia a la consulta. Inicialmente se produce una toma de conciencia de la sintomatología o de las dificultades

por las que se encuentra atravesando el sujeto siendo más intenso el primer aspecto. Luego, se buscarán autosoluciones, se adoptará una postura de quemimportismo esperando que pase por sí solo el conflicto o se buscarán explicaciones orgánicas a sus molestias. En este lapso se acudirá a la búsqueda de ayuda, tratamiento, consejo o explicaciones y soluciones mágicas a sus problemas.

La intervención de familiares, amistades, empíricos y profesionales determina rasgos, características y actitudes favorables o desfavorables en el sujeto. Las manifestaciones del cuadro patológico inclusive estructuran la aceptación o rechazo a la ayuda profesional. Los fracasos anteriores en el tratamiento predisponen de una manera específica las expectativas que mantiene el paciente y sus familiares. En todo caso, estas son algunas de las consideraciones que debe establecer el profesional en el primer contacto que tiene con el paciente

### **Expectativas en el terapeuta**

Las diversas circunstancias actuantes en el terapeuta a través de su desarrollo y formación profesionales también establecen en cierto sentido intereses, expectativas y actitudes terapéuticas que influyen en el primer contacto. No se tiende a mirar de igual modo al inicio de la carrera profesional que cuando se tiene ya un determinado monto de experiencia. La mayor o menor complejidad del cuadro y la personalidad crean así mismo diversa postura frente a los pacientes.

La idoneidad personal y el tiempo requerido para la ayuda terapéutica, las posibilidades de atención, las condiciones socio-culturales, la edad, el sexo, la cultura de los pacientes, son algunos de los elementos que intervienen en las expectativas del psicólogo.

La predisposición positiva que denote el terapeuta frente al paciente redunda en el proceso mismo. Esto obliga a una superación psíquica de todas las contingencias personales o conflictivas

que pueden subyacer en el psicólogo como profesional y como hombre. Debe también superar la propensión a la inercia que es muy común conforme se van tratando más pacientes. Se debe recordar siempre que con psicoterapia se curan enfermos y no enfermedades, a fin de no perder de vista al sujeto con todas las manifestaciones de su personalidad y su trastorno.

### **Expectativas de familiares, amigos e instituciones**

Las manifestaciones de ansiedad, temor, tristeza o preocupación engloban a los familiares y allegados del paciente. Esto es evidente, tanto cuando el paciente es niño o adolescente, como cuando estamos frente a adultos. La sobreprotección, los sentimientos de culpa, el desinterés, el familismo, son factores obstaculizantes en el proceso o en la primera entrevista. De igual forma, la experiencia anterior de los familiares y amigos influye directamente en las actitudes del paciente, (Holander, 1968). Estos pueden incrementar el prestigio del terapeuta facilitando la tarea curativa o pueden crear sentimientos de temor o desconfianza hacia el terapeuta y el tratamiento.

Los intereses institucionales también intervienen en la actitud terapéutica inicial. Es real el hecho de la variada atención que se brinda en el medio institucional y en la consulta privada. Esta distinción se establece sobre todo por las posibilidades de tiempo que son diferentes en ambos medios así como por la diversa predisposición del terapeuta.

## **LA PRIMERA ENTREVISTA Y EL ESTABLECIMIENTO DE LA PRIMERA RELACIÓN TERAPÉUTICA**

Superadas las dificultades anteriores ocurre el primer encuentro entre paciente y terapeuta. Independientemente del esquema que guíe nuestra intervención en la recolección de información o elaboración de la historia clínica, debemos clarificar en primer término el tipo de contacto que se está estableciendo. Bien

puede tratarse en realidad del inicio de todo un proceso terapéutico o puede ser simplemente una entrevista de consulta. En este último caso, la actuación psicológica difiere notablemente por las connotaciones de agilidad y directividad con que se debe proceder. Los sujetos en esta circunstancia, buscan una orientación determinada sobre problemas concretos o el manejo de familiares y allegados, intentan encontrar un refuerzo a sus decisiones o medir la idoneidad profesional del psicólogo en forma directa, (Dana, 1966). Acuden en otros casos, para crear un preámbulo al tratamiento de otras personas.

En la primera o primeras entrevistas, no directivas preferentemente, en las que se recoge información pertinente y se establecen deducciones diagnósticas, se emplean recursos terapéuticos, que sin constituirse sistemáticamente en proceso, sirven para disminuir o atenuar los síntomas y para establecer una relación terapéutica apropiada. Por esta razón, analizaremos los aspectos que se deben cumplir en el primer encuentro del paciente con el terapeuta, advirtiendo que si bien pueden seguir una secuencia aproximada de acuerdo a su presentación, tienden a entremezclarse y correlacionarse durante el interrogatorio.

### **Establecimiento del *rapport***

La necesidad de establecer *rapport* durante las entrevistas en un punto sobre el cual nadie discute. Las descripciones o definiciones pueden variar; sin embargo, la alusión al fenómeno suele ser similar o parecida. Whitford Delgadillo (1983), se refiere en términos de la “*creación y estimulación del ambiente propicio para estimular el proceso terapéutico*”, agregando que se debe “*garantizar una relación con el paciente dentro de los marcos de una confiabilidad; dar muestras de honestidad y que el paciente así lo sienta; tratarlo como un ser humano al cual debe respetarse; darle la importancia que el paciente le confiere a los hechos por él consultados ...*” Shertzzer y Stone, a su vez señalan que el *rapport* es más que una entrevista inicial fácil y eficaz; implica una cualidad, un entendimiento

mutuo, un respeto y un interés sostenido que deberán comunicarse desde el primer contacto hasta el último. El *rapport* se forma en base al interés demostrado por el terapeuta, a la capacidad de respuesta emocional que poseen paciente y terapeuta y a la actitud amistosa que implica una delicada relación humana.

Esta condición de confianza, tranquilidad, comodidad, solidaridad y libertad en la que debe sentirse el paciente es establecida por el terapeuta. No es una condición que surge per se; es un clima necesario impuesto por el especialista. Es cierto que en el primer contacto intervienen estimulaciones psíquicas racionales e irracionales que marcan sentimientos de simpatía o rechazo frente al terapeuta o viceversa, pero al ser el psicólogo un especialista en la interrelación humana terapéutica, está en la obligación de controlar estos fenómenos. La actitud del terapeuta debe ser permisiva, comprensiva, respetuosa, cordial y de aceptación. Se expresará tanto en las comunicaciones verbales como en las no verbales, cuidándose en detalles que ocasionalmente pasan desapercibidos en la gesticulación, posturas, atención brindada, signos de tranquilidad.

Algunas de las tácticas que se emplean al inicio de la relación constituyen: la conversación sobre temas diferentes, la recolección de datos informativos que suelen ser fáciles en sus respuestas, la cordialidad con que se recibe al paciente, evitar las esperas largas, el tono de voz amable del terapeuta.

### Aproximación diagnóstica

Indudablemente, la primera entrevista cumple con este propósito. Sería deseable inclusive que se pueda delinejar en este primer contacto un esbozo de la historia clínica psicológica; esto, sin embargo, no siempre es posible ni conveniente. El interrogatorio rígido o inquisidor, cumple, sí, con fines investigativos, pero puede ser obstaculizante en el establecimiento de condiciones emocionales favorables. Por lo tanto, el terapeuta debe flexibilizar su actuación de acuerdo a las expresiones afectivas que denote el paciente.

No obstante, el individuo afectado regularmente orienta su exposición hacia el tema que considera central en su problemática aunque no lo haga en la forma más sistematizada y busque en ocasiones hacer historias innecesarias remontadas a etapas muy tempranas de su vida. Por esta circunstancia, la recolección de información debe conducirse de tal manera que cumpla con algunos objetivos fundamentales en este trabajo:

- a. **Diagnóstico clínico y etiopatogénico.**- A través de una búsqueda selectiva que exija un trabajo analítico-sintético del terapeuta y que atienda a los síntomas principales, a la estructura del grupo familiar, a las formas adaptativas del sujeto en una visión evolutiva y a los aspectos interaccionales de la entrevista. Inclusive este trabajo se puede condensar en una “**interpretación panorámica inicial**”, o en una recapitulación introductoria que mejore la jerarquía del especialista.
- b. **Diagnóstico de la personalidad, actitudes y motivaciones para el tratamiento.**- La apreciación panorámica de la estructura de personalidad del paciente en la primera entrevista, vislumbra las estrategias del contacto y las posibilidades terapéuticas del caso, (Hall y Lindzey, 1975). Entre los aspectos que se tendrán en cuenta señalamos el reconocimiento del carácter psicógeno de sus trastornos, la capacidad de introspección, la disposición para transmitir la información honestamente, el deseo de comprenderse, la actitud de participación activa, el interés por el tratamiento, la flexibilidad y la disposición al esfuerzo.
- c. **Diagnóstico del entorno del paciente.**- Se refiere a la definición de las condiciones de vida del paciente en lo relacionado con los factores físicos, económicos, socio-culturales, los cuales pueden impedir o favorecer el tratamiento, (Mishel, 1974). Se clarificarán de este modo todos aquellos factores patogénicos y aquellos que tengan potencial terapéutico para ser empleados como medidas adjuntas.

## Confesión y la desinhibición emocional

Inclusive en el terreno empírico, se conoce el hecho que “*contando el problema se alivia*”. El terapeuta no solamente permite, sino que facilita el relato libre para eliminar la tensión en el sujeto y buscar el alivio de la ansiedad inicial con que llega el paciente. La posición no directiva y ausente de crítica y asombro es la mejor recomendación al respecto. Igualmente las manifestaciones empáticas tienden a la permisión actuando como facilitadoras de esta condición. Muchos tratamientos terminan en la primera sesión, precisamente por el mal uso de este recurso cuando se asume una posición demasiado directiva.

## Estrategias estimulativas o de apoyo

El grado de expectativa acerca de la psicoterapia, del psicoterapeuta y de su misma enfermedad, desarrollan en el paciente (o en sus familiares y allegados), dudas, temores e inseguridades relacionados con la posibilidad de tratamiento, la idoneidad del especialista, la eficacia o peligrosidad de las técnicas y el tiempo necesario para su recuperación. El terapeuta, cuando se ha formado un criterio general sobre el sujeto y el trastorno, debe emplear frases de apoyo o reafirmaciones para conseguir confianza, optimismo y tranquilidad en los inicios del tratamiento, mediante intervenciones dirigidas a persuadir o sugerir al paciente sobre la factibilidad real de tratamiento y curación, así como la experiencia anterior del terapeuta en casos similares.

La devolución inmediata de información por parte del terapeuta, le permite al paciente saber que es lo que el profesional, como especialista, opina de su problema, es además recomendable que se refuerce la motivación hacia el tratamiento.

## Estructuración y afianzamiento de la relación terapéutica

Esta supone una confrontación entre las expectativas del paciente y del psicólogo –en ocasiones participan además los fami-

liares–, para buscar reajustes y acuerdos comunes sobre el tratamiento. El terapeuta estará abierto a las posibles objeciones o racionales que presenta el enfermo en esta etapa. Luego de reforzar la alianza terapéutica se explicitarán (o no) detalles que complementan el contexto; así, frecuencia, duración de las entrevistas, honorarios, tiempo de tratamiento. Al final de la entrevista, el paciente habrá aclarado los siguientes aspectos:

- Una visión general sobre la psicoterapia como forma de tratamiento.
- Los roles y conductas de paciente y terapeuta.
- La presencia de fenómenos afectivos durante el transcurso de la terapia.
- La formulación realista sobre las expectativas de la psicoterapia y las limitaciones de la misma.
- La duración aproximada de las sesiones y del tratamiento.
- Las técnicas factibles de emplearse en psicoterapia.

El conocimiento o desconocimiento sobre la naturaleza misma de la psicoterapia, sobre el rol del psicólogo y la actividad terapéutica, así como la confusión que causa el modelo curativo médico en nuestro medio, todavía limitado en su experiencia psicológica, marcan la necesidad de formalizar y estructurar la relación para evitar deserciones, decepciones, frustraciones y creencias exageradas en el paciente y para resguardar el prestigio de la psicología y la psicoterapia.

La estructuración se somete al criterio complementario o simétrico, de acuerdo a las condiciones de la terapia, (Harper, 1966); por lo tanto, se exponen o se discuten los aspectos señalados y su momento de hacerlo puede variar de acuerdo con la experiencia del terapeuta. Por nuestra parte aconsejamos realizarla luego de la re-

colección de los datos informativos o al final de la sesión y luego de la etapa de planificación, cuando los criterios diagnósticos están más ajustados. Suele ser empleada también para manejar componentes afectivos de la relación, el momento que estos surjan.

En resumen, al cabo de la primera entrevista se habrán contemplado los siguientes aspectos:

- Recolectar información suficiente para establecer aproximaciones diagnósticas tanto de la entidad clínica como de las manifestaciones de personalidad y condiciones ambientales del paciente, como un alcance acerca de la factibilidad de tratamiento.
- Establecer las condiciones afectivas apropiadas para el surgimiento de la alianza terapéutica a través de una motivación apropiada.
- Conducir la estructuración de la relación terapéutica.
- Atenuar algunas manifestaciones angustioso-depresivas con que llega el paciente, lo cual refuerza la motivación.

A continuación señalamos algunas interrogantes que debe plantearse el psicólogo al final de la primera entrevista:

- ¿Logré que el paciente hable con libertad sobre su problema?
- ¿Vi su problema y situación desde su propio punto de vista?
- ¿Tengo claridad en la concepción del problema del paciente y en sus posibilidades de tratamiento?
- ¿Tiene confianza en mí como psicólogo y en la psicoterapia como forma de tratamiento?

- ¿Se sintió comprendido en su problema?
- ¿Terminó plenamente convencido sobre las posibilidades y objetivos de la psicoterapia?
- ¿He llegado a conclusiones diagnósticas apropiadas?
- ¿He identificado las facilidades y dificultades en el tratamiento?

## PLANIFICACIÓN

El segundo instante que, aunque no depende de la relación directa con el paciente, resulta imprescindible para evitar las improvisaciones y aplicaciones subjetivas e intuitivas, es la planificación del tratamiento. Este período se cumple sin la presencia del paciente, requiriendo del terapeuta un trabajo analítico-sintético forzado a fin de sujetar el proceso al principio de la causalidad. La descripción redactada es necesaria al inicio de la formación como especialista; luego se va adquiriendo mayor solvencia y facilidad para elaborar conceptuaciones e hipótesis que guíen la actividad. En términos generales, se intenta llegar a la comprensión patológica del cuadro en función de las causas desencadenantes y la estructura de la personalidad premórbida del paciente, (Lazarus, 1965), estableciendo nexos históricos que expliquen con suficiente claridad la patogenia del caso. Además se buscan las condiciones o características personales, ambientales y sociales que actuarán como facilitadores u obstaculizantes de la terapia.

Todo lo anterior conduce a clarificar las metas u objetivos que se perseguirán con el paciente y estos a su vez determinarán las técnicas o procedimientos más eficaces.

Los puntos que se establecen en la planificación son los siguientes:

### • Formulación etiopatogénica

Constituye la interrelación del cuadro del paciente, con los factores desencadenantes, determinantes, predisponentes y mantenedores de la patología. Esta comprensión se hará con una postura objetiva para entender la causalidad y la patogenia del trastorno. Con la formulación etiopatogénica nos contestamos a interrogantes tales como: ¿Cuál es el padecimiento fundamental del paciente?; ¿Qué factores han predisuesto y determinado la personalidad en su desarrollo personal para que surja dicho trastorno?; ¿Por qué razones o cuáles causas motivaron el aparecimiento del cuadro?; ¿Qué factores impiden o impedirán la restauración de su equilibrio o curación?; ¿Cómo actúa el desequilibrio de la actividad nerviosa superior en la patología?

### • Descripción de la personalidad

Es una síntesis tanto de las áreas problemáticas como de aquellas que guardan adecuación en el sujeto. En este punto conviene superar la tendencia simplista y peyorativa que suele predominar en algunos psicoterapeutas, que tienden a encontrar exclusivamente las características negativas del paciente, sin apreciar aquellas que pueden favorecer el tratamiento, (Millon, 1974). Resulta valiosa la orientación que nos puede brindar el análisis de las manifestaciones del paciente en lo relacionado con sus funciones intelectivas y cognoscitivas, su nivel de integración, el grado de flexibilidad, la capacidad para reaccionar afectivamente ante el contacto, la motivación al tratamiento, etc.

Este punto, bien se puede separar de la formulación etiopatogénica o adjuntarlo, sin desmedro de la integridad del plan.

Actualmente, la escuela rusa se refiere con mucho interés a la relación entre psicoterapia y patopsicología o mejor, entre la psicoterapia y el experimento patopsicológico. A este asunto se han dedicado, principalmente Bleijer y Zeigarnik, 1982, además de Savenko y Korobkov.

El experimento patopsicológico constituye una investigación del fenómeno psíquico y los mecanismos psicológicos de formación de los síntomas, buscando llegar al diagnóstico de los estados y procesos psíquicos alterados y al descubrimiento de las causas biológicas que están provocando las alteraciones, operando sobre conceptos exclusivamente psicológicos y facilitando simultáneamente el esclarecimiento de las posibilidades de tratamiento en base a las funciones que permanecen indemnes. Las aplicaciones que la patopsicología puede tener en el terreno psicoterapéutico las citamos del mismo Bleijer (1982):

- El descubrimiento de propiedades específicas de la personalidad del examinado sobre las cuales debe posteriormente prestarse particular atención.
- El descubrimiento psicológico favorece la predisposición a un contacto productivo y adecuado con el enfermo, ya que da al psicoterapeuta una idea sobre el nivel intelectual del paciente.
- El experimento psicológico puede desempeñar un rol determinado en la elección de las metódicas de psicoterapia.
- El mismo experimento psicológico puede tener significado psicoterapéutico.

Al respecto, en cada uno de los asuntos se ejemplifica la metódica de investigación de los procesos y funciones psíquicas a efecto de obtener provecho de los datos obtenidos. Cita por ejemplo, las metódicas que proporcionan características personales del paciente en el examen de la percepción, el pensamiento, la memoria, la atención: como la redacción de la autobiografía, cuestionarios para la discriminación de la actividad nerviosa superior (B. Birman); la escala personal de manifestaciones de ansiedad de Taylor; el cuestionario para el esclarecimiento de propiedades neuróticas de Willoughby, los métodos proyectivos, etc. Además de

esta vía psicométrica, la misma actitud del sujeto ante la investigación proporciona datos sobre la vida afectiva, la motivación y la sugestibilidad (que puede también medirse con reactivos más específicos). Por su parte, el grupo de psicólogas cubanas -Hernández, Pérez y Martínez (1981)-, en su trabajo sobre el *Papel del Patopsicólogo en el trabajo psicoterapéutico*, también analizan algunos puntos relacionados al tema que nos permitimos resumirlos.

**- *Control de la efectividad de la psicoterapia a través del experimento patopsicológico***

La obtención de datos a través del experimento patopsicológico puede deducir elementos estructurales de la personalidad del sujeto con el objeto de diagnosticar las funciones alteradas y las mantenidas, determinando una postura pronóstica y evaluativa a través del proceso. Para el efecto, recomiendan tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- Importancia de lo biológico en el proceso de formación de los síntomas;
- Las particularidades sintomáticas de la enfermedad;
- Capacidad intelectual en el momento determinado para enfrentar el tratamiento;
- Particularidades de la personalidad recogidas en el experimento;
- Disponibilidad del paciente a enfrentar o cooperar activamente en el tratamiento;
- Particularidades del contacto enfermo-psicoterapeuta;
- Importancia del rol social en la etiopatogenia de la enfermedad; y,
- Cualidades sanas o potencialidades de la personalidad en las cuales nos podemos apoyar para el tratamiento.

– *El experimento patopsicológico y su propia significación psicoterapéutica*

Las mismas tareas del experimento psicológico, a más de la función diagnóstica inherente, conllevan objetivos terapéuticos inmersos en la ejecución de los trabajos. He aquí algunos de los principios presentes en este caso:

- Modelado de la actividad psíquica habitual;
  - Principio del análisis cualitativo de la actividad psíquica;
  - Registro exacto y objetivo de los hechos, acciones y expresiones; y,
  - Principio de las variaciones de las condiciones experimentales.
- *Diferencia de enfoque en cuanto al trabajo psicoterapéutico en la psicología clínica tradicional y la patopsicología*

En cuya exposición se recalca la fundamentación científica por vía de la experimentación, (Zazzo, 1973), sobre los conceptos psicológicos en los que se basa la patopsicología, a diferencia de los enfoques múltiples que pueden operar en la psicología clínica de acuerdo con las teorías existentes.

Como es posible deducir, nuestro planteamiento con relación al establecimiento de un criterio diagnóstico etiopatogénico y que contenga la descripción más completa de la personalidad, como un requisito previo al ejercicio terapéutico sistematizado, coincide con las modernas ponencias de países más desarrollados en las actividades terapéuticas, que otorgan singular importancia a la acción netamente psicológica en el tratamiento psicoterapéutico, (Reuben, 1969). Claro que el experimento patopsicológico, tal como se lo describe, es un trabajo más permanente durante todo el proceso; pero si se lo analiza en cuanto a la descripción inicial efectuada sobre el tema, se coincide en el diagnóstico de funciones psíquicas sobre todo intelectivas, el grado de motivación, el contexto familiar

y social en el que desenvuelve, las condiciones afectivas de relación y la integridad de los procesos mentales y psicológicos.

## Formulación de objetivos

Estará de acuerdo con los aspectos anteriores. El terapeuta clarificará conscientemente sus limitaciones en cuanto al tratamiento impuesto. Las metas y objetivos, que pueden ser de variada índole, conviene discutirlos con el paciente -cuando esto es factible-, a objeto de establecer las posibilidades reales que el terapeuta y la psicoterapia le ofrecen y adecuar la expectativas del paciente y de las personas que le rodean. Por esta razón, señalamos más arriba que la estructuración se la debe hacer también en este momento.

Los objetivos se centran usualmente en la búsqueda de alivio sintomático, modificación de rasgos de personalidad, cambio de estructuras cognitivas patológicas, apoyo emocional, adquisición de nuevas formas de conducta, resolución de conflictos.

Estos objetivos específicos concentran a su vez la actividad y el interés, en el cumplimiento de una meta común que constituye la curación del paciente.

## Señalamiento de técnicas

Se fundamenta en los objetivos que se persiguen en el tratamiento y en las condiciones del enfermo. En la actualidad existe una amplia gama de posibilidades de aplicación que depende de factores relacionados con el paciente, el terapeuta, el cuadro clínico, las facilidades tecnológicas, la cronicidad del cuadro, la experiencia anterior y las condiciones socioeconómicas del paciente. En términos generales, el escogitamiento de técnicas hacemos partiendo de lo general a lo particular y de lo simple a lo complejo, para lo cual aprovechamos los estados concienciales del sujeto, es decir los estados de vigilia, somnolencia o sueño sugerido.

Las técnicas mayormente empleadas constituyen los recursos persuasivos, sugestivos, explicativos, assertivos o estimulativos, técnicas de condicionamiento, psicorrelajamiento muscular, técnicas inhibitorias o aversivas, de descondicionamiento, desensibilización sistemática, biorretroalimentación, reposo sugerido, autosugestión.

## APLICACIÓN TÉCNICA

Es una derivación del esquema anterior. Luego de precisar las técnicas, se efectivizará su aplicación y ejercicio durante el resto del proceso. Adviene entonces la práctica psicoterapéutica sistematizada y sujeta a delineamientos claros y precisos. Conviene que esta parte del proceso se someta permanentemente a la evaluación crítica del terapeuta, para lo cual sugerimos la evolución pertinente y cuando sea factible, el seguimiento del caso que confirmará el éxito del tratamiento y evitará las recidivas del cuadro.

Durante este momento pueden darse rectificaciones, tanto en el planteamiento de objetivos como en el señalamiento de técnicas cuando el caso así lo requiera. Muchos elementos de la relación terapéutica solamente son ostensibles al cabo de algunas sesiones, por lo que el terapeuta mantendrá siempre una postura crítica, abierta y flexible ante el tratamiento.

Una consideración final es aquella de indicar el grado de maleabilidad del proceso. No en todas las circunstancias nos ceñimos estrictamente al esquema plantado. Estos pasos pueden superponerse, modificarse o suprimirse de acuerdo con múltiples contingencias. Así para citar un ejemplo aislado, la condición de pacientes incurables o de larga estadía encamada, obliga a manejos terapéuticos inmediatos y breves. Las mismas limitaciones temporales del tratamiento asistencial y las condiciones materiales escasas determinan posturas diferentes. No obstante, debe ser la propuesta que oriente nuestro trabajo en la rutina del tratamiento.

## EVALUACIÓN DE LA PSICOTERAPIA

La eficacia del trabajo terapéutico debe ser juzgada mediante algunos recursos para conseguir la mayor objetividad posible, empleando las siguientes fuentes:

- Criterio del terapeuta
- Criterio del paciente
- Apreciación de los familiares y otras personas
- Utilización de reactivos y registros psicológicos
- Mediciones fisiológicas

El terapeuta, subjetivamente en la mayoría de casos, evalúa la mejoría del paciente acudiendo a las referencias verbales y no verbales de aquél, quien a su vez acoge también, subjetivamente, lo que considera superación de los problemas o disminución de sus síntomas.

El error puede presentarse en estas circunstancias, obligando al empleo de otros medios que busquen mayor objetividad en la evaluación. El criterio de familiares y allegados es mayormente aceptado, aunque existe el riesgo que se evalúe el comportamiento del paciente en los términos que son de su conveniencia y no del interesado.

Los reactivos psicológicos constituyen una alternativa evaluatoria con mejores beneficios por ser instrumentos categorizados y estandarizados. Su aplicación, previa al tratamiento, en el período de investigación y posterior a la terapia, marcará una movilización positiva en los puntajes correspondientes.

En la actualidad existe la posibilidad de emplear recursos tecnológicos que captan las respuestas fisiológicas en el caso de trastornos específicos generalmente asociados a la angustia.

En lo posible también puede acudirse a la observación directa de las conductas problemáticas y sus formas de resolución. Los registros de observación y seguimiento se utilizan con éxito en el terreno conductista permitiendo deducir el proceso de cambio y las dificultades que se tiene en la terapia.

En todo caso, el tema de la evaluación terapéutica constituye uno de los terrenos sin resolución definitiva hasta nuestros momentos. Igual cosa sucede con la suspensión o terminación del tratamiento y el criterio que debe prevalecer para concluir con el mismo. Debe ser el criterio del paciente, quien en muchas oportunidades da por finalizada la terapia por su propia iniciativa, o del terapeuta, el que se tomará en cuenta para concluir con la terapia? Esta es una interrogante no absuelta definitivamente en el momento actual.

# 3 RELACIÓN PSICOTERAPÉUTICA

---

## GENERALIDADES

La permanente y aparente dicotomía que se ha pretendido establecer entre técnica y relación, parece que en los momentos actuales tiende a perderse por la reconceptuación del tema por los terapeutas. No compartimos el criterio que, exclusivamente mediante los fenómenos afectivos presentes y surgidos en la relación terapéutica, los pacientes puedan curarse. Inclusive, los sistemas más recalcitrantes en cuanto a la defensa de esta postura, están de acuerdo que en todos los casos se emplean técnicas sobre todo de intercambio verbal, (Fromm, 1970). Pero, complementariamente a esta información, los enfoques que ponen mayor interés en la técnica, no pueden prescindir de los contactos interpersonales favorables entre paciente y terapeuta para que el ejercicio técnico tenga los mejores resultados.

La relación paciente-terapeuta, como forma de interrelación personal, se sujeta a los mismos principios y fuerzas actuantes de esta. El encuentro entre dos personas no es un hecho aislado, antes es el resultado de varias contingencias dependientes de la misma evolución histórica de ambos, (Pages, 1976), así como de los patrones actitudinales y caracterológicos predominantes en una cultura o sociedad determinada. De este modo, las experiencias anteriores del paciente influyen en el contacto terapéutico, pues él, es un producto de influencias familiares, sociales y culturales entrelazadas a experiencias vitales con diferente significado y consecuencia para el sujeto. Este mismo análisis es válido para el te-

terapeuta, sobre todo si consideramos el doble rol que interviene en su profesión, esto es, de hombre común y de terapeuta.

Pero afirmábamos que la situación específica del intercambio curativo, supone un intrincado reflejo de intereses, motivaciones, expectativas, creencias, valores, respuestas emocionales aceptables, todos ellos actuantes en el momento terapéutico, (Rogers, 1969), hecho que recaba una comprensión amplia del problema que conlleve aspectos sociales, psicológicos y biológicos en su análisis y supere el estrecho enfoque psicoanalista que considera toda la expresión afectiva en términos de dinámica inconsciente de paciente y terapeuta.

La ocurrencia de fenómenos afectivos es una circunstancia cierta en el contacto terapéutico e inclusive puede afirmarse que necesaria en términos de su manejo, control y mejoramiento.

Situemos en primer lugar, la ubicación que le corresponde a la relación dentro del proceso. Refiriéndonos a este como una de las características comunes de los sistemas psicoterapéuticos, cuya aceptación nadie discute, nos encontramos que se encuentra conformado por dos aspectos interrelacionados entre sí: la aplicación técnica y los fenómenos afectivos derivados del contacto interhumano. Las técnicas constituyen el arsenal de procedimientos específicos que el terapeuta utiliza, cualquiera que sea la orientación en la que se ubica. La destreza en su manejo supone una consolidada base doctrinaria y un ejercicio práctico que lo convierta en experto.

La relación surge en cambio, como un resultado de la interacción entre paciente y terapeuta, es un fenómeno desprendido de la connotación social del contacto y depende de factores personales y sociales. Individuales por cuanto en su origen intervienen las características particulares de sus miembros, sus aptitudes y actitudes; sus capacidades y rasgos caracterológicos. Sociales por responder a la dinámica ocurrente solo cuando se unen dos o

más individuos, inclusive las manifestaciones personales no se presentan sino en cuanto un sujeto se interrelaciona con otro, además de que en su origen mismo, el vínculo, tiene un significado social.

En la actualidad se ha retomado el interés sobre la relación durante el tratamiento psicoterapéutico, hecho que fue descuidado o controvertido a raíz de la sobredimensión otorgada por los enfoques denominados afectivos a este fenómeno, al punto de considerar que la relación per se curaba sin necesidad de la aplicación técnica. Esta postura condujo la corriente al otro extremo, se llegó a un tecnicismo mecanicista producto de la misma evolución tecnológica del mundo. Posición también desacertada y carente del más elemental humanismo, rasgo distintivo del tratamiento psicológico. En esta fase los pacientes se transforman en clientes o casos. La integridad del hombre se reduce al organismo aislado y unilateral; se curan enfermedades y no enfermos; se atienden órganos y no personas.

Pensamos por nuestra parte que el estudio de la relación y su categorización dentro del tratamiento psicológico merece una ubicación exacta para esclarecer su real valor.

En primera instancia intentaremos definirla, para luego analizar los fenómenos que se derivan de su presencia. La relación terapéutica es una forma de relación interpersonal pero caracterizada por la condición que en aquella, uno de los integrantes, como paciente, busca o necesita ayuda y el otro proporciona el marco apropiado para que se produzca el cambio terapéutico. Surgen a la mente, conceptos vertidos anteriormente, como el de la relación de ayuda como característica del contacto y el de las condiciones o características que deben poseer los terapeutas y los pacientes.

Las descripciones que se hacen sobre el tema atienden a diferentes parámetros. En Cuba, R. González, (en Hernández, 1981) pone interés en el significado social de la misma al catalogarla como una “relación interpersonal laboral de prestación de servi-

cio". Jervis, español de origen, recalca el proceso interno ocurrente en el paciente cuando define a la relación como una constante reflexión y toma de conciencia para estimular los logros del desarrollo de la personalidad. Whitford Delgadillo (1983) nos habla de la relación psicoterapeuta–paciente como el eje central de la terapia.

Con los planteamientos psicoanalíticos la discusión se ha centrado en los elementos conscientes e inconscientes de la relación –racionales e irracionales– o en los contenidos neuróticos y “no neuróticos” del contacto. Es en este campo que surgen las definiciones sobre transferencia (con sus valencias positiva y negativa) y transferencia recíproca o contratransferencia, para señalar las expresiones neuróticas de tipo afectivo que surgen en paciente y terapeuta. Luego encontraremos otras referencias, como la de Sandler, que habla de la “alianzaterapéutica” para nombrar los aspectos no neuróticos de la relación; Fenichella denomina “transferencia racional” y Erickson, (Erickson, T. y Ackerman, 1974) “confianza básica”. Sullivan (1964), desde el enfoque de las relaciones interpersonales, describirá la “distorsión paratáctica”, concepto que creemos, no se aleja mucho de la definición transferencial. Moreno define como “TELE” a los elementos racionales que intervienen en el tratamiento.

Sistematizando todo lo anteriormente referido, nos encontramos frente a las siguientes cuestiones:

## CARACTERÍSTICAS PERSONALES DEL PACIENTE Y EL TERAPEUTA

En el libro *Introducción a la Psicoterapia*, (Balarezo, 1986), se citaban condiciones que influyen en el proceso y entre ellas discutíamos las características del paciente y el terapeuta. En cuanto al paciente resumimos como rasgos más importantes: motivación al tratamiento, estado de las funciones intelectivas, nivel de integración de la personalidad, capacidad de respuesta emocional y flexibilidad. En el terapeuta se requieren: condiciones intelectivas apropiadas, formación académico-científica, equilibrio y madurez

emocionales, comprensión y capacidad empática, integridad ética y buena capacidad para establecer contactos interpersonales. Considerando que la relación surge del contacto terapéutico, el psicólogo se ve forzado a controlar o estimular las expresiones favorables de tales manifestaciones. Es el experto en los dinamismos de la relación humana.

Si bien las características del paciente pueden ser inmodificables, el terapeuta se esmerará sobre todo por cultivar aquellos rasgos favorecedores de la relación. Platonov (1958) considera que la apariencia misma del terapeuta, así como las mínimas expresiones mímicas y verbales influyen en el estado del enfermo. Recordemos además que las actitudes que reflejen aceptación, comprensión y respeto mejoran el contacto.

## FENÓMENOS DE RELACIÓN

La interrelación humana produce una dinámica propia en sus participantes que difiere en un grado significativo en cuanto a la conducta de los sujetos individualmente, (López Ibor, 1968). En el proceso psicoterapéutico se hace más evidente en razón del objetivo mismo de la terapia o tratamiento. Al respecto, somos partidarios de distinguir rasgos racionales e irracionales en su expresión –usualmente descritos como conscientes e inconscientes–.

### **– Contenidos racionales**

Representados por todos aquellos elementos de los que tienen conciencia tanto terapeuta como paciente y que por lo tanto son controlables voluntariamente por ellos, (Horney, 1957). Fisiológicamente serían la expresión de focos exitatorios supraliminares cuyo umbral permitiría un acceso fácil a la conciencia. Cabe aclarar que no nos referimos exclusivamente a los contenidos cognitivos de los relatos o vivencias, sino y sobre todo a la expresión afectiva acompañante.

Toda relación humana que parte del hecho de presentarse ante una persona y situación desconocidas, plantea una actitud defensiva en el individuo. Estamos acostumbrados por la influencia social a “mostrar lo bueno” hacia afuera, (Kusnetzoff, 1975). El condicionamiento acerca de la bondad, la cortesía, la valentía de no compartir nuestros problemas, la autosuficiencia que debe prevalecer en nuestra vida forman parte de este campo. Pero agreguemos, con justa apreciación, que también forman parte de estos contenidos las autobservaciones y la capacidad autocrítica, los hábitos y las costumbres sociales.

En este campo se encuentran también las reacciones afectivas que presentándose en cualquiera de los miembros, son explicables por la conducta del otro. Tal es el caso de reacciones de ira u hostilidad en el paciente ante desplantes o errores técnicos del terapeuta manifestadas a través de conductas verbales y extraverbales. Algunos autores se refieren a los mismos en términos de relación no neurótica, racional, razonable, que el paciente denota hacia el terapeuta y que sirve también para motivarle hacia el trabajo terapéutico.

### **– Contenidos irracionales**

Pueden entenderse como contenidos inconscientes, pero con una concepción fisiológica, es decir como modos inconscientes de la actividad nerviosa superior que determinan influencias sobre la conducta. Las descripciones al respecto hablan del concepto dc SET o predisposición como una organización de la experiencia anterior, que puede ser consciente o inconsciente, otorgándole una función dinámica y no estática como plantea el psicoanálisis. La calidad del SET constituye una predisposición, una inclinación a emocionarse, a percibir o a actuar de una determinada forma. Esta función predisponente y directriz se cumple por el fisiologismo cortical y los procesos de excitación e inhibición con sus correspondientes umbrales.

La representación de las experiencias pasadas y los acontecimientos extraconsultoriales ejercen un rol singular en la relación. Aquellos recuerdos subliminares que presentan una huella leve motivan una inclinación hacia un determinado comportamiento.

El manejo de estos fenómenos es fundamental en el tratamiento y, a veces, el eje de la terapia. Reconocemos su existencia en el trabajo clínico y estimulamos su descubrimiento, control y aprovechamiento.

### **Interrelación entre contenidos racionales e irracionales**

Durante el proceso terapéutico la presentación de estos fenómenos no nos permite fácilmente discriminarlos y separarlos exclusivamente. Por este motivo acudimos a los términos tradicionales para sistematizar la presentación de los mismos considerando que algunas expresiones como el *rapport* o la empatía pueden constituirse tanto por contenidos racionales como irracionales, (Klein, 1971).

Como señalamos anteriormente, los fenómenos reconocidos como tales son, el *rapport*, la resistencia, la empatía, la transferencia y la contratransferencia. Ellos han sido descritos ya y no pensamos necesaria una repetición. Nos detendremos en la forma de identificarlos, propiciarlos y controlarlos en el aspecto práctico.

El primer fenómeno que usualmente incitamos durante la relación constituye el *rapport*. Para que esto ocurra es necesario que recordemos las actitudes del terapeuta que se sintetizan en la cordialidad, comprensión, aceptación y respeto que debe expresar hacia los pacientes. Estas deben complementarse con un marcado interés, una delicada relación emocional, una actitud amistosa y una capacidad para responder y comprender las expresiones emocionales del paciente. Anotemos, sin embargo, que el *rapport* es algo más que una entrevista inicial fácil, comprensiva y eficaz; implica una cualidad, un entendimiento mutuo, un respeto y un interés sostenido a través de todo el proceso.

El simple apretón de manos como recurso profesional ha sido motivo de algunos estudios por parte de especialistas. Ricardo González le acredita las siguientes ventajas:

1. *Transmite un mensaje de igualdad, solidaridad y respeto de gran significado para el enfermo;*
2. *Representa el primer paso en la lucha por superar la frecuente consideración de desventaja del paciente frente al médico;*
3. *Es un recurso eficaz para reducir las defensas del enfermo y facilitar la comunicación, aumentando su seguridad personal y confianza;*
4. *Permite observar algunos rasgos de la personalidad del paciente;*
5. *Transmite información muy valiosa sobre el tono vegetativo y temperatura corporal del enfermo;*
6. *Es un medio para llevar a la práctica diaria el pensamiento. "El amor vale a veces mucho más que las frías fórmulas medicinales". (Citado de Whitford Delgadillo, 1983).*

Las referencias anteriores señalan los componentes racionales de este fenómeno. Aparte de estas condiciones existen factores irracionales relacionados con experiencias anteriores que predisponen una conducta determinada tanto en el paciente como en el terapeuta. Ellos explican los fenómenos de simpatía y antipatía que surgen espontáneamente al primer contacto. Por esta razón, además, cabe la afirmación referente a que los denominados fenómenos transferenciales, cuando son de tinte positivo, pueden servir para incrementar el *rapport*, si se los maneja en forma adecuada. Los procesos irracionales de la transferencia estructuran apercepciones del terapeuta como una persona dotada de autoridad que ayuda, que comprende, que soluciona los problemas; circunstancia que puede estimular el establecimiento del vínculo terapéutico.

La empatía, definida como la capacidad para situarse en el lugar del paciente para “sentir como si fuese él”, involucra un sentimiento humanista en el terapeuta. A través de esta expresión el paciente se siente comprendido en su problemática apreciando una actitud solidaria en el terapeuta que facilita una comunicación libre y espontánea.

Es en la expresión de este fenómeno que se encuentran las mayores limitaciones, no solamente entre los psicoterapeutas, sino en la mayoría de los profesionales de la salud. La posición omnipotente y sobrevalorada –de profesional experto–, la cosificación del paciente o mejor cliente, la perspectiva de “caso”, la confianza excesiva en su técnica, son algunos de los elementos que impiden una apreciación más objetiva de los problemas del aquejado. El paciente reducido a un número de historial clínico, a una enfermedad, o lo que es más criticable a un órgano enfermo o lisiado, no recibe la comprensión necesaria por parte del especialista. El tratamiento psicoterapéutico no puede prescindir de este fenómeno; el psicoterapeuta cura en mucho “con su personalidad”.

Frente a un paciente cabe preguntarse: ¿Qué siente el individuo cuando me relata su problema?; ¿qué sintió cuando le sucedió aquello?; ¿cómo afecta a su vida psíquica dicho episodio? Nuestra naturaleza humana sensible nos ayuda a entenderlo en su propia dimensión.

Esta comprensión, sin embargo tiene su límite, no debe exceder el terreno técnico ni prolongarse fuera de la consulta, ni extenderse a otras actividades. El control de nuestros afectos y sentimientos nos limita en terrenos concretos y accesibles de solución, lo contrario subjetiviza nuestras apreciaciones.

Relacionados con estos fenómenos encontramos las denominadas defensas como expresiones cognitivas y emocionales que impiden el cambio favorable del sujeto. La propuesta psicoanalítica unilateraliza su comprensión; su explicación obedece exclusivamente al criterio intuitivo del autor. Su verdadero análisis en

una posición científica debe efectuarse recurriendo a sus componentes sociales, fisiológicos, psíquicos y culturales.

El individuo en sus actitudes, pensamientos, predisposiciones y componentes culturales, está determinado por los intereses de clase a la cual pertenece, la misma que forma estereotipos de comportamiento aceptados en la misma; de igual forma repele los que no le proporcionan ventajas individuales. Los valores de nuestra sociedad se transmiten a través de la familia y la educación formal e informal. La competencia y la rivalidad como formas de brillantez personal, la pasividad y la humildad estática son características en la mayoría de personas. Estas dos posiciones contradictorias influyen en el contacto terapéutico con sus propias manifestaciones. En el primer caso se establece una pugna con el terapeuta en la cual lo más importante es mantener el poder de su convicción, no ceder a los cambios propuestos a pesar de lo positivos que pueden ser, la razón personal es lo fundamental. En el segundo caso, se pierde en cambio la facultad de autorresolución y autodirección. Es más fácil y gratificante sumirse en la inercia y la inacción, adoptar una postura conformista a los designios fatales, es preferible que si hay cambios, estos ocurran por arte de magia o por poderes sobrenaturales. El terapeuta afrontará estas dos posiciones despertando los intereses de los pacientes en sentido prospectivo y dirigiendo su motivación en dirección creativa, dinámica y progresiva.

Fisiológicamente, Pavlov (1970), dio explicaciones sobre la actividad nerviosa superior, en lo que se refiere a los procesos de inercia inhibitoria y exitatoria como mantenedoras de formas especiales de comportamiento. De igual modo establece las condiciones para la formación de estereotipos dinámicos, conexiones cerebrales temporales y condicionamientos reflejos a diferente nivel que explicarían los fundamentos orgánicos del problema.

Psicológicamente la representación cognitiva y afectiva de las experiencias pasadas mantiene su significación en el segundo

sistema de señales, que tiende a establecer características de permanencia y equilibrio en su funcionamiento, es otro de los factores que limita la posibilidad de cambio. Estas son algunas de las condiciones que explican el grado de variabilidad, sugestionabilidad y flexibilidad en el paciente.

Los conceptos sobre transferencia y contratransferencia se han expuesto en el libro primero. En esta oportunidad queremos hacer un estudio sobre las formas en que se presentan y el modo en que se las puede contrarrestar, y por qué no, aprovecharlas en beneficio del tratamiento.

Nuestro criterio va más allá de los límites psicoanalíticos, cuyas deducciones han limitado y distorsionado su comprensión y además han impedido un estudio más científico del problema. La expresión de fenómenos afectivos en el binomio terapéutico es una situación normal y natural de la relación interpersonal. Todos los contactos son cargados de simpatía y antipatía, agrado o desagrado; la neutralidad está ausente en los contactos. En la relación terapéutica se involucran roles favorecedores de reacciones emocionales. Los estímulos allí presentes irradian características de intimidad y confianza, de ayuda y protección y en nuestro medio hasta de influencia sobrenatural. El contacto suele ser frecuente y repetido; los temas discutidos, íntimos; el clima emocional, cálido; la participación, solidaria. Sin embargo, precisamos anteriormente la necesidad de distinguir entre fenómenos racionales e irrationales para que en la práctica, toda expresión afectiva sea comprendida y controlada por el terapeuta.

Las expresiones del paciente tienden a representarse en varias formas verbales y extraverbales. Pueden manifestarse por llegadas muy anticipadas o tardías a la consulta, por demostraciones excesivas de puntualidad, modos especiales de arreglo personal, compostura insinuante durante la entrevista, posiciones corporales, gesticulaciones socialmente aceptables en el flirteo, manifestaciones vegetativas, gestos autodirigidos, reiteraciones sobre temas su-

perfluos, expresiones verbales sobre la ansiedad o la tranquilidad que le suscitan las entrevistas, manifestaciones no verbales de estos estados, insinuaciones o acercamiento en la distancia social, verbalizaciones directas de las emociones, etc. En general, existen algunas formas de enfrentar estas expresiones:

En primer término el terapeuta debe autoanalizar su procedimiento para descubrir si no es su propia actitud la generadora de estos fenómenos; si este es el caso deberá modificar su comportamiento técnico.

Se puede manejar el problema sin la discusión y participación del paciente. En cuyo caso se emplean tácticas referentes a la frecuencia de las sesiones, intensificándolas o espaciándolas. La duración de las sesiones es otro recurso a emplearse, así como la modificación de los temas de discusión. Finalmente la posibilidad de terminar o interrumpir el tratamiento son otros medios que se pueden utilizar.

Si resulta pertinente discutir con el paciente, buscará la forma más adecuada, pero directa, de enfrentar dichos fenómenos. Esto, al igual que las recomendaciones anteriores, dependerá de algunos factores como el tipo de personalidad del sujeto, el momento del proceso, las posibilidades de reacción del paciente, situaciones ambientales, condiciones técnicas del terapeuta.

Se puede derivar al paciente hacia otro terapeuta como una alternativa válida dentro del proceso, lo cual supone una confrontación con el paciente sobre los motivos que llevan a esta decisión.

Las expresiones afectivas en el terapeuta surgen casi con similares manifestaciones, atenciones especiales a determinados pacientes, frecuencia o tiempo de atención particularizado sin justificación, expresiones de ansiedad excesiva durante las entrevistas, preocupaciones extraconsultoriales, comportamientos de acercamiento social, insinuaciones verbales o no verbales.

En este caso las recomendaciones pueden ser similares también. El análisis personal que realiza el terapeuta es lo fundamental, luego el empleo de las mismas medidas anotadas para el caso de las expresiones afectivas en el paciente exceptuando su discusión.

## CONTROL DE LOS EFECTOS YATROGÉNICOS

La Yatrogenia, (Yatros = médico; Genio = engendrar), hace referencia a todos los perjuicios que se derivan del ejercicio profesional. El tema actualmente cobra gran interés tanto en el campo médico como en el psicológico. Los daños por ejercicio médico no competen directamente nuestra atención, a pesar que entre una de las tareas del psicólogo cuando se desenvuelve en el trabajo interdisciplinario debe constar la orientación a los médicos sobre estas acciones.

De acuerdo con Whitford Delgadillo (1973), se puede hablar sobre una yatrogenia subjetiva y otra objetiva, atendiendo a las causas que pueden determinar su aparecimiento.

La yatrogenia subjetiva tiene que ver con los fenómenos de relación entre paciente y tempeuta, por lo tanto, se deberían a errores propios del terapeuta en el manejo del contacto.

La objetiva depende de factores externos derivados de condiciones ambientales, estructura organizativa, aspectos docentes.

En síntesis, se precisan algunas formas como se puede desarrollar yatrogenia en el contacto psicológico:

- Manejo inapropiado de la relación en la primera entrevista, sea por una actitud demasiado directiva e investigativa como por la ausencia de una adecuada organización.

- Empleo de abundante material psicométrico sin estructurar la relación terapéutica.
- Informaciones exageradas o muy escasas, informaciones diagnósticas sin medida, utilización de terminología compleja, silencios prolongados antitécnicos, interpretaciones sin juzgamiento del *timing*, interrogatorios asistematizados, contradicciones verbales y no verbales, consejos que incrementan los conflictos personales.
- Derivaciones incontroladas de los fenómenos afectivos trasferenciales y contratransferenciales.
- Empleo de técnicas terapéuticas que son, o que el paciente puede considerar nocivas o peligrosas.
- Falta de privacidad en la consulta.
- Observación de pacientes agudos o crónicos.
- El mismo ambiente hospitalario o asistencial.
- Múltiples entrevistas por varios especialistas.

El listado puede ampliarse y especificarse más, citamos solo algunos ejemplos del mal manejo de los recursos psicológicos durante la relación.

Veamos a continuación algunas recomendaciones tendientes a evitar los efectos yatrogénicos:

- Mantenga siempre un buen *rapport* con sus pacientes.
- Durante la primera entrevista sea permisivo, comprensivo, no directivo y cordial.

- Informe e interprete lo necesario
- No mantenga períodos de silencio tensionantes para el paciente.
- Aproveche los efectos empáticos durante la relación.
- Cuide celosamente la privacidad del paciente
- Al final de cada sesión el paciente debe sentir que ha recibido algo del terapeuta
- No se deje influir por sus problemas durante las sesiones.
- Maneje los fenómenos afectivos de la relación de acuerdo con las recomendaciones técnicas.
- Mantenga un ambiente físico que estimule tranquilidad y relajamiento.
- Maneje la relación y la técnica ajustadas a las recomendaciones técnicas.

# 4 LAS COMUNICACIONES EN PSICOTERAPIA

---

## CONDUCCIÓN DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

El material expuesto por el paciente puede ser espontáneo o dirigido.

En el primer caso, el enfermo relata espontáneamente el tema libremente adoptando el terapeuta una postura más pasiva, pues esta actitud de oyente participativo, estimula las desinhibiciones emocionales. En el segundo caso, es el terapeuta quien orienta la discusión hacia el tema que cree pertinente.

Existe una orientación intermedia que se denomina CENTRADA EN EL NÚCLEO, en la cual el psicólogo aprovecha las primeras comunicaciones que realiza el paciente para proseguir en su trabajo investigativo. Como se puede apreciar, estas posturas se relacionan con las manifestaciones de simetría o complementariedad de la conducción de la relación terapéutica:

Existe un criterio muy difundido en cuanto a la valoración que tienen las sesiones psicoterapéuticas de acuerdo con la cantidad de material que refiere el paciente, estimando que mientras mayor fluidez y referencias se encuentre en las sesiones, estas son, así mismo, más eficaces. Sin que este sea el único indicador que determine la eficacia de los procedimientos racionales, es correcto afirmar que una mayor versatilidad y amplitud de comunicación favorece una terapia más adecuada.

Por esta razón, se hace referencia a las **horas pesadas**, como aquellas sesiones en las que no se logra material importante en el relato y que suscitan reacciones perjudiciales tanto en el paciente como en el terapeuta e inclusive en el mismo proceso.

Las horas pesadas obedecen a algunas circunstancias tales como fallas técnicas provenientes de la inexperiencia profesional, la no planificación de las sesiones, errores de comunicación, fenómenos yatrogénicos, etc.

Pueden también depender del tipo de personalidad del paciente siendo muy frecuente encontrar estos problemas en sujetos poco comunicativos, inflexibles, agresivos o muy defensivos, (Pérez, 1985)

## TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN Y SU ANÁLISIS

En toda entrevista diagnóstica y terapéutica el psicólogo utiliza un amplio espectro de recursos verbales y aunque su exposición se la puede encontrar en el primer texto, reiteramos sus definiciones por efectos didácticos.

### – Reformulación de contenido

Consiste en la intervención inmediata, repitiendo o reformulando con pequeñas modificaciones, lo expresado por el paciente. Sirve para mejorar su entendimiento y comprensión mediante la percepción de la propia experiencia. No se busca organizar ni interpretar aunque puede preparar el campo para futuros esclarecimientos o interpretaciones. Además favorece el vínculo porque demuestra atención por parte del terapeuta. Su empleo prioritario lo encontramos en la psicoterapia de sector de F. Deutsch, en la que se guían las asociaciones por las últimas palabras del paciente.

## – Recapitulación

Constituye una síntesis de comunicaciones más amplias, buscando recortar los elementos significativos del relato. Persigue como objetivo la estimulación de la capacidad sintética del paciente además de relievear los elementos significativos de un tema determinado. Puede efectuarse en diferentes momentos de acuerdo con los intereses particulares: así, al final de la entrevista como una forma de cierre de la misma; al inicio de la sesión para reforzar los aspectos importantes de la entrevista anterior; luego de algunas sesiones cuando el tema tratado ha llevado varias reuniones; en el intermedio de una sesión como una forma de cambiar el tema.

## – Interrogación

Es una de las formas de comunicación más empleadas en la entrevista psicológica y se podría decir, excesivamente utilizada. Si bien puede imponer una actitud investigadora frente a la situación terapéutica y favorecer la ampliación del campo perceptivo por la contribución personal del paciente, no es menos cierto que puede transformar la actividad terapéutica en una suerte de inquisición atemorizante para el enfermo. Las preguntas deben realizarse en forma directa, clara y precisa evitando interrogantes suspicaces, acusadoras o contestables con monosílabas que escasamente promueven la profundización en el relato. Conocemos que una de las variantes que se emplea es la intervención dramatizada en la cual le colocamos al paciente en una situación supuesta.

El mal empleo de esta técnica refleja también la inexperiencia del terapeuta quien supuestamente en su abuso intenta obtener todas las conclusiones del atribulado y sorprendido paciente. Su importancia es más significativa en el período de investigación y asociada a otras comunicaciones, puesto que en la práctica pueden emplearse interrogaciones para conseguir un resultado de interpretación, incitación general, reflejo de sentimientos, generalización.

### **– Proporcionar Información**

Dado que el terapeuta es también un medio de cultura humanística y psicológica, asume la información de aspectos que aclaren situaciones desconocidas o conocimientos distorsionados. En general se aclaran aspectos de higiene sexual, orientación educativa, profesional y vocacional, características evolutivas, formación de síntomas y trastornos, etc. Es factible en esas circunstancias que se empleen actualmente recursos auxiliares de variada índole como ayudas audiovisuales, lecturas, biografías.

### **– Seguir o dar consejos**

La postura del paciente es en la mayoría de casos una actitud pasiva, de libre sometimiento a las influencias externas y expresión de un deseo claro de dirección por parte del terapeuta. Inquiere sobre su patología, su etiología, las formas de resolver sus problemas. El terapeuta se ve muy tentado a responder con el instrumento de mayor facilidad en su empleo; esto es, aconsejando. Al aconsejar, el terapeuta lo único que hace es exponer libremente su propia opinión en relación con un punto determinado estableciéndose un alto riesgo de error. Pero si bien es cierto que hay algunos aspectos críticos para aconsejar o dirigir, como los referentes al divorcio, relaciones prematrimoniales íntimas, entre otros, el mayor error está en que el consejo directo estimula la dependencia del paciente y le mantiene carente de una actitud de autorrealización que dificulta la terapia. Es preferible devolver la pregunta, discutir el problema, proponer conductas alternativas y ensayos originales, o estimular el pensamiento anticipatorio. Sin embargo, en casos especialmente discernidos se puede asociar a la proporción de información, sobre todo en terapias breves y en circunstancias en que el paciente no se encuentra en un estado adecuado de integración.

### **– Generalización**

Es una intervención que se relaciona con la extensión o ampliación del problema del paciente a los demás o a otros casos. Es

preferible que en la formulación evite incluirse el terapeuta por las connotaciones afectivas que puede suscitar. La utilidad de esta comunicación radica en que sirve como una frase tranquilizadora que facilita la verbalización de los problemas del paciente sin que se sienta culpable o amenazado. Ha sido una técnica empleada vulgarmente con resultados positivos de tranquilización. Al formularse debe enmarcarse en un contexto afectivo y cuidarse de una excesiva utilización.

### **- Incitación general**

Es toda estimulación que anima al paciente a continuar su relato o su acción. Generalmente son comunicaciones breves enunciadas como exhortaciones de tipo verbal y no verbal y sirven además para reorientar los temas de discusión. Puede adquirir una forma interrogativa en algunas ocasiones.

### **- Confrontación o señalamiento**

Se refiere a las precisiones y rectificaciones de los enunciados del paciente. En los señalamientos se llama la atención sobre elementos o contenidos que se han pasado por alto en el relato, o se muestran relaciones peculiares entre los fenómenos. En la rectificación de enunciados se relievan las limitaciones de comprensión, las contradicciones y las actitudes defensivas.

En términos generales se acercan mucho a las interpretaciones e inclusive se recomienda que aquellas intervenciones las anteceden como una preparación del terreno. Puede ocurrir también que luego de un señalamiento el mismo paciente pueda explicitar la interpretación, hecho que depende de su capacidad para el *insight*, de sus recursos intelectuales y los componentes afectivos presentes en el momento.

### **- Intervención paradojal**

Utilización de un mandato para conseguir el efecto contrario.

### **– Operaciones de encuadre o estructuración**

Se relacionan con todas las especificaciones referentes a la estructuración de la relación terapéutica que tienden a repetirse durante el proceso cuando el paciente solicita mayor dirección, surgen fenómenos transferenciales o se manifiestan problemas espaciales o temporales en el contacto.

### **– Reafirmación o técnica de apoyo**

Es una comunicación que alienta o presta apoyo emocional al paciente basándose en sus logros y capacidades presentes o anteriores. Se puede atender también a las posibilidades de tratamiento, a la idoneidad del terapeuta y la bondad de la psicoterapia.

Contrarresta los sentimientos de inadecuación del sujeto mejorando la autoestima y disminuyendo la ansiedad. Estimula la acción y puede ligarse a incitaciones o sugerencias; sirve también para apoyar la exploración y el escogitamiento de ideas y sentimientos.

### **– Reflejo de sentimientos**

Es la intervención que demuestra al paciente una comprensión correcta de lo que él siente o experimenta; sirve para mejorar la relación y ayudarle a expresar sus sentimientos sin temor. Puede presentarse durante la expresión de la actitud o como un resumen de varias emociones. Requiere de una postura alerta del terapeuta para identificar los afectos o sentimientos del paciente, verbales o no verbales, para ubicarse como un espejo que refleje dichas emociones y al mismo tiempo manifieste comprensión sobre su actitud.

La técnica anotada es utilizada con mucha frecuencia por la psicoterapia centrada en el cliente y se correlaciona con el desarrollo empático del contacto.

## - Silencio

Comprende todas las pausas que iniciadas por el paciente o el terapeuta tienen aplicación o utilidad en el tratamiento. Puede servir para que el enfermo asuma la responsabilidad de sus problemas hablando de ellos, para controlar el ritmo del proceso, para ayudarle al sujeto en la asimilación de sentimientos o pensamientos o para crear un ambiente de angustia necesario para la terapia.

El silencio suele presentarse en las siguientes circunstancias:

- Inicialmente, ante temores y defensas del enfermo sobre sus problemas.
- En los intermedios de la entrevista cuando se topan temas conflictivos.
- Cuando se agota la exposición o análisis de un tema como expresión de inseguridad del terapeuta.
- Como búsqueda de reafirmación o apoyo del paciente.
- En todos los casos anteriores es conveniente destruir la pausa de silencio con intervenciones pertinentes.

A continuación se describen otras circunstancias en que, presentándose el silencio, es preferible mantener algunos segundos de pausa que resultan provechosos en el proceso:

- Cuando se ha producido una descarga emocional durante el relato.
- Luego de una interpretación dada por el terapeuta para estimular el razonamiento sobre lo afirmado.
- Cuando se desea incrementar la angustia para movilizar cargas afectivas.

## – Interpretación

Comunicación que dejamos para el final por la complejidad en su aplicación y por ser una de las más empleadas durante el proceso cuando se requiere mejorar el autoconocimiento del paciente o se intenta modificar actitudes, pensamientos y emociones durante la terapia racional.

Es la intervención que identifica y define las relaciones y significados de la conducta del paciente. Se interpretan tanto los resultados de los reactivos como los elementos del relato y las actitudes frente al contacto interpersonal buscando elementos etiológicos, relaciones entre el comportamiento actual y el pasado y componentes implícitos de una conducta. A veces se parte de señalamientos sobre hechos que se han pasado por alto o conexiones entre varios elementos. Como interviene altamente el factor subjetivo, en ocasiones se la realiza en forma hipotética para suavizar sus efectos reactivos. Las interpretaciones deben ser adaptadas y graduadas de acuerdo con las condiciones del paciente.

## – La interpretación de las comunicaciones verbales

Las comunicaciones del paciente deben ser juzgadas en los siguientes parámetros:

- El contenido lógico de la referencia formal, que se relaciona tanto con los contenidos estrictamente lógicos del pensamiento como con la estructura gramatical del mensaje.
- Los componentes afectivos del contenido, hecho vinculado a la correspondencia entre lo cognitivo y lo afectivo o las contradicciones presentes en el mensaje. Puede también observarse la correlación entre los hechos y circunstancias con la expresión afectiva de los mismos.
- La relación de la comunicación en el contexto etiopatogénico y dinámico en cuanto al grado de conocimiento que presenta el

paciente de la causalidad de sus problemas y de su propia estructura de personalidad.

La interpretación emitida por el terapeuta, “calibrada” de acuerdo con múltiples circunstancias, tanto en su comprensión y extensión como en su formulación, puede aceptar o rechazar el sujeto, aunque generalmente las interpretaciones más productivas son aquellas que presentan resistencia en el paciente.

Colby, clasifica las interpretaciones, según el contenido y la técnica, en tres tipos:

#### **– Aclaraciones**

Cuando se propone objetivizar los pensamientos y sentimientos sobre un tema particular o llamar la atención sobre algo que exige mayor reflexión. Este objetivo bien puede cumplirse a través de lo que conocemos como confrontación o señalamiento.

#### **– Comparaciones**

Cuando el terapeuta asocia dos o más series de acontecimientos, pensamientos o sentimientos referentes a la conducta presente y pasada, la fantasía y la realidad, los sentimientos y la actuación, estableciendo semejanzas y contradicciones. Estas son las intervenciones específicamente interpretativas.

#### **– Interpretación de deseos y defensas**

Es una interpretación estrictamente psicoanalítica. Busca, de acuerdo con su teoría, resolver el conflicto neurótico en base al impulso y la respectiva defensa presente ante el mismo.

Para que esta técnica facilite el autoconocimiento (*insight*), se recomienda:

- Juzgar el *timing* (grado de preparación del enfermo para receptar la interpretación);
- lograr una presentación económica;
- utilizar un lenguaje vívido y natural;
- emplear ejemplos o lenguaje figurado;
- aplicar los principios del aprendizaje de la mayor repetición, el espaciamiento del entrenamiento y la mayor actividad del paciente; y,
- cambiar intermitentemente los papeles entre paciente y terapeuta.

Las interpretaciones, cuando no se ajustan a los planteamientos técnicos, presentan algunos problemas y consecuencias negativas como el incremento de la actitud defensiva, la iniciación de cuadros de pánico, depresión, *acting-out*, reagudización de la patología o acentuación de la misma, deserción de la relación terapéutica y hasta comportamientos suicidas.

Para emplear interpretaciones durante el tratamiento se requieren condiciones intelectivas y abstractivas apropiadas en el paciente. Generalmente al inicio de la terapia son más frecuentes las interpretaciones relacionadas con las actitudes del paciente, para luego ir profundizando las intervenciones hacia hechos más complejos y profundos.

### **– La interpretación de las comunicaciones no verbales**

La comunicación verbal constituye solo un elemento del intercambio psicoterapéutico durante las sesiones racionales; otra parte de la relación se desprende del contacto no verbal.

Entre los aspectos que se consideran en la comunicación no verbal se citan:

- Mímica,
- Gestos,
- Actitudes corporales y
- Modificaciones orgánico-funcionales observables.

El terapeuta debe entrenarse meticulosamente en observar, captar e interpretar la conducta no verbal del paciente, así como en controlar la expresión y congruencia de sus comunicaciones no verbales.

La comunicación no verbal se analiza desde los siguientes puntos de vista:

- El efecto que nos produce el individuo de acuerdo con sus condiciones personales;
  - la congruencia entre los intereses del paciente y su edad, profesión, rol social y conducta;
  - las actitudes que adopta el enfermo para provocar reacciones en el terapeuta.
- Los gestos**

Pueden ser definidos como *todo movimiento corporal, a excepción de la vocalización, hecho consciente o inconscientemente para comunicarse con uno mismo o con otro*” (Hayes).

Se distinguen tres clases de gestos:

- Consuetudinarios: tienen significación consciente y se relacionan con las actividades sociales (movimiento afirmativo de la cabeza, apretón de manos, guiños, mohines).
- Técnicos: son los gestos utilizados en las diferentes profesiones u ocupaciones, tal es el caso de árbitros deportivos, policías de tránsito, el lenguaje señado de los sordomudos.
- Autodirigidos: son las expresiones personales que se relacionan con estados tensionales y son los que interesan durante las entrevistas. Entre estos anotamos: retorcerse las manos, jugueteo con objetos, garabateos, cambios constantes de posición, cambios fisiológicos, entre otros.

La preocupación por su interpretación ha llevado a algunos autores a la búsqueda de gestos con simbolismo generalizado. No pensamos que pueda establecerse una representación universal pero las descripciones establecidas pueden servir como guía en la observación.

Feldman, (en Pérez, 1985), expone un listado de gestos representativos y sus respectivos significados, los cuales a pesar de su relativa certeza, pueden constituir aproximaciones subjetivas referentes a la conducta humana, citándose algunos ejemplos:

- Cabeza erguida = autoestima, confianza en sí mismo
- Cabeza inclinada = humildad, resignación, culpa, aceptación
- Rápido parpadeo = mecanismo de descarga
- Tocarse la nariz = ansiedad
- Tos artificial = crítica, duda, sorpresa, ansiedad
- Silbar o tararear = seguridad auténtica o fingida.

- Arreglarse el nudo de la corbata = demostración de masculinidad
- Apretarse la cabeza con las manos= angustia, desesperación, desolación
- Colocar la cabeza entre las dos palmas de las manos = tristeza, agotamiento, meditación
- Poner los brazos en jarras = firmeza
- Hacer crujir los nudillos = frustración, agresión, hostilidad
- Jugar con el anillo o la cartera= dar alivio a la tensión, al conflicto
- Taparse los oídos con las manos = no querer escuchar

Finalmente, en la interpretación de esta conducta, se deben tomar en cuenta los aspectos relacionados con la fuente de la expresión gestual que tiene conexión con el contenido verbal de la entrevista y la experiencia afectiva del paciente, así como el grado de conciencia de su conducta.

## ANÁLISIS DE LAS COMUNICACIONES

Uno de los aspectos que suscita mayor interés en el terreno psicoterapéutico constituye la relación terapeuta-paciente y el significado que la comunicación verbal y no verbal tiene en el mismo contacto. Generalmente las orientaciones afectivas han sido las más interesadas en el tema. Así lo testifican los significados simbólicos estudiados por el psicoanalista o las descripciones centradas en el cliente que han evaluado las intervenciones aprovechando las grabaciones de las sesiones.

En la actualidad otras modalidades asumen el estudio serio sobre los intercambios que ocurren durante las sesiones y la forma en que las comunicaciones adquieren un valor terapéutico.

Contando con recursos técnicos y documentos fidedignos sobre lo que ocurre entre paciente y terapeuta durante las sesiones, es factible controlar esta variable indispensable durante el proceso. La crítica objetiva que pueda hacerse luego de la sesión, inclusive con la participación de otros profesionales o colegas, permite ubicar en un terreno más científico las intervenciones terapéuticas.

Otra de las ventajas constituye la utilización de las grabaciones para fines docentes, obstáculo que en pasado era insalvable y que creó indirectamente el mito del psicoanálisis didáctico como único recurso de formación docente.

La consideración de la comunicación como un proceso de interrelación y retroalimentación es otro de los aspectos que ha favorecido su estudio. Inclinándonos a evaluar también la conducta del paciente, su aceptación, reacción y mensaje en el contexto mismo de la terapia.

Existen varias categorías o modelos de calificación, evaluación y análisis de las comunicaciones del terapeuta. Por nuestra parte, preferimos un análisis ya tradicional propuesto por Kagan, (en Pérez, 1985), quien, a más de identificar el tipo de intervención, establece cuatro categorías o dimensiones con las cuales juzga la intervención, para finalmente concluir en una escala cuantitativa sobre la eficacia o ineficacia de la intervención.

Además, en el intercambio verbal, no existe respuesta única frente a la referencia del paciente. El terapeuta va paulatinamente escogiendo entre las múltiples intervenciones las que considera más eficaces hecho que depende de sus actitudes, ideología, escuela y experiencia.

Las dimensiones que el autor pone a consideración son las siguientes:

1. Afectiva–Cognitiva
2. Comprensiva–No comprensiva
3. Específica–No específica
4. Exploratoria–No exploratoria
5. Eficaz–No eficaz

### **1. Dimensión afectiva–Cognitiva**

Hace relación a QUÉ se atiende en la comunicación, si a su aspecto afectivo o a su conocimiento.

Las respuestas afectivas se refieren a emociones, sentimientos y afectos cumpliendo los siguientes propósitos:

- Se dirigen a la manifestación implícita o explícita de esta área;
- estimulan la expresión de afectos o sentimientos;
- aprueban la expresión emocional o afectiva; y,
- presentan modelos para la expresión de emociones.

Las respuestas cognitivas consideran los elementos de juicio y razonamiento del paciente:

- Dirigiéndose a la referencia directa de juicios;
- buscando mayor información pertinente que resulta necesaria en el trabajo; y,
- alentando a continuar con la comunicación.

### **2. Dimensión comprensiva–no comprensiva**

Cataloga si el terapeuta comprende o NO la referencia del paciente, si su intervención se enmarca en el campo propuesto por este.

Una respuesta es comprensiva cuando se refiere apropiadamente a lo que el sujeto trata de expresar o busca una buena información ampliatoria:

- Puede comunicar directamente la comprensión de lo expuesto;
- Inquiere sobre mayor información adecuada; y,
- refuerza o aprueba las comunicaciones comprensivas.

Las respuestas no comprensivas son aquellas expresadas sin entender el real significado de lo expuesto por el paciente, es decir, se salen del campo referencial:

- Expresan un malentendido del campo de discusión;
- no piden información apropiada; y,
- trasladan el interés a otros asuntos no pertinentes.

### 3. Dimensión específica - No específica

Indica si el terapeuta atiende a lo ESENCIAL o lo PERIFÉRICO.

Una respuesta es específica cuando se centra en el núcleo de los problemas del paciente, cuando da “en el blanco”:

- Delimita con exactitud los sentimientos o pensamientos del paciente;
- estimula la discriminación de estímulos; y,
- recompensa la expresión más específica del paciente.

Las respuestas no específicas se refieren a lo vago y superficial:

- No logran delimitar los sentimientos o problemas;
- confunden lo básico y piden lo accesorio; y,
- desaniman el examen más específico de las situaciones.

#### 4. Dimensión exploratoria–no exploratoria

Indica si la respuesta del terapeuta facilita o no la EXPLORACIÓN de sus problemas.

La respuesta exploratoria estimula la profundización afectiva o actitudinal del paciente:

- Estimula la autoexploración del sujeto;
- ayuda a profundizar el asunto proporcionando alternativas de respuestas; y,
- recompensa por conductas exploratorias.

Las respuestas no exploratorias inhiben el proceso investigativo:

- Desaniman al paciente a seguir la exploración.

#### 5. La dimensión eficaz–no eficaz

Constituye una síntesis y el resultado, sobre todo, de la evaluación de las dimensiones comprensiva / no comprensiva y específica / no específica relativamente, junto con lo exploratorio. Se lo cataloga dentro de puntajes que oscilan de 4 a 1.

Puede ocurrir que cuando se consulta a especialistas, se emplee esta escala sin necesidad de sujetarse a las dimensiones señaladas anteriormente. Por nuestra parte sugerimos la conveniencia de basarse en los criterios señalados más arriba para catalogar las intervenciones del terapeuta.

A continuación se expone un cuadro que puede servir para el análisis de comunicaciones, señalando que en la escala Eficaz-No eficaz, la numeración corresponde a los siguientes criterios:

- 4 = Muy apropiada
- 3 = Apropiada, pero no de las mejores
- 2 = Neutra
- 1 = Inapropiada

#### **CUADRO DE EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS VERBALES**

TIPO DE COMUNICACIÓN	Cg / Af	Cp / NCp	Es / NEs	Ex / Nex	Ef
T1					
T2					
T3					
T4					