

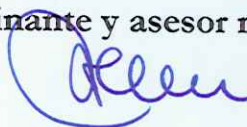
UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE PSICOLOGÍA

**VARIABLES DEL PSICOTERAPEUTA QUE INCIDEN EN
LA EFECTIVIDAD DE LA PSICOTERAPIA: UN ESTUDIO
EXPLORATORIO-DESCRIPTIVO**

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICOLOGA

Autora: Irene Salvo Agoglia

Profesor patrocinante y asesor metodológico: Ps. y Mag. (c)



Elisabeth Wenk Wehmeyer

2003

Dedicatoria

A mi Madre, por confiar siempre en mis valores y capacidades y por enseñarme a través de su ejemplo la importancia del amor y el respeto hacia otros seres humanos.

A mi Padre, por mostrarme la importancia de ser constante y responsable en el trabajo y por enseñarme a través de su ejemplo la importancia de hacer con excelencia las metas que uno se propone.

Al Tata, porque a través de la vida que vivió, me enseñó a comprender y a valorar la importancia de ser congruente como persona y como profesional y a dar siempre lo mejor de mí misma.

A Ismael, simplemente por hacerme infinitamente feliz.

Y a todos quienes se interesan por llevar a cabo la difícil y apasionante tarea de ayudar al crecimiento de otros seres humanos en el trabajo psicoterapéutico.

Agradecimientos

A Elisabeth Wenk Wehmeyer por la gentileza de haber patrocinado este trabajo, por su valiosa colaboración y excelente disposición.

A todos quienes me ayudaron para que este trabajo llegara a finalizarse, entre ellos a Blanca Ortíz de Zúñiga y a Daniela Thumala , por su constante compromiso para guiar diversos aspectos de este trabajo relativos tanto al contenido, como también en lo referente a la estructura y presentación del mismo.

A Isabel Margarita Fontecilla que posee la magia de aflorar lo mejor de mí y que me ha enseñado a través de su ejemplo la importancia de ser congruente como persona y terapeuta.

A todos los amigos y compañeros por su paciencia, desinteresada cooperación, enriquecedoras opiniones y valioso tiempo dedicado.

A todos aquellos terapeutas que abrieron sus mentes, corazones y consultorios, para mostrarme cómo ejercer el hermoso oficio de ser y pensar como terapeuta.

RESUMEN

Durante las últimas décadas la investigación en psicoterapia ha apoyado empíricamente la noción de que en el proceso de cambio psicoterapéutico están presentes tanto factores específicos como inespecíficos. Partiendo de estos hallazgos, la búsqueda de factores comunes viene a constituir un esfuerzo transteórico en donde se intenta enfatizar los elementos comunes a los diversos modelos terapéuticos y encontrar puntos de integración entre las diferentes intervenciones terapéuticas.

De esta manera, el propósito de esta investigación fue conocer y describir aquellas variables que los psicoterapeutas de distintos enfoques teóricos del ámbito nacional consideraban fundamentales en la efectividad del terapeuta, para posteriormente identificar factores comunes a los buenos terapeutas. Para lograr este objetivo, se diseñó un estudio de carácter descriptivo y analítico relacional con utilización de metodología cualitativa. El instrumento que se utilizó para recoger la información fue una entrevista en profundidad basada en una pauta semi-estructurada. Los psicoterapeutas fueron elegidos teniendo en cuenta su modelo teórico clínico, incluyéndose en el grupo personas con formación y práctica cognitiva-conductual, psicoanalítica, sistémica y humanista.

Los resultados de esta investigación mostraron que los psicoterapeutas provenientes de distintos marcos teóricos coinciden en forma significativa en aquellas variables del terapeuta a las que otorgan mayor énfasis, lo que lleva a confirmar la importancia de considerar los factores comunes presentes en el proceso de cambio psicoterapéutico. Se concluye que esta perspectiva permite a los psicoterapeutas ampliar sus marcos conceptuales y técnicos, lo que a su vez repercute en una actitud de mayor curiosidad y flexibilidad ante la complejidad del proceso psicoterapéutico.

Palabras claves: variables del terapeuta, efectividad, factores comunes.

INDICE

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTOS.....	3
INDICE.....	4
RESUMEN.....	6
I. INTRODUCCIÓN.....	7
II. FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....	17
II.1. LOS HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA.....	17
II.1.1. La preocupación por los estudios de Eficacia y Efectividad.....	19
II.1.1.1 La eficacia general de la psicoterapia.....	21
II.1.1.2. La eficacia diferencia de la psicoterapia: el veredicto del Pájaro Dodo.....	25
II.1.2. Lineamientos actuales de la investigación en psicoterapia.....	27
II.1.3. La búsqueda de factores comunes a las distintas formas de psicoterapia.....	30
II.2. LA INVESTIGACIÓN SOBRE VARIABLES DEL TERAPEUTA.....	37
II.2.1. Estudios sobre las características personales que llevan a convertirse en psicoterapeuta.....	37
II.2.2. Estudios sobre la incidencia del psicoterapeuta en la efectividad de la psicoterapia.....	41
II.2.3. Taxonomía de las variables del psicoterapeuta.....	51
II.2.3.1. Características extraterapéuticas objetivables.....	52
II.2.3.2. Características terapéuticas objetivables.....	57
II.2.3.3. Características extraterapéuticas subjetivas.....	67
II.2.3.4. Características terapéuticas subjetivas.....	75
II.3. SUGERENCIAS PARA INCREMENTAR LA EFECTIVIDAD DEL PSICOTERAPEUTA.....	85
II.3.1. Sugerencias para construir y fortalecer la relación terapéutica.....	87
II.3.2. Sugerencias para generar expectativas positivas.....	90

II.3.3.Sugerencias para potenciar la contribución de modelos y técnicas.....	93
II.3.4. Sugerencias para potenciar la contribución de variables del cliente.....	94
III. MARCO METODOLOGICO.....	98
III.1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	98
III.1.1.Objetivo general.....	98
III.1.2.Objetivos específicos.....	98
III.2. TIPO DE ESTUDIO.....	98
III.3. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL UNIVERSO.....	101
III.4. SELECCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.....	101
III.5. RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.....	102
III.5.1. Fundamentos de la entrevista elaborada.....	104
III.6. ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	111
III.7. CRITERIOS DE RIGUROSIDAD CIENTÍFICA.....	113
III.8. CONSIDERACIÓN PARA EL ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	114
III.9. PROCEDIMIENTO EMPLEADO PARA LA OBTENCIÓN Y EL ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	114
IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	117
IV.1. ANÁLISIS GLOBAL.....	117
V. SÍNTESIS DE PRINCIPALES RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	156
V.1. DIFICULTADES QUE PRESENTAN LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS SOBRE LA VARIABLE PSICOTERAPEUTA.....	165
V.2. PROYECCIONES DEL ESTUDIO.....	167
VI.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	171
VII.ANEXOS.....	183

I. INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

La sociedad ha reservado siempre un lugar privilegiado para sus curanderos. En todas las épocas los seres humanos han acudido a los chamanes en busca de ayuda en el conflicto con los aspectos desconocidos de sus vidas, atribuyéndoles la tarea de aliviar los sufrimientos tanto individuales como comunitarios. El largo linaje de curanderos puede rastrearse hasta tiempos remotos, e incluye a médicos brujos, magos, sacerdotes y médicos de familia y, en la actualidad, se considera al psicoterapeuta como el último eslabón de esta cadena, depositando sobre él la enorme expectativa de alivio del misterioso dolor humano (Bugental, 1964, en Guy, 1995). Sin embargo, conviene tener presente que, aunque el rol social del psicoterapeuta es muy antiguo y esta profesión ha sido practicada tradicionalmente desde campos como la religión y la medicina, su proceso de institucionalización no se inició sino hasta hace cincuenta años atrás, cuando la psicoterapia comenzó a consolidarse como un campo de trabajo desempeñado principalmente por psicólogos. A la juventud de esta profesión, se suma la dificultad actual de definir quién es “verdaderamente” un psicoterapeuta.

Al parecer, esto último obedece a las muchas necesidades humanas que debe satisfacer la psicoterapia y a las cuales deben adecuarse quienes la practican. Además, la complejidad de la sociedad actual ha hecho que los psicoterapeutas ejerzan de muchas maneras y en muchos medios diferentes para dispensar asistencia, consejo y alivio a la aflicción de sus clientes. De esta manera, la situación de los psicoterapeutas de hoy en día ha cambiado sustancialmente. Estos ya no constituyen figuras enigmáticas y fuertemente idealizadas que tienen a su cargo arreglar las “máquinas que fallan” mediante las técnicas y el entrenamiento preciso para utilizarlas. Hoy en día, los terapeutas han pasado a ser el blanco de una serie de críticas y evaluaciones, con el fin de probar si, efectivamente, son capaces de promover cambios específicos en las personas que consultan.

Ahora bien, ¿con qué elementos del estado actual de la psicoterapia es posible relacionar dichos cambios en la figura del terapeuta? En primer lugar, el ámbito psicoterapéutico ha llegado a ser tan amplio y diverso, que incluso ha sido comparado con una “torre de Babel” que desafía la comprensión humana (Masterson s./f., en Miller, Duncan y Hubble, 1997). Su multiplicidad es tal que es posible observar que, años atrás, ya se practicaban más de 400 diferentes tipos de terapia (Kazdin, 1986, en Feixas y Miró, 1993) y, en el presente, es probable que las investigaciones e innovaciones superen ampliamente este número.

Si bien estas cifras pueden resultar desalentadoras, es un hecho innegable que la psicoterapia es efectiva en su intento de ayudar a resolver problemas humanos (Asay y Lambert, 1999; Lambert, 2001; Lambert y Bergin, 1994) y que todas las formas de psicoterapia hasta cierto punto son efectivas, a pesar de ser, en apariencia, tan distintas unas de otras. Desde luego que esto ha constituido uno de los enigmas más grandes de esta disciplina. Durante años, tanto los psicoterapeutas como los teóricos han empleado mucho tiempo y energía discutiendo y argumentando sobre la superioridad de un enfoque sobre otro. A pesar de las diferencias teóricas entre modelos psicoterapéuticos y el interés de sus proponentes por demostrar su superioridad relativa, la conclusión que se extrae de la revisión de la literatura hasta el momento es que ninguna de ellas sobresale claramente por encima de las demás (Luborsky, Singer y Luborsky, 1975; Lambert y Bergin, 1994; Miller, Duncan y Hubble, 1997; Asay y Lambert, 1999; Ahn y Wampold, 2001, en Chwalisz, 2001). Tanto la investigación meta-analítica de Smith y cols. (1980, en Feixas y Miró, 1993), que incluía 475 estudios con más de 78 formas de psicoterapia, como otras investigaciones más restrictivas, inciden en la misma conclusión: no hay un vencedor claro en la competición entre diferentes modelos psicoterapéuticos.

Estos resultados han generado que la psicoterapia experimente un importante cambio y ha llevado a que clínicos e investigadores intenten identificar variables útiles en la

predicción de resultados exitosos en la misma (Feixas y Miró, 1993). Las dos grandes tendencias que han surgido en este intento son, por un lado, la búsqueda de especificidad en psicoterapia, la que ha intentado discriminar cuáles son los ingredientes “puros” que actúan en el proceso de la terapia y cuáles son sus efectos específicos para cuadros específicos. Este movimiento se ha visto reflejado en el movimiento de *manualización* de la psicoterapia. Paralelamente, se ha planteado la búsqueda de variables útiles mediante la identificación de los factores comunes que afectan al éxito terapéutico, como en la complementariedad de la validez de algunos enfoques con otros, en un esfuerzo de integración teórica y técnica (Feixas y Miró, 1993; Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001).

De acuerdo con lo anterior, gran cantidad de autores han comenzado a desplazar su punto de observación desde la defensa de las diferencias y la novedad de determinados modelos terapéuticos hacia la conciencia de los factores comunes que compartirían las distintas escuelas terapéuticas (Frank, 1988, en Kleinke, 1995; Asay y Lambert, 1999; Norcross, 1992, en Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001). De esta manera, la investigación de factores comunes ha logrado aislar algunas variables que explican el resultado de la terapia, entre las que se encuentran: los factores del cliente, los factores del terapeuta, los factores de la relación entre terapeuta-cliente y los factores técnicos (Luborsky y cols., 1985). En esta misma línea, la mayor parte de los estudios han mostrado que los ingredientes relacionados con las variables del cliente, del terapeuta y de la relación terapéutica son los que más afectan el resultado global de la psicoterapia (Safran y Segal, 1994). Por su parte, Lambert¹ (1992) incluso ha llegado a identificar la contribución relativa de estas variables, mencionando que del total del cambio en psicoterapia un 40% se debe a factores del cliente; un 30% se debe a factores de la relación terapéutica; un 15% es resultado de los modelos y técnicas del terapeuta, y otro 15% proviene del efecto placebo. Teniendo en cuenta hallazgos como los anteriores, es

¹ Puesto que esta estimación se basa en una valoración no estadística de los resultados disponibles, estos porcentajes deben considerarse muy aproximativos.

posible concluir que la mayor parte del resultado, quizás el 85% de éste, sea atribuible a factores comunes presentes en todas las modalidades de psicoterapia (Strupp, 1996, en Opazo, 2001). Conjuntamente, diversas investigaciones permiten sostener que la mayor parte del éxito de la psicoterapia se debe a factores preexistentes en el cliente; los factores personales del terapeuta darían cuenta de la segunda mayor porción del cambio, y las variables técnicas alcanzarían un distante tercer lugar. Esto último ha hecho disminuir el interés de algunos por el estudio de la tecnología psicológica (Avila y cols., 2000) y ayudado a que se cuestione el énfasis excesivo otorgado tradicionalmente a estos factores en los programas de formación de psicoterapeutas, así como el papel desmedido de las habilidades técnicas en la práctica clínica. Esto no significa que las técnicas sean irrelevantes, sino que su contribución al cambio es limitada cuando son comparadas con la influencia personal del paciente y del terapeuta (Lambert y Bergin, 1994).

Aunque se han necesitado muchos años para validar la tesis de los factores comunes, su reconocimiento se hace cada vez más evidente, y ha aumentado la tendencia a considerar a tales factores como los componentes más poderosos en el resultado del tratamiento. Las consecuencias de esto han sido numerosas. En primer lugar, es posible concluir que no todas las variables que afectan los resultados se encuentran en manos del terapeuta y, por lo tanto, hipotetizar la centralidad del cliente en la obtención de resultados positivos en psicoterapia. Es así como parte importante de la historia de la investigación en psicoterapia se ha centrado sobre la figura del cliente, quien es considerado el actor principal y por lo tanto, el principal beneficiario del accionar del terapeuta. A modo de ejemplo, en un informe recientemente preparado a solicitud de la Asociación Internacional de Psicoanálisis, llamado "An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis" (Una revisión a puertas abiertas sobre estudios de resultado en psicoanálisis, IPA; 1999) tendiente a presentar resultados sobre las investigaciones empíricas que se están realizando en psicoanálisis, sólo cinco de los 55 estudios reportados se centraron específicamente en el estudio de la figura del terapeuta.

Paralelamente, del mismo modo en que diversos autores enfatizan el rol de las variables del paciente en el cambio en psicoterapia, muchos autores destacan la importancia de las variables del terapeuta. En este sentido, atendiendo a la naturaleza interaccional del proceso terapéutico, muchos clínicos e investigadores han señalado que depende de la habilidad del terapeuta el valorar e integrar todas las variables del cliente relevantes que inciden en su propio cambio, y el ayudar a movilizar los recursos preexistentes en el mismo. El “ayudar a que el paciente se ayude a sí mismo” pone en juego la importancia de las competencias del terapeuta en el proceso terapéutico. De esta forma, la figura del psicoterapeuta constituye un foco fundamental sobre el que se puede centrar la investigación sobre el proceso y los resultados terapéuticos.

En efecto, también es posible observar que durante la historia de la investigación en psicoterapia ha existido interés por la exploración de la figura del terapeuta y sobre su contribución al proceso de tratamiento (Lambert, 1983; Beutler, Machado y Allsteter, 1994; Guy, 1995) y, desde luego, se ha reconocido su importancia en la obtención de resultados positivos en terapia. De esta manera, desde sus inicios en los años cuarenta en el marco de la escuela de Rogers, la investigación en psicoterapia se ha dirigido a aislar las variables del terapeuta asociadas con un buen resultado terapéutico. De hecho, esta escuela llegó a sostener que la implantación eficaz de las técnicas específicas debía descansar en las cualidades personales del terapeuta (Truax y Carckhuff, 1967, en Feixas y Miró, 1993). Por su parte, Harcum (1987, en Opazo, 2001) ha señalado que la clave de cualquier psicoterapia parece estar en ciertas características personales del terapeuta, y otros autores más radicales, como Luborsky (1985), sostienen incluso que *“el mayor agente de una psicoterapia efectiva es la personalidad del terapeuta, particularmente su habilidad para construir una relación cálida y apoyadora”* (p. 609).

En el presente existe evidencia empírica que permite afirmar que ciertos terapeutas son regularmente más eficaces que otros (Lambert y Bergin, 1994) y que las características

de los terapeutas están más relacionadas con los resultados positivos que los enfoques a los que adscriben (Hanna y Ottens, 1995, en Opazo, 2001). Más recientemente, la investigación sobre procesos y resultados en psicoterapia, ha puesto en claro que el psicoterapeuta como persona es una variable más significativa para el éxito de la psicoterapia que otros factores como la orientación teórica o el uso de técnicas terapéuticas específicas (Lambert, 1989; Mahoney, 1991, en Fernández-Álvarez, 1998).

Estos datos han propiciado un importante cambio en la apreciación sobre el rol del terapeuta, llegando incluso a sostenerse que la falta de eficacia diferencial de las psicoterapias se basa en la tendencia de los buenos terapeutas a distribuirse de un modo equitativo entre los diferentes enfoques y que los terapeutas exitosos concuerdan más entre sí aunque sean de diferentes escuelas, respecto de los terapeutas no exitosos de su propia escuela (Luborsky, 1985). Este punto sugiere, por una parte, que los terapeutas no son meros transmisores de enfoques estándares, sino que son importantes facilitadores de cambio capaces de magnificar o reducir los efectos positivos de la psicoterapia y, por otra parte, fortalece la conclusión de que los pacientes no mejoran solos, puesto que la calidad de su terapeuta incide significativamente en su progreso psicoterapéutico.

Aún cuando se mantienen las posiciones que apoyan la tesis anterior, este punto de vista no se encuentra libre de controversias. De hecho, han surgido voces disidentes que muestran que el nivel de competencia en la aplicación de técnicas ha podido aislarse como una variable del terapeuta que ha mostrado tener una relación positiva con el éxito terapéutico (Beutler, Crago y Arizmendi, 1986), y el nivel de competencia no depende tanto de las cualidades personales del psicoterapeuta, como de su formación y práctica en el manejo de las técnicas psicoterapéuticas. Como se observa, no existe un consenso claramente establecido sobre qué es lo que un terapeuta debe hacer para resultar útil, una pregunta quizás ingenua pero que, en realidad pone en evidencia lo

complejo de ejercer la profesión de terapeuta, en tanto plantea altas exigencias técnicas, personales y de formación.

Existiendo una lista interminable de variables del terapeuta, la inquietud clínica no se refiere entonces a si las variables del terapeuta son importantes o no, sino que el desafío consiste en identificar cuáles de dichas variables son más relevantes y en descubrir cómo utilizar clínicamente dichos hallazgos de manera de potenciar el aporte del psicoterapeuta al éxito terapéutico. De esta forma, la presente investigación se plantea como objetivo explorar y señalar las características, condiciones o habilidades de los psicoterapeutas consideradas necesarias o importantes, por los terapeutas con formación y práctica en los enfoques cognitivo-conductual, psicoanalítico, humanista y sistémico, para el logro de una psicoterapia efectiva y cómo los psicoterapeutas pueden utilizar clínicamente estas características de manera de potenciar su aporte al cambio terapéutico. Para ello, se decidió entrevistar a terapeutas del ámbito nacional, los cuales fueron elegidos teniendo en cuenta su modelo teórico clínico y sus años de experiencia. El criterio para seleccionar estas orientaciones teóricas, ha sido su representatividad dentro de la investigación y la práctica terapéuticas.

La importancia de llevar adelante investigaciones como ésta, radica en diversos motivos. En primer lugar, el tema de la efectividad del terapeuta se encuentra determinado por un importante factor contextual. El fuerte avance tecnológico de los últimos años ha llevado a que la población en general posea un conocimiento más vasto de la psicoterapia y, por ende, plantee mayores exigencias de eficacia (Fernández-Álvarez, 1997). Esto se retrata muy claramente en las exigencias formuladas por las instituciones de salud a los terapeutas, que piden evidencia respecto de los beneficios que pueden obtenerse a través de un proceso psicoterapéutico antes de seguir invirtiendo la enorme cantidad de dinero que ello significa. Lo mismo se comienza a plantear de forma urgente en nuestro país, en donde la necesidad de una reorganización de los recursos y la minimización de costos se han vuelto temas ineludibles para los profesionales y

prestadores de este tipo de servicios. Por estas razones, desde distintos ámbitos, se reclama por estudios que den cuenta de la eficacia de la labor que desempeñan los psicoterapeutas del ámbito nacional, puesto que ellos no podrán evitar confrontarse a los desafíos profesionales actuales.

En segundo lugar, aún cuando es conocida por todos la importancia y significación del terapeuta en el proceso de cambio terapéutico, no existen muchas contribuciones que sistematicen explícitamente el tema, porque si bien los datos globales presentados hasta ahora resultan tremendamente aportativos, dicen muy poco en relación al medio chileno y por lo tanto, sólo son relativamente generalizables. Es por esta razón que, tras numerosas investigaciones internacionales, surge como necesidad llevar a cabo estudios en el ámbito nacional que permitan identificar, actualizar, ampliar y sistematizar las aproximaciones realizadas en torno al papel que le compete al terapeuta en la efectividad del tratamiento psicoterapéutico, de manera de potenciar su contribución en el mismo, facilitar la formación de psicoterapeutas y consolidar la propia profesión.

Es por esto que el presente trabajo intenta servir de base para fomentar futuras investigaciones que faciliten y comenten el estudio acabado de aquellas variables del terapeuta consideradas esenciales para la efectividad de la psicoterapia. Asimismo, pretende ser de utilidad en el trabajo clínico, por lo que se espera que terapeutas de distintas orientaciones y niveles de experiencia, puedan encontrar en estas páginas diversos motivos de reflexión y/o aprendizaje a extraer desde una visión similar o diferente a la suya, que les permita ampliar el abanico de posibilidades a desarrollar en el territorio terapéutico actual. Finalmente, se espera que esta investigación signifique un aporte al análisis, evaluación y eventual ampliación de los conocimientos y herramientas entregadas en la formación y entrenamiento de terapeutas.

Para lograr los objetivos planteados anteriormente, se consideró necesario realizar una investigación de carácter descriptivo y analítico relacional, con utilización de

metodología cualitativa. Es un estudio descriptivo en la medida que permite un análisis de cómo es y se manifiesta un fenómeno y sus componentes, y se constituye en analítico relacional, en el sentido de tomar conceptos, encontrar relaciones e integrarlos en conceptos más amplios. El instrumento que se utilizó para recolectar la información consistió en una entrevista en profundidad basada en una pauta semi-estructurada, la cual se aplicó a todos los psicoterapeutas que conformaron la muestra de la presente investigación.

II. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

II. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

El concepto de psicoterapeuta es algo muy complejo y su descripción puede acabar fácilmente en una simplificación limitadora que lo reduzca a alguna de las formas de verlo. Para evitar este peligro, en los Fundamentos Teóricos se presenta un panorama general de la investigación en psicoterapia, donde se exponen las principales líneas metodológicas actuales, junto con sus resultados más relevantes. Esta aproximación resulta necesaria si se considera que no todos los clínicos están al tanto de los avances de la investigación, o tienen acceso a los datos provenientes de revisiones actuales. Posteriormente, dado que la investigación aquí presentada se centra en la figura del psicoterapeuta y su efectividad, se realiza una revisión bibliográfica de aquello que se ha investigado de manera sistemática sobre el tema.

II.1. LOS HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA

El desarrollo de la investigación en el campo de la psicoterapia, ha sido a lo largo del tiempo objeto de intensos debates. En primer lugar, algunos autores consideran que la psicoterapia es, por definición, un proceso ambiguo que incluye tal fluidez y espontaneidad, que hacen que sea difícilmente medible con técnicas sistemáticas y, por ende, casi imposible que se realice cualquier evaluación de eficacia. En segundo lugar, la investigación en psicoterapia implica una ruptura de la necesaria intimidad del tratamiento, lo cual puede alterar la evolución del proceso terapéutico (Valdivieso, 1994). En tercer lugar, diversos autores han mostrado que el éxito de la psicoterapia incluye múltiples variables intervinientes. Además de las propias de la persona del terapeuta y las del cliente, existen las de la interacción y las que se consideran derivadas del método terapéutico (Feixas y Miró, 1993). Incluir estos factores implica el desarrollo de múltiples criterios operacionales, así como grandes muestras de pacientes. Por

último, y a diferencia de otros tipos de tratamiento, en psicoterapia el instrumento terapéutico es la propia persona que realiza la terapia, lo cual introduce un importante sesgo para la comparación de resultados. En cualquier caso, y pese a las dificultades metodológicas mencionadas, existen una serie de progresos de los cuales es posible dar cuenta en el desarrollo siguiente.

II.1.1. LA PREOCUPACIÓN POR LOS ESTUDIOS DE EFICACIA Y EFECTIVIDAD

Al parecer, los psicoterapeutas se han interesado por el efecto de sus prácticas desde el comienzo de esta disciplina. Es así como en textos clásicos (Freud, 1948; en Fernández Alvarez, 1999), es posible encontrar abundantes referencias al respecto que muestran una fuerte preocupación por probar las ventajas de ese nuevo método terapéutico, incluyendo aportaciones relacionadas con su presunta ventaja comparativa sobre otros procedimientos de uso habitual en ese entonces. No obstante lo anterior, durante un extenso período, las argumentaciones en favor de la eficacia de la psicoterapia permanecieron demasiado circunscritas dentro del terreno conceptual, debatiendo largamente sobre aspectos teóricos de la psicopatología y la mejor manera de concebir los problemas que aquejaban a la gente y sus posibles causas. Aún cuando tal discusión resultaba importante, restringía y limitaba notablemente el planteamiento clínico.

De esta manera, la inquietud por investigar empíricamente cuán eficaz puede resultar la psicoterapia y de qué manera puede llegar a contrastarse con otros procedimientos terapéuticos, sólo aparecería más tarde, o más bien, iría surgiendo de manera progresiva a lo largo del siglo recién pasado. Según señalan diversos autores, esta inquietud se relaciona estrechamente con la exigencia social de mostrar eficacia y eficiencia (Constantin, 1984, en Opazo 2001). Dado el alto costo económico que involucra un proceso de psicoterapia, las instituciones de salud han comenzado a cuestionar el

sentido de financiar procesos largos, costosos y de dudosa utilidad y, como menciona Fernández-Álvarez (1997), la sociedad en general ha comenzado a reclamar resultados y a exigir mejoras en la rentabilidad de las prestaciones. Estos factores han impulsado a clínicos e investigadores a estudiar la eficacia, la efectividad y la eficiencia de los tratamientos psicoterapéuticos.

Una clara distinción debe ser hecha en torno a los conceptos de eficacia, efectividad y eficiencia. Algunos autores establecen diferencias radicales entre ellos y la literatura científica las ha ido adoptando. Se entiende por *eficacia* la relación entre los objetivos propuestos y los resultados obtenidos (Fernández-Álvarez, 1999), en tanto la *eficiencia* se relaciona con la inversión en dinero, tiempo y sufrimiento utilizados en lograr el bienestar subjetivo del consultante, la desaparición de los síntomas y la mejoría de su vida de relación cotidiana (Liendo y cols., 1996, en Fernández-Álvarez, 1999). Respecto del concepto de *efectividad* clínica, la visión que Roth y Fonagy (1996) plantean es que ella es el producto de la terapia en su práctica rutinaria (en Fernández-Álvarez, 1999). Por su parte, Sledge (1994, en Fernández-Álvarez, 1999) sostiene que para la mejor comprensión de un abordaje terapéutico, es deseable realizar investigación intentando un camino progresivo, desde los estudios de eficacia hacia los estudios de efectividad, entendiendo la eficacia como el resultado que puede esperarse cuando un tratamiento se lleva a cabo bajo circunstancias ideales de control experimental. La investigación sobre eficacia debe controlar los prejuicios del paciente y los del investigador, así como las respuestas placebo, el tratamiento estandarizado y los grupos homogéneos de pacientes. Los estudios de efectividad, en cambio, presentan los resultados que pueden esperarse cuando un tratamiento se produce bajo condiciones naturales.

En la actualidad, aún cuando persisten limitaciones para el estudio de la efectividad de la psicoterapia, lo cual es importante de tener en mente al momento de revisar los resultados de cualquier estudio, se cuenta con una metodología suficiente para

responder a dos temas: la eficacia general de la psicoterapia y la eficacia diferencial de la psicoterapia.

II.1.1.1. La eficacia general de la psicoterapia

Hasta hace cuarenta y cinco años nadie dudaba de la eficacia general de la psicoterapia. Sin embargo, a principios de la década del cincuenta, Hans Eysenck (1952, en Feixas y Miró, 1993) publicó un trabajo que encendió un largo debate. La revisión clásica de Eysenck sobre la eficacia de la psicoterapia cuestionó seriamente la utilidad del tratamiento psicológico, dado que parecía demostrar que el efecto de la psicoterapia era inferior incluso al de la remisión espontánea de los pacientes que no recibían ningún tratamiento. Así, tanto el impacto de esta publicación como el desarrollo de la farmacoterapia en el tratamiento de numerosas enfermedades psiquiátricas, constituyeron importantes impulsos para la evaluación de los resultados de la psicoterapia (Feixas y Miró, 1993; Valdivieso, 1994).

Es así como desde mediados de la década de los años setenta hasta hoy se han realizado importantes avances en la investigación, de los que dan cuenta un gran número de publicaciones recientes, en las que se aportan pruebas concluyentes de que la psicoterapia constituye un conjunto de procedimientos útiles y beneficiosos. Entre otros trabajos se pueden mencionar el conocido "Blue Book" de Dahl, Kachele y Thoma (1988, en Fernández- Álvarez, 1999) en donde se plantean través de una serie de presentaciones, los lineamientos básicos para la investigación en psicoterapia, así como también textos de otros autores que nuclean un número importante de investigaciones, entre los cuales se cuentan los aportes de Bergin y Gardfield (1994).

Otro importante informe de Lipsey y Wilson (1993, en Fernández-Álvarez (1999) comenta los resultados obtenidos mediante meta-análisis, al examinar varios

procedimientos asistenciales, entre ellos, diversas modalidades de psicoterapia. Una de las recomendaciones finales incluidas en este estudio, de especial interés para la presente investigación, es que según estos autores, el mejor plan para la próxima generación de investigaciones sobre efectividad de los terapeutas, tanto en estudios primarios como en meta-análisis, es examinar qué variables y características de los terapeutas influyen más sobre los resultados. Por último, otra de las revisiones más importantes en este ámbito, la constituye el trabajo realizado durante muchos años por Lambert, el cual aparece reflejado, entre muchas otras presentaciones, en las distintas ediciones del *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (editado por Bergin y Garfield entre 1981 y 1994) y cuyos hallazgos respecto del estudio de la efectividad de la psicoterapia podrían resumirse en la afirmación que la psicoterapia es *efectiva, eficaz y eficiente*.

En primer lugar y, en base a la evidencia entregada por numerosos estudios conducidos para estudiar los efectos de la psicoterapia, es posible señalar que la psicoterapia es efectiva. En general, como destaca Lambert (1986, 2001) la conclusión que se obtiene de la revisión de tales estudios es que la persona que sigue una psicoterapia mejora más que el 75% de la muestra no tratada (Lambert, Shapiro y Bergin, 1986; Seligman, 1995; Lambert, 2001), mientras que la remisión espontánea no supera el 40%. Estudios recientes sobre la eficacia de la psicoterapia en condiciones clínicas han encontrado un tamaño del efecto inferior a los resultados obtenidos en los estudios metaanalíticos, pero aún así los efectos positivos de la psicoterapia son significativos, incluyendo investigación en terapias de tipo psicodinámico, humanista, conductual, cognitivo, y variaciones y combinaciones de estos modelos. Estos resultados se generalizan a un amplio rango de desórdenes, con la excepción de cuadros de base biológica, como el desorden bipolar y la esquizofrenia, donde el impacto de un tratamiento psicológico es secundario al uso de medicación psicoactiva (Thase, 1999, en Lambert, 2001; Elkin y cols., 1994, en Lambert, 2001).

En segundo lugar, de los datos de la investigación que han examinado la velocidad con que los pacientes mejoran en el curso del tratamiento, es posible sostener que la psicoterapia es un tratamiento relativamente eficiente. Si bien en los años de predominio psicoanalítico la psicoterapia era un procedimiento largo y costoso, que se administraba sólo a personas de alto nivel socioeconómico (Fernández-Álvarez, 1997), en la actualidad, Gardfield y Bergin (1986) concluyen que *“es obvio que la mayor parte de la psicoterapia que se ofrece al público en general es relativamente breve, tan efectiva como el psicoanálisis y menos costosa”*(p.12). Tras revisar diversos estudios, estos autores señalan que dos tercios de los pacientes tratados terminan el tratamiento antes de la décima sesión. Así, la mayoría de los pacientes que acuden a un terapeuta recibe entre cinco y ocho sesiones (Poch, 2000).

Estos estudios constituyen una poderosa razón a favor de las terapias de formato breve. Al comparar distintos tratamientos, la variable relativa a la duración de la psicoterapia no produce efectos diferenciales, por lo que resultan tan efectivas las terapias de larga duración como las breves (Johnson y Gelso, 1980, en Feixas y Miró, 1993). Aún más contundentes son los hallazgos de Howard (1986, en Lambert, 2001) que analizando los datos de diversos estudios llega a la conclusión que a las ocho sesiones, alrededor del 50% de los clientes mejoran notoriamente y a las veintiséis sesiones mejora el 75% de ellos. Este es un dato muy interesante si se considera que el porcentaje de mejoría total se sitúa en un 85%. Asimismo, Howard, Kopta, Krause y Orlinsky (1986, en Lambert, 2001) mostraron que el poder del tratamiento aparece más evidente en el principio del proceso y que si un tratamiento no muestra progresos antes de la octava sesión, es muy probable que termine en fracaso (Poch, 2000).

Más recientemente, Anderson y Lambert (2001, en Lambert, 2001) así como Lambert, Hansen y Finch (2001, en Lambert, 2001), recolectaron información de una larga muestra de pacientes en tratamiento, midiendo sus síntomas, relaciones interpersonales, desarrollo de roles sociales y calidad de vida en una base semanal antes de cada sesión

de tratamiento. Así, los resultados fueron evaluados desde el comienzo del tratamiento hasta que éste fue completado o abandonado. Su progreso en el tiempo fue estudiado usando métodos estadísticos para modelar el número de sesiones necesarias para que un paciente retorne a un estado normal de funcionamiento, considerado por ejemplo el no tener más síntomas que la gente de la población general. Los resultados muestran que alrededor de un tercio de los pacientes se recuperan a la décima sesión, un 50% en la vigésima sesión y un 75% al llegar la sesión número 55. Esto significa que si el número de sesiones es limitado por las compañías de seguros, instituciones de salud y/o agencias de gobierno, el tiempo reservado de tratamiento para obtener algún beneficio no puede ser menor a 20 sesiones. Para alrededor del 25% de pacientes, incluso 50 sesiones no serán suficientes para volver a un nivel normal de funcionamiento (Lambert, 2001).

De esta manera, si las terapias de larga duración no han demostrado ser más efectivas que las breves, las segundas resultan preferibles por diversos motivos. Al parecer, el más relevante de ellos se encontraría en el plano de las políticas de salud mental pública, puesto que no sería eficiente emplear grandes sumas de dinero en tratamientos largos cuando enfoques más breves han mostrado ser igualmente efectivos (Fernández-Álvarez, 1997). Por otra parte, en el ámbito de la práctica privada, también resulta un problema ético proponer un tratamiento de larga duración a los clientes, en el caso que no sea necesario.

En síntesis, es posible afirmar en este momento, por fortuna de quienes trabajan en esta área, que existen múltiples investigaciones procedentes de diversos lugares, que avalan que el servicio entregado por los psicoterapeutas es efectivo, eficiente y duradero. En este sentido, pocas áreas han recibido más apoyo empírico para sus tratamientos que aquellos ofrecidos por psicólogos. La psicoterapia tiene un futuro promisorio como tratamiento a elegir para desórdenes de base psicológica, ya que reduce el sufrimiento, y retorna a los pacientes a niveles característicos de personas que no presentan disturbios

de este tipo (Lambert, 1986; Feixas y Miró, 1993). Además, el tratamiento psicológico puede disminuir los costos de los servicios, al disminuir los tiempos de hospitalización y reducir costos para pacientes que sufren desórdenes de tipo físico (Chiles, Lambert y Hatch, 1999, en Lambert, 2001).

Estos resultados son muy importantes y significativos, en la medida que inyectan esperanza y motivación en quienes trabajan en este ámbito, al permitirles, de alguna forma, validarse frente a la comunidad como profesionales competentes y capaces de entregar un servicio de calidad. Como señala Brenner (1982): *“la creencia creciente en la eficacia de la psicoterapia y el reconocimiento de la propia aptitud para aliviar y asistir a los que sufren, construye un “sentido de finalidad” que motiva y vivifica al psicoterapeuta sobre una base continuada durante su vida profesional. Estos individuos ya no esperan simplemente ser capaces de ayudar, en cambio, ahora creen y saben que son capaces de prestar un servicio competente y eficaz.”* (p.173).

II.1.1.2. La eficacia diferencial de la psicoterapia: el veredicto del pájaro Dodo

Una vez demostrada la eficacia de la psicoterapia en general, la investigación en psicoterapia ha intentado determinar empíricamente la superioridad de un método terapéutico por sobre otro o, en caso contrario, establecer hasta qué punto todas las psicoterapias son equivalentes. Pese al interés y el esfuerzo invertido durante décadas por los investigadores, los estudios no han logrado discriminar entre diferentes escuelas y/o entre diferentes técnicas de terapia, y la terapia parece tener un efecto general homogéneo, independientemente de lo que se haga en la práctica. Por su parte, Lambert y Bergin (1994) ofrecen tres posibles explicaciones para este hallazgo:

- a) Diferentes terapias pueden lograr metas semejantes a través de procesos distintos.

- b) Existen diferentes resultados pero las estrategias pasadas de investigación no fueron capaces de registrarlos.
- c) Diferentes terapias incorporan factores comunes que son curativos aunque no son enfatizados por la teoría del cambio de la escuela en particular.

Siguiendo la línea anterior, Luborsky, Singer y Luborsky (1975) resumieron la imposibilidad de establecer un vencedor recurriendo a la metáfora del Veredicto del Pájaro Dodo². Este veredicto se mantiene en estudios actuales (Miller, Duncan, y Hubble, 1997), lo que cuestiona la crítica que se basa en supuestos defectos metodológicos de las investigaciones clásicas. Más recientemente, Luborsky (1996, en Opazo, 2001) ha ratificado que, veinte años después, sigue aún más convencido de la validez de su veredicto. A la luz de estas declaraciones, es posible extraer como conclusión que los planteamientos teóricos de cada enfoque tienen poco que aportar al proceso de cambio en psicoterapia y por lo tanto, las pretendidas diferencias en cuanto a la técnica o modelo de intervención empleado, no parecen importar tanto. Esto último ha generado que la psicoterapia experimente un cambio sustancial y ha llevado a diversos clínicos e investigadores a tratar de identificar variables útiles en la predicción de resultados exitosos en la misma (Feixas y Miró, 1993).

Los resultados anteriores han hecho surgir distintas líneas de trabajo que se han ido desarrollando en el tiempo, las cuales se exponen a continuación.

² El Veredicto del pájaro Dodo, hace alusión al personaje de "Alicia en el país de las Maravillas" que luego de una carrera donde todos corren sin dirección dice que "todos han ganado y todos merecen premio". Dodo, el pájaro del cuento, sostiene que todos han ganado porque todos tienen distintas líneas de salida, cada uno tiene su trayectoria y su propia línea de llegada.

II.1.2. LINEAMIENTOS ACTUALES DE LA INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA

Aún cuando una gran cantidad de la investigación realizada en psicoterapia ha mostrado que los resultados obtenidos por los diferentes modelos son equivalentes, especialmente en los cuadros más prevalentes en la salud mental mundial, como son la depresión y la ansiedad (Luborsky y cols., 1975, en Miller, Duncan y Hubble, 1997; Tallman y Bohart, 1999; Wampold y cols., 1997, en Ward 2000; Ahn y Wampold, 2001, en Chwalisz, 2001). Esto no ha dejado conforme a un gran número de teóricos e investigadores, quienes siguen buscando las diferencias que podrían declarar superior a un modelo por sobre otro. De esta forma, el Veredicto del Pájaro Dodo ha abierto dos líneas de trabajo que parten de supuestos distintos y persiguen objetivos diferentes, aunque se miran entre sí con creciente interés. Por un lado, se encuentra el intento por buscar formas incontaminadas en cada una de las terapias propuestas, procurando la acción de los factores que cada una considera más específicos. En esta línea se trata de garantizar la pureza de las intervenciones aplicadas y estudiar la especificidad de los factores terapéuticos que estas activan. En su versión más extrema ha dado lugar a todo el proceso de manualización de las psicoterapias, que representa un instrumento útil para la investigación y, en ocasiones, para la formación de psicoterapeutas (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001).

La segunda línea de trabajo generada como resultado de la imposibilidad de establecer la superioridad de un enfoque por sobre otro, ha propiciado un movimiento al interior de algunos círculos de psicoterapeutas con miras a la integración del campo de la psicoterapia, destinado a facilitar la articulación entre distintas propuestas de aplicación, y la consecuente unificación de aportes teóricos y clínicos provenientes de diferentes modelos conceptuales. El creciente interés generado entre clínicos e investigadores por el eclecticismo y la integración, ha fomentado el desarrollo de un nuevo marco de

diálogo y estudio entre las escuelas tradicionalmente enfrentadas, ha promovido nuevas líneas de investigación y ha permitido acceder a un nuevo nivel de elaboración tanto teórico como empírico que trasciende el fragmentalismo que ha caracterizado el desarrollo de la psicoterapia durante décadas. Es posible rastrear ya en la segunda mitad de la década de los setenta algunas posturas integrativas, que posteriormente se desarrollaron y alcanzaron su auge en los años ochenta. Hoy esta tendencia ha encontrado un cauce de expresión y discusión organizada a través de asociaciones como la Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (Sociedad para la Exploración de la Integración en Psicoterapia) o revistas como el Journal of Psychotherapy Integration (Revista de Integración en Psicoterapia), y ha dado lugar a toda una revolución en el modo de entender la práctica de la psicoterapia.

Siguiendo a Arkowitz (1992, en Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001), es posible entender que el movimiento integracionista aglutina en la actualidad esfuerzos de tres grandes áreas de trabajo: el eclecticismo técnico³, la integración teórica⁴ y, finalmente, el área de los factores comunes. La primera de ellas ha encontrado sus mejores representantes en el eclecticismo sistemático de Beutler (1986) y la terapia multimodal de Lazarus (1981, en Feixas y Miró, 1993). Estos autores sostienen la posibilidad de construir y diseñar intervenciones de un modo sistemático (y no intuitivamente) para los problemas que presenta cada paciente. Independientemente de las posibles críticas a este enfoque, se ha abierto una vía para pensar qué y cómo se hace lo que se hace y para

³ El eclecticismo técnico se basa en el principio de agrupar diferentes procedimientos técnicos. Sin embargo, el concepto de eclecticismo parece no estar bien definido y por ende, prestarse a muchas confusiones. Aunque los modelos eclécticos permiten la apertura y la flexibilidad, favorecen igualmente una selección indiscriminada de elementos de la más diversa procedencia, lo que puede dar lugar a una mezcla incoherente de conceptos y técnicas. Al interior de los enfoques eclécticos, existen diversos tipos de posturas de valor muy desigual en cuanto a su contribución al avance de la psicoterapia como ciencia.

⁴ Como el acento está puesto en la integración de los conceptos teóricos de los modelos terapéuticos, las técnicas quedan integradas en virtud de la síntesis teórica. En la actualidad se conciben tres modalidades principales de integración teórica: híbrida, amplia y metateórica (Feixas y Miró, 1993).

mostrar hasta qué punto algunos de los instrumentos que se intenta utilizar para hacerlo, como el DSM o el CIE, están inmensamente alejados de considerar los elementos que podrían servir de orientación a la hora de tomar decisiones para confeccionar un plan terapéutico (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001).

La segunda línea de trabajo del movimiento integracionista, es la propuesta por los partidarios de la integración teórica. Como su nombre lo indica, el desafío de los partidarios de esta postura es integrar dos o más modalidades de psicoterapia, con la esperanza de que el resultado de esta fusión resulte mejor que cada una de las terapias iniciales por sí solas. Son precursores tempranos de esta postura Alexander (1963) y Dollard y Miller (1950, en Feixas y Miró, 1993). Más recientemente Wachtel (1977, 1987, 1993 y 1997, en Feixas y Miró, 1993) ha propuesto un modelo original de psicoterapia que sintetiza principios y hallazgos del psicoanálisis, el conductismo y las terapias sistémicas. Estos autores enseñan a no ignorar los hallazgos de los compañeros de otras escuelas y de quienes hacen psicología en los medios académicos y animan a no abandonar el intento de construir teorías que permitan comprender cada elemento de nuestra práctica (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001)

La última de las posibles líneas de trabajo integracionista, es la planteada por los partidarios de lo que se conoce como la teoría de los factores comunes, que determina que la eficacia de cada una de las intervenciones terapéuticas posibles no es lo que tiene de específico y diferencial con las demás sino, precisamente, lo que comparte con ellas, razón por la cual, el resultado es equivalente.

Para efectos de esta investigación, en el desarrollo siguiente, se hará hincapié en la tesis de los factores comunes, sostenida a lo largo del tiempo por diversos autores.

II.1.3. LA BUSQUEDA DE FACTORES COMUNES A LAS DISTINTAS PSICOTERAPIAS

La pregunta por los factores comunes, apunta a la identificación de aquellos mecanismos de acción inespecíficos que constituyen una especie de mínimo común denominador de lo que debe ser una terapia efectiva (Millon y Davis, 1999, en Opazo, 2001). De esta manera, en contraste con las anteriores formas de integración, que trabajan en la combinación de las diferencias, el enfoque de los factores comunes se centra en las similitudes que aparecen entre distintos modelos. Estas similitudes pueden ser tanto clínicas como teóricas. Los defensores de este enfoque de integración sostienen que las aparentes diferencias entre los constructos teóricos o las técnicas de las distintas psicoterapias esconden similitudes esenciales. La finalidad implícita de este enfoque es la identificación de los factores que operan en el cambio psicológico en las distintas terapias, lo que permitiría construir una conceptualización más amplia de la psicoterapia, más allá de posicionamientos dogmáticos y con mayor eficacia práctica.

Luego de afirmar que la esencia de un buen resultado terapéutico es atribuible a factores comunes inespecíficos a un enfoque, el paso siguiente ha sido establecer cuáles son éstos componentes, de manera de potenciar el cambio en psicoterapia (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001). Definir los factores terapéuticos comunes de modo que den lugar a un sistema coherente no es fácil y, por regla general, los intentos de ser exhaustivos se han acompañado de pérdidas en sistematicidad. Arkowitz (1992, en Kleinke, 1995) y Bergin y Garfield (1994) se han dado al trabajo de elaborar listados de factores comunes en los que cada quien plantea énfasis diferentes. Es posible rastrear las primeras propuestas sobre factores comunes a partir de los años treinta. Uno de los primeros trabajos en este sentido es el de Rosenzweig en el año 1936, que señalaba algunos factores que a su juicio podían explicar la efectividad de distintas psicoterapias (en Feixas y Miró, 1993). Esta lista incluyó la capacidad del terapeuta para inspirar

esperanza y para proporcionar una visión alternativa de sí mismo y del mundo (Miller, Duncan y Hubble, 2000).

Más tarde, en la década de los cuarenta, Alexander y French (1946) acuñaron el término de experiencia emocional correctiva como un proceso de cambio común a la mayoría de las psicoterapias. Pocos años después, tuvieron una gran influencia reforzante para el argumento de los factores comunes, los estudios de Fiedler (1950, en Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001) que describían lo que este autor consideraba los ingredientes de la relación terapéutica ideal. Fiedler encontró que los terapeutas con altos niveles de experiencia, procedentes de distintas escuelas, coincidían más entre sí, que otro grupo de terapeutas noveles o principiantes de su propia escuela. Una de las conclusiones a las que llegó, fue que la experiencia modela de tal forma la conducta de los terapeutas que éstos actúan de forma básicamente similar, al menos con respecto del tipo de relación que establecen.

Por su parte, Carl Rogers (1957, en Fernández y Rodríguez, 2001; Miller, Duncan y Hubble, 1997) contribuyó también al campo de los factores comunes, aunque quizá de forma indirecta, al afirmar que la psicoterapia es efectiva no por las técnicas específicas que utiliza, sino porque facilita un tipo de relación humana, en la cual el cambio puede tener lugar. De hecho, sus trabajos respecto de las condiciones necesarias y suficientes de comprensión empática, autenticidad, calidez y estimación positiva incondicional han tenido amplias repercusiones en la investigación y conceptualización posterior (Truax y Carkhuff, 1967, en Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001).

En la década de los sesenta aparecen diversas obras que proponen la psicoterapia como un proceso de influencia social, en contraste con las creencias más establecidas de la época que enfatizaban los aspectos técnicos específicos. Una de las propuestas más influyentes y elaboradas en el terreno de los factores comunes fue la de Jerome Frank (1961, en Feixas y Miró, 1993; Kleinke, 1995; Hubble, Duncan y Miller, 1999). Frank

planteó que los métodos actuales de psicoterapia representan, con algunas variaciones, actualizaciones de procedimientos muy antiguos de ayuda psicológica, como los establecidos por chamanes y brujos. La tesis central de Frank es que la psicoterapia es esencialmente una forma de influencia social y su aspecto central es su capacidad para combatir la desmoralización con que el paciente vive sus síntomas y producir de esta manera un importante efecto de curación y cambio. En su obra titulada *Persuasión y Curación*, realiza una primera formulación de seis ingredientes básicos que determinan la eficacia de cualquier forma de psicoterapia (Feixas y Miró, 1993; Kleinke, 1995; Hubble, Duncan y Miller, 1999):

- (a) Una relación emocional de confianza,
- (b) Una aceptación por parte del paciente de la explicación racional del problema y de los métodos de tratamiento,
- (c) La entrega de nueva información sobre el paciente y la explicación de sus problemas,
- (d) El refuerzo de las expectativas del paciente en relación a recibir ayuda,
- (e) La oportunidad de brindar y vivir experiencias exitosas, y
- (f) La facilitación de la percepción de su mundo emocional.

Cabe mencionar que, si bien el trabajo de Frank permanece como punto de referencia fundamental hasta la actualidad, no es sino hasta las décadas de los setenta y ochenta, que aparecen las contribuciones más sistematizadas y numerosas, a la par del creciente interés entre clínicos e investigadores. En un estudio de Brady (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001), psicoterapeutas de diferentes orientaciones llegaron al consenso de que facilitar al paciente nuevas experiencias, dentro y fuera de la terapia, era un ingrediente esencial compartido por todas las terapias. Aún cuando podían existir matices respecto de cómo proveer esas experiencias, todos se mostraron de acuerdo a la hora de estimar la importancia que tales experiencias tenían en su aportación al cambio. Así, Arkowitz (1992) resume las propuestas sobre factores comunes de esta época,

concluyendo que abarcan aspectos como la experiencia emocional correctiva, y el desafío a las expectativas disfuncionales, la potenciación de la esperanza y expectativas positivas, los cambios en la autopercepción, la persuasión y la actitud hacia el cambio y restauración de la moral (en Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001).

Respecto de las aportaciones más actuales en este campo, Goldfried (1982, en Kleinke, 1995) se interesa por el problema del nivel de abstracción que puede resultar más prometedor para la búsqueda de ingredientes comunes y sugiere que éste parece situarse en un nivel intermedio entre las teorías más amplias y las técnicas más específicas. Denomina este nivel como “estrategias clínicas” o principios de cambio que guían los esfuerzos de terapeutas de distintas orientaciones durante el proceso psicoterapéutico.

Otro ejemplo más contemporáneo de la tesis sobre los factores comunes es el de Prochaska y Di Clemente (1984, en Feixas y Miró, 1993; Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001) o abordaje transteorético. Estos autores distinguen una teoría del cambio que permite planificar intervenciones considerando el momento del proceso de cambio a enfrentar por el paciente. Por otra parte, Beitman (1987, en Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001) ha sistematizado los acontecimientos de cualquier proceso psicoterapéutico en un sistema basado en un lenguaje común y, recientemente, está trabajando en estructuradísimos sistemas de enseñanza del uso de los factores comunes en el proceso psicoterapéutico.

Por su parte, Lambert (1992, en Miller, Duncan y Hubble, 1997) en su revisión meta-analítica de la literatura de resultados en psicoterapia, resume los extensos datos en cuatro factores, junto con su porcentaje de contribución al éxito de la terapia: factores extraterapéuticos (40%), factores de la relación terapéutica (30%), factores de esperanza y expectativas (15%) y factores del modelo y técnicas terapéuticas (15%). Además, este autor señala que estos factores funcionan independientemente de la orientación teórica, el estilo (individual, grupo, familiar, etc.), o la dosis (frecuencia y número de sesiones).

Más recientemente, Cummings y Cummings (2000, en Opazo, 2001) han agregado a la lista de factores comunes, variables relacionadas con el foco en problemas específicos, una clara definición de las responsabilidades y actividades del paciente y del terapeuta, y un énfasis en el asistir al paciente en la génesis de nuevas percepciones y conductas.

El estado actual de la tesis de los ingredientes inespecíficos, puede rastrearse en la documentada revisión de Kleinke (1995), que recoge nueve propuestas de factores comunes, con un total aproximado de una treintena de tales factores, que se han sintetizado en la Tabla N°1.

Tabla N°1. Propuestas de factores comunes (adaptado de Kleinke, 1995, pp. 24-28)

Autor/es de la propuesta	Factores comunes propuestos
Judd Marmor (1985)	Relación terapéutica, confianza del cliente en el terapeuta y expresión de sentimientos, aprendizaje cognitivo, condicionamiento operante, experiencia emocional correctiva, modelado, sugestión y persuasión, ensayo y práctica de competencias y Atmósfera de apoyo.
Nicholas Hobbs (1962)	Relación terapéutica segura, descondicionamiento de la ansiedad generada por otras figuras, transferencia, internalización del locus de control, desarrollo de un sentido aceptable de la vida.
Marvin Goldfried (1980)	Experiencia correctiva, Feedback
John Paul Brady (1980)	Relación terapéutica segura, expectativas de éxito del cliente, estrategias de incremento de la sensación de control, desarrollo de conductas adaptativas, puesta en práctica de tales conductas y autocontrol.
Toksoz Karasu (1986)	Experiencia afectiva, dominio cognitivo, regulación

	conductual
Hans Strupp (1986)	Creación de un contexto interpersonal, aprendizaje terapéutico.
William Stiles, David Shapiro y Robert Elliot (1986)	Factores del terapeuta, conductas de participación activa del cliente y alianza terapéutica
Lisa Greencavage y John Norcross (1990)	Características del cliente, cualidades de los terapeutas, procesos de cambio, estructura del tratamiento y relación terapéutica.
Michael Lambert (1992)	Factores del cliente, factores de la relación terapéutica, modelos y técnicas del terapeuta y efecto placebo.

Con todo, las propuestas de integración a partir de los factores comunes no están exentas de polémicas, y son pocos los autores, aún dentro del mismo movimiento de integración en psicoterapia, que creen que las psicoterapias se pueden reducir a factores comunes, y que las técnicas y enfoques teóricos sean redundantes (Arkowitz, 1992, en Martínez-Taboas, 1993) Entre las críticas a los factores comunes se encuentran las siguientes. En primer lugar, no es escasa la evidencia que sí indica procesos diferenciales en el cambio terapéutico (Beutler y Clarkin, 1990, en Martínez-Taboas, 1993). Más aún, la revisión de la literatura apunta a que en psicopatologías profundas no todas las psicoterapias son igualmente efectivas (Andrews y Harveys, 1981; Rachman y Wilson, 1980; Weisz, Weiss, Alicke y Klotz, 1987, en Martínez-Taboas, 1993).

En segundo lugar, se encuentra el hecho que aunque en determinados estudios los pacientes sobresalgan con mejoría equivalente, no es un indicio de que eso haya sido producto de factores comunes. Tal y como apuntan Stiles, Shapiro y Elliot (1985, en Martínez-Taboas, 1993) existen diferentes explicaciones para este hallazgo. Una de estas es que la ausencia de diferencias grupales oscurece la variabilidad de resultados de personas distintas en terapias diferentes. En tercer lugar, aún los exponentes de los factores comunes no han podido probar la causalidad de muchos procesos por los

cuales abogan. Por último, se ha traído a colación que si se lleva a sus últimas consecuencias la tesis de los factores comunes, se caería en una especie de nihilismo terapéutico e incluso, hay quienes sostienen que el efecto de los factores comunes podría conducir a una verdadera humillación para la especialidad psicoterapéutica (Watters y Ofshe, 1999, en Opazo, 2001), lo que podría acarrear la proliferación y legitimación de terapias de dudosa credibilidad científica. En este sentido, Beutler (2001) expresa que es prematuro concluir que todos los tratamientos muestran iguales efectos. Este autor plantea la necesidad de realizar más investigación antes de concluir que los factores comunes son la variable más importante en los resultados positivos de un tratamiento, puesto que una psicoterapia basada meramente en estos ingredientes distaría mucho de ser satisfactoria.

Resumiendo, la investigación psicoterapéutica ha puesto de plano el hallazgo de que existen muchos más puntos en común entre diversas modalidades psicoterapéuticas que lo que se pensaba hace apenas tres décadas atrás. Estos factores comunes están siendo identificados de manera de cultivarlos mejor en el proceso terapéutico. Pueden ser explicados mediante las variables relacionadas con los terapeutas, con los clientes y con la relación terapéutica. Cada una de estas vías –y una combinación de ellas- podría distribuirse uniformemente entre los enfoques, explicando de esta manera el resultado común (Opazo, 2001).

En congruencia con los objetivos de esta investigación, y como se menciona previamente en la introducción, el siguiente desarrollo se focalizará en las variables del psicoterapeuta que explican la tendencia al igualamiento en los resultados obtenidos entre los diferentes modelos teóricos, y por ende, la tendencia de los buenos terapeutas a distribuirse de un modo equitativo entre los diferentes enfoques.

II.2. LA INVESTIGACIÓN SOBRE VARIABLES DEL PSICOTERAPEUTA

Como se adelanta, en las últimas décadas, el foco de muchas investigaciones ha estado puesto en la identificación de los complejos factores que influyen en la efectividad de la psicoterapia. En particular, este trabajo centra su atención en uno de los elementos esenciales de toda psicoterapia: el psicoterapeuta. Puesto que definir qué es un psicoterapeuta responde a un complejo proceso, la revisión de la literatura sobre investigación en variables del terapeuta puede plantearse de múltiples formas. Por esta razón, se realiza una primera aproximación, donde se intenta delimitar tal elemento en términos de las características y habilidades personales que influyen en la elección de la profesión de psicoterapeuta, área sobre la que existe en la actualidad un incipiente cuerpo de datos teóricos y empíricos. En segundo lugar, aunque los datos que se mencionan previamente pueden resultar muy interesantes en lo que respecta a la cuestión de qué tipos de personas eligen la profesión de psicoterapeuta, éstos no se centran directamente en los atributos y habilidades que debe desarrollar un buen terapeuta. De esta forma, se señalarán los hallazgos de la investigación respecto de las características que han mostrado estar más frecuentemente asociadas a terapeutas efectivos. Finalmente, se dirigirá la atención hacia competencias concretas que es importante que los terapeutas desarrollen y, en lo posible, dominen.

II.2.1. ESTUDIOS SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS PERSONALES QUE LLEVAN A CONVERTIRSE EN PSICOTERAPEUTA

Considerando los desafíos personales y profesionales a los que deben enfrentarse los psicoterapeutas de hoy en día, resultaría conveniente considerar las razones por las cuáles algunas personas pueden elegir en primer lugar una carrera como la de psicoterapeuta. A pesar de sus demandas y exigencias, la psicoterapia parece ser una profesión con muchas satisfacciones por diversas razones (Guy, 1995, cap.1). Los

resultados obtenidos de algunas investigaciones muestran que el 87% de los psicólogos clínicos volvería a elegir la misma carrera al cabo de un año de experiencia profesional y el 89% de estos mismos psicólogos clínicos volvería a realizar la misma elección al cabo de ocho años de experiencia profesional (Walfish, Moritz y Stenmark, 1991, en Kleinke, 1995).

Respecto de este punto, parece razonable suponer que existan una serie de aptitudes comunes a todos los psicoterapeutas que los han llevado a especializarse en la psicoterapia. En este sentido, Guy (1995) ha realizado una interesante sistematización de la investigación sobre las características personales asociadas con la elección de la profesión de psicoterapeuta. Los datos en los que se basa esta revisión están extraídos de encuestas realizadas a psicoterapeutas profesionales.

Cuadro N°1. Motivaciones funcionales asociadas con la elección de la profesión de psicoterapeuta (adaptado de Guy, 1995, pp. 32-39)

- **Interés natural por la gente y curiosidad sobre sí mismos y los demás.** Esta característica personal del psicoterapeuta parece asociada con el aprecio por los aspectos creativos, expresivos y artísticos de la vida. Como señala Szalita (1985) el profundo interés por la gente y una curiosidad natural por sí mismas y los demás, constituyen ventajas evidentes para quienes han de practicar con éxito la psicoterapia. Guy (1995) describe este aspecto como el deseo del descubrimiento, un impulso interior que lleva a la más profunda comprensión de la vida y de la experiencia humana.
- **Capacidad de escuchar.** Es uno de los principales instrumentos curativos del psicoterapeuta. Las personas inclinadas a convertirse en terapeutas parecen tener una tendencia natural a disfrutar oyendo a los demás hablar de sí mismos, aunque esta habilidad también puede mejorar con una preparación adecuada (Rogers, 1966).
- **Capacidad de conversar.** Los que devienen psicoterapeutas suelen tener buenas

habilidades verbales y conversar les resulta reforzante y reconfortante.

- **Empatía y Comprensión emocional.** Estas personas son capaces de reflejar el significado y la motivación de la conducta, los pensamientos y los sentimientos de sí mismos y los demás.
- **Capacidad de discernimiento emocional.** El conocimiento y la aceptación de las propias emociones promueve una actitud natural y genuina que facilita la curación psicoterapéutica de los demás (Rogers, 1961); de igual modo, el trabajo de psicoterapeuta no sólo requiere tolerar un amplio rango de emociones que probablemente los pacientes experimenten y expresen como dolor, rabia, alegría, enojo, desilusión, confusión, entre otras (Guy, 1995), sino que puede requerir también su facilitación. Esto requiere de un manejo que es preciso desarrollar tanto antes de iniciarse en la profesión como después.
- **Capacidad de Introspección.** Al parecer, muchas personas que deciden convertirse en psicoterapeutas poseen la tendencia natural a ser introspectivas. La tendencia a la introspección en los psicoterapeutas puede ayudarles a facilitar la autoexploración del cliente (Rogers, 1951).
- **Capacidad de autonegación.** La capacidad de abnegación y de postergación de las gratificaciones personales resulta beneficiosa para la práctica de la psicoterapia, en el sentido de que la tarea requiere que el terapeuta deje a un lado sus propias necesidades personales con el fin de destacar mejor las del cliente.
- **Tolerancia a la ambigüedad y paciencia.** Entendida como la capacidad para tolerar vivir en lo desconocido, las respuestas parciales y las explicaciones incompletas. Es importante para la práctica de la psicoterapia, ya que muchas situaciones vitales y existenciales no tienen a menudo una respuesta clara. El terapeuta debe tener la capacidad de resistirse a un cierre prematuro, dar respuestas rápidas o asumir una posición autoritaria ante el estado de confusión y crisis del cliente.
- **Capacidad de calor humano y atención.** Las personas que eligen esta profesión parecen poseer una actitud de cariño y paciencia hacia los demás, a menudo

acompañada con una actitud no crítica, que les permite aceptar a las personas como son. Los psicoterapeutas tienen la tendencia a entregarse por completo, son capaces de identificarse con una amplia gama de individuos, y les resulta fácil adaptar su propio estilo a las necesidades y preferencias de los demás (Storr, 1979).

- **Tolerancia de la Intimidad.** El deseo de intimidad, contacto y cercanía con otras personas parece ser otra motivación importante de los que eligen esa profesión, que resulta beneficiosa para su práctica, porque, sin perjuicio de la orientación teórica, el terapeuta eficaz debe ser capaz de sostener y tolerar una distancia interpersonal menor que la que suele establecerse en otro tipo de relaciones.
- **Comodidad frente al poder.** Aquellos que disfrutan sintiéndose en una posición de poder e influencia puedan sentirse atraídos por la profesión de psicoterapeuta, dado que pueden llegar a tener gran influencia sobre las vidas de sus clientes. Sin embargo, con el fin de no entorpecer el proceso psicoterapéutico, el psicoterapeuta eficaz debe saber evitar la trampa de sentirse omnipotente.
- **Capacidad de reír.** Aquellos que tienen un buen sentido del humor y disfrutan riendo con otros pueden sentirse cómodos en el papel de psicoterapeuta. Los que encuentran placer en disfrutar de los demás, de sus perspectivas únicas y de su sentido del absurdo, encontrarán fascinante el trabajo de terapeuta. La capacidad de reír resulta interesante para la práctica de la psicoterapia no sólo por la inherente cualidad tragicómica de muchas situaciones de la vida, sino también porque el humor, cuando se expresa en el momento oportuno, tiene ciertas propiedades curativas.

Es evidente que las características personales que influyen en la elección de esta profesión, no constituyen necesariamente una discriminación válida entre las personas aptas para la práctica de la psicoterapia y las que no lo son. Por lo tanto, a continuación se hará una revisión de aquellos estudios que intentan determinar quiénes entre los interesados son los más adecuados para convertirse en psicoterapeutas efectivos.

II. 2.2. ESTUDIOS SOBRE LA INCIDENCIA DEL PSICOTERAPEUTA EN LA EFECTIVIDAD DE LA PSICOTERAPIA

Las variables propias de los terapeutas que logran buenos resultados con la mayor parte de sus pacientes en su práctica cotidiana, han sido uno de los factores indirectamente más estudiados en psicoterapia, puesto que de una forma u otra al estudiar la efectividad de la misma, también se investiga el papel que le compete al terapeuta en el cambio. De hecho, un elemento importante a considerar, es que los estudios que determinan la eficacia de los tratamientos se encuentran generalmente basados en el desempeño de los mejores terapeutas, lo que tiende a explicar los resultados alcanzados por las investigaciones (Najavits y Strupp, 1994).

Ahora bien, más allá del significado etimológico de la palabra que señala que el terapeuta tiene un efecto sobre el proceso de cambio de su cliente, ¿qué significa que un terapeuta sea efectivo? y ¿en base a qué criterios es posible afirmar cuándo un terapeuta está siendo efectivo? Al parecer, según Najavits y Strupp (1994), la efectividad del terapeuta puede ser entendida como el grado de mejoría del paciente atribuido sólo al terapeuta, independientemente de las características del cliente, del tratamiento administrado o de otras influencias. Este grado de mejoría se encuentra determinado en base a la observación de la disminución del nivel de sintomatología disfuncional experimentada por el cliente antes y después del proceso psicoterapéutico y por la mantención de estos cambios por lo menos siete meses luego del término del tratamiento (Luborsky, 1985). Naturalmente que resulta artificial aislar la incidencia del terapeuta de otros factores intervinientes y que el entendimiento global del cambio alcanzado por el cliente debe considerar la contribución de todos esos aspectos en compleja interacción, sin embargo, con fines didácticos, se presentará solamente aquella porción de la literatura que se dirige a evaluar el impacto del terapeuta en la mejoría del cliente, siendo éste último quién decide el grado en que ha sido ayudado por su terapeuta (Kottler, 1991).

Considerando que los terapeutas efectivos parecen ser los profesionales que producen un mayor número de clientes satisfechos, ¿qué factores determinan que ello ocurra?

En la investigación en psicoterapia, la manera más predominante de definir a los terapeutas ha sido con relación a su orientación teórica (Lambert, 1989). Sin embargo, tras analizar los estudios en torno a los resultados de la psicoterapia, la orientación teórica de los terapeutas y su capacidad para aprender técnicas han mostrado ser poco relevantes en la predicción de los resultados del tratamiento (Beutler y cols., 1994). En este sentido, Crits-Christoph y Mintz (1991) plantean que la magnitud de los beneficios en los procesos terapéuticos se encuentra más asociada con el terapeuta que con el tipo de psicoterapia que el terapeuta practica. Asimismo, Lambert (1989) ha señalado que las competencias y características personales del terapeuta tienen un efecto ocho veces superior en el resultado de la terapia que la orientación teórica o las técnicas de tratamiento de éste. Por otra parte, terapeutas con una misma orientación teórica han mostrado diferir altamente en sus grados de efectividad (Luborsky, 1986; Najavits y Strupp, 1994) mientras que terapeutas de diferentes líneas teóricas han mostrado tener efectos terapéuticos muy similares (Fiedler, 1950, en Fernández-Liria y Rodríguez-Vega, 2001; Smith y cols., 1980). Frente al dilema planteado por estos estudios, Strupp (1984) sale al paso sosteniendo que la personalidad y la habilidad técnica del terapeuta se encuentran tan inextricablemente relacionadas que reflejan la totalidad de la personalidad del terapeuta y su experiencia profesional. Este autor defiende que aún cuando el conocimiento técnico del terapeuta no deja de ser importante, sólo puede ser considerado una ventaja una vez que terapeuta y cliente han establecido una fuerte alianza de trabajo. *“Evidentemente, las operaciones técnicas pueden promover cambios alcanzables dentro de una buena relación terapéutica. Ahora bien, la preponderancia de la evidencia disponible, indica que las cualidades del paciente y del terapeuta y la naturaleza de su relación eclipsan efectos concretos potencialmente atribuibles a maniobras técnicas”* (p.59).

Atendiendo a los resultados de las investigaciones anteriores, es posible señalar que, aún cuando no existe una única manera de ayudar a las personas, que los terapeutas practican distintos métodos de psicoterapia y que utilizan técnicas que parecen ser diametralmente diferentes unas de otras, y que cada enfoque plantea habilidades y características específicas para sus terapeutas, es posible bosquejar algunas habilidades, actitudes y características comunes que trascienden los enfoques teóricos y que se encuentran presentes en gran parte de los terapeutas efectivos, más allá de lo que muchos se animarían a admitir.

En las pasadas décadas, múltiples han sido los intentos por responder a este dilema mediante el estudio de aquellas características comunes a los buenos psicoterapeutas. Sin ir más lejos, en la década de los setenta, el Comité de Entrenamiento en Psicología Clínica de la Asociación de Psicología Americana recopiló, a partir de las investigaciones realizadas, los rasgos esenciales de un modelo de terapeuta efectivo: superiores habilidades intelectuales y de juicio, originalidad, ingenio y versatilidad, curiosidad, interés por las personas y consideración por su integridad, capacidad de insight, sentido del humor, sensibilidad, tolerancia, habilidad para establecer relaciones cálidas y afectivas con otros, hábitos metódicos de estudio, capacidad para soportar presiones, aceptación de responsabilidades, tacto, integridad, autocontrol y estabilidad, sentido de discriminación en valores éticos, cultura e interés profundo en la psicología (Opazo, 2001).

Años más tarde, Luborsky y sus colegas llegaron a la siguiente conclusión a partir de su investigación sobre factores del terapeuta que influyen en el resultado del tratamiento (Luborsky y colaboradores, 1985): *“el principal agente de una psicoterapia eficaz es la personalidad del terapeuta, especialmente su habilidad para establecer una relación cálida de apoyo”* (p.609). Dos cualidades del terapeuta identificadas por Luborsky (1985) son (1) el interés del terapeuta por ayudar a sus clientes y (2) la salud y competencia psicológica del terapeuta. La salud y competencia psicológica es ejemplificada por aquellos terapeutas

que aparecen con un ajuste emocional, que se presentan como capaces y dispuestos a ayudar, y que no son autoritarios ni rígidos. Este estudio concluye que el interés por ayudar y la salud psicológica permiten a los terapeutas exitosos establecer una sólida alianza de trabajo con sus clientes.

Por otra parte, sobre la base de la evidencia empírica y de la experiencia clínica, otra serie de autores también han abordado este tema. Entre estos, Yalom (1980, en Kleinke, 1995) propone la siguiente lista de características útiles en el terapeuta.

1. Un interés genuino por las personas.
2. La visión teórica de la psicoterapia que no interfiere con el interés del terapeuta de ayudar a los clientes a comunicarse libremente.
3. La ausencia de patrones neuróticos de comportamiento que puedan interferir con el establecimiento de una comunicación fluida con el cliente.
4. Una disposición mental hacia la "receptividad"; ser sensible a la duplicidad o a los elementos no comunicativos del comportamiento del cliente.

Por su parte, Albert Ellis (1985, pp. 162-163) describe al terapeuta efectivo como aquel individuo que posee las siguientes características:

1. Interesado vitalmente por ayudar a los clientes y enérgicamente dispuesto a trabajar para satisfacer dicho interés.
2. Acepta incondicionalmente a sus clientes como personas, mientras se enfrenta e intenta aliviar algunas de las ideas, sentimientos y comportamientos autoderrotistas de los clientes.
3. Confían en su propia habilidad terapéutica, y sin ser rígidos o grandiloquentes, creen firmemente que sus técnicas principales van a funcionar.
4. Poseen un amplio conocimiento sobre teorías y prácticas terapéuticas; son flexibles, no dogmáticos y científicos y, consecuentemente, están abiertos a adquirir nuevas competencias y a experimentar las mismas.

5. Son eficaces en comunicar y enseñar a sus clientes nuevas formas de pensar, expresar emociones y comportarse.
6. Son capaces de afrontar y aliviar sus propias perturbaciones y consecuentemente no están ansiosos, deprimidos, hostiles, autodisminuídos, autocompasivos o indisciplinados de manera regular.
7. Son pacientes y responsables y trabajadores en su práctica terapéutica.
8. Son éticos y responsables y utilizan la terapia casi enteramente en beneficio del cliente y no por indulgencia personal.
9. Actúan profesionalmente y de manera adecuada en el ámbito terapéutico, pero continúan siendo capaces de mantener cierto grado de humanidad, espontaneidad y disfrute personal en lo que hacen.
10. Son animosos y optimistas y muestran a los clientes que, independientemente de las dificultades que puedan experimentar, pueden cambiar de manera considerable.
11. No sólo intentan ayudar a sus clientes a sentirse mejor y a vencer los síntomas presentes, sino que también les ayudan a realizar un cambio actitudinal profundo que les permita mantener sus logros, continuar mejorando y evitar futuros trastornos.
12. Están deseosos de ayudar prácticamente a todos los clientes, remiten libremente a otros terapeutas a aquellos clientes que piensan que no pueden ayudar o a los que no están interesados en ayudar, y procuran no implicarse ni excesivamente ni demasiado poco con los clientes que reciben. Intentan superar sinceramente los fuertes sesgos que pueden tener a favor o en contra de sus clientes y que pueden interferir con su eficacia terapéutica.
13. Poseen suficiente capacidad de observación, sensibilidad hacia los otros, inteligencia práctica y juicio como para desanimar a sus clientes de tomar decisiones absurdas y temerarias y de dañar seriamente a otros.

Stiles, Shapiro y Elliot (1985) han sugerido que los factores que todos los buenos terapeutas debieran desarrollar son ofrecer empatía, aceptación positiva incondicional y

acogimiento a sus clientes. Además, los terapeutas deben ofrecer a los clientes una nueva perspectiva a sus problemas y a sus vidas. En congruencia con lo anterior, Grencavage y Norcross (1990, en Kleinke, 1995) en una sistematización de los trabajos publicados por psicoterapeutas agruparon las cualidades más importantes comunes a los buenos psicoterapeutas, entre las que se cuentan que tengan una personalidad adecuada para cultivar expectativas positivas de cambio en el cliente, así como la habilidad para motivar a éstos mediante una comprensión empática de aceptación y acogimiento.

Por su parte, Strupp (1989) proporciona la siguiente descripción acerca de las características deseables en un terapeuta: *“Los pacientes esperan con razón que un terapeuta sea humano y extremadamente atento, interesado, cálido, respetuoso y empático. Sus formas deben ser naturales y poco estudiadas, debe existir una voluntad de responder a las cuestiones y preocupaciones del paciente, un terapeuta no debe nunca criticar, ni disminuir la autoestima y valía personal del paciente, y no debe existir duda acerca de su compromiso o disposición para ayudar. Puede haber ocasiones en las que resulte apropiado reasegurar e incluso ofrecer consejo. El paciente no debe sentir nunca que él es “sólo otro paciente”. La relación terapéutica debe ser posible aún cuando se observen aspectos “profesionales”. Un buen terapeuta deberá lógicamente abstenerse de alimentar luchas de poder o devolver provocaciones de ira. El lenguaje del terapeuta debe ser simple, directo y comprensible. El paciente debe sentir que el terapeuta comprende sus sentimientos al menos parte del tiempo”* (p.723).

A juicio de Hirsch (1992), depende de las habilidades del terapeuta el transformar la terapia en una obra significativa. El trabajo del terapeuta es seleccionar de entre la información que provee el consultante la que permita estructurar el mejor trabajo posible y desempeñar bien los papeles que le correspondan. Muchos consultantes son capaces de mejorar con cualquier terapeuta, pero existen otros también que requieren de habilidades por encima del promedio. Asimismo, Hirsch (1992) expresa que si *“bien desde los pioneros trabajos de Strupp y sus asociados mucho se ha enfatizado sobre las cualidades del terapeuta (Empatía, etc.) no se ha tomado suficientemente en serio que los terapeutas o candidatos a serlo se diferencien en cuanto a su capacidad de empatizar, de captar sutilezas, de persistir en una dirección pero de ser capaces de cambiarla, de expresar sus ideas de manera convincente, de no confundir*

demasiado lo que el consultante necesita con lo que a uno le parece adecuado. Esto se aprende en parte en el entrenamiento, pero no del todo” (p. 372).

En el ámbito nacional, Opazo (2001) enfatiza dos funciones generales que debieran desarrollar los buenos terapeutas: la *función de acoger* al paciente y la *función de agente motivador*. Para la primera, señala que en todo momento resultan prioritarias la capacidad empática, la vocación de ayuda, la capacidad de retroalimentación, la calidez y la autenticidad del terapeuta. Por otro lado, para la función de agente motivador, se acentúa la importancia de variables como la seguridad, la capacidad persuasiva de contagio motivacional, la fluidez verbal, la asertividad y la creatividad.

Otra línea de aproximación al tema de la efectividad de los terapeutas proviene de la investigación realizada por Arnold Lazarus (1989) quien perfiló un conjunto de rasgos compartidos por los que llamó grandes artistas psicoterapeutas, independientemente de su orientación o de su identificación profesional: *“son individuos responsables y flexibles con un alto grado de respeto por la gente. Son esencialmente no enjuiciadores y no atentan contra los intereses, valores y dignidad humanas. Aportan calidez, ingenio y sabiduría a la situación terapéutica y, en los momentos apropiados introducen diversión y humor. Parecen tener un repertorio inagotable de historias y anécdotas relevantes. Son buenos modelos de roles, es decir, predicán lo que practican, y son auténticos, congruentes y dispuestos a mostrarse”* (p.156). La descripción de Lazarus conduce de lleno a una conclusión relevante: se asume que los grandes terapeutas han sido y son personas muy integrales, y pocas profesiones plantean en tal medida una exigencia implícita o explícita. Tan fuerte es esa exigencia que, recientemente, hay autores que enfatizan la relevancia de la sabiduría en el psicoterapeuta. Delimitar una conceptualización aportativa del concepto de sabiduría no es tarea fácil. Para Lomas (1993, en Opazo, 2001) la sabiduría involucra la capacidad para juzgar correctamente en asunto relacionados con la vida y la conducta, para la cual el terapeuta debe poseer grados de integridad, confiabilidad, valentía, humildad, tacto, fuerza, calidez, intuición y paciencia. En un esfuerzo significativo al respecto, Hanna y Ottens (1995, en Opazo,

2001) hacen un meta-análisis de las características de la sabiduría tomadas de la literatura. Entre ellas se encuentra la capacidad de empatía, el razonamiento didáctico, la tolerancia a la ambigüedad, la sagacidad, la desautomatización, la perspicacia, la capacidad para resolver problemas. Así, los terapeutas concluyen que la sabiduría es una de las cualidades de los terapeutas más efectivos.

Por último, Overholser y Fine (1990, en Kleinke, 1995), considerando los hallazgos de la investigación, han descrito cinco áreas de competencia que debiera desarrollar un terapeuta efectivo: competencia teórica, competencia clínica, competencia técnica, competencia diagnóstica y competencia o efectividad personal.

- 1. Competencia Teórica o Conocimiento del Modelo.** Se ha estimado que la mitad de la base de conocimientos de los psicoterapeutas estará obsoleta en un plazo de diez a doce años (Dubin, 1972, en Kleinke, 1995). En pocas palabras, los terapeutas necesitan mantenerse al día de los avances en áreas como los procesos psicológicos, evaluación, ética y otras áreas relevantes para su trabajo profesional. Esto se puede conseguir asistiendo a conferencias, mediante lecturas profesionales y creando grupos de debate y consulta con otros colegas. Un área fundamental de conocimiento para los profesionales clínicos es el dominar técnicas clínicas relativamente eficaces para diversos tipos de problemas (Beutler, 1986). Adicionalmente, los psicoterapeutas deben ser capaces de identificar los tratamientos más adecuados para cada uno de sus clientes (Seligman, 1995). Además de mantener un conocimiento base actualizado, los terapeutas necesitan reconocer sus propias limitaciones profesionales, es decir, que cuando se enfrenten a problemas para los que no estén entrenados, están éticamente obligados a buscar formación y supervisión o a derivar el caso.
- 2. Competencia Clínica.** Alude a la capacidad para establecer una relación terapéutica productiva con los clientes, transmitiendo una sensación de autenticidad, calor y

competencia. Los terapeutas deben poseer las características necesarias para transmitir preocupación y sensibilidad al proceso, al igual que la habilidad para mantener la compostura en situaciones de crisis y de ser firmes al desafiar y confrontar cuando sea preciso al cliente (Kleinke, 1995). Es de esperar que los terapeutas desarrollen una imagen objetiva de sus competencias clínicas y, de manera de evaluar el efecto que producen en otros su estilo y personalidad, participen en la discusión de casos y reciban supervisión, para comprender las reacciones de determinados clientes y aprender a utilizar los estilos personales en su beneficio.

3. **Competencia Técnica.** El campo de la psicoterapia se ha desarrollado hasta el punto de contar con una amplia tecnología que puede ser utilizada por los terapeutas en los casos que lo requieran. Algunas de estas técnicas incluyen la desensibilización sistemática, el entrenamiento en relajación, la hipnosis, las intervenciones paradójicas, entre muchas más. Si bien es evidente que ningún terapeuta puede ser experto en todas las áreas del saber, conviene señalar que éste tiene la responsabilidad ética de reconocer su nivel de competencia técnica en diversas áreas y buscar ayuda o remitir el caso a otros servicios cuando no esté calificado para llevarlo.
4. **Competencia Diagnóstica.** Se refiere al buen juicio para diagnosticar y decidir un curso de acción, es decir, a que los terapeutas deben realizar juicios y tomar decisiones adecuadas respecto de cuándo aceptar a los clientes en tratamiento, cuándo remitirlos a otros terapeutas y cuándo recomendar a los clientes otras salidas distintas a la psicoterapia. Adicionalmente, los terapeutas deben realizar juicios sensatos respecto de la terminación de una terapia si observa que el cliente no se está beneficiando con su trabajo.
5. **Competencia o efectividad personal.** Se entiende como la capacidad de los terapeutas de utilizar al máximo los recursos de su personalidad en el trabajo con sus

clientes, lo que requiere en parte reconocer las propias necesidades y valores personales. Los terapeutas deben ser sensibles y estar atentos a los sentimientos que despierten en ellos sus clientes, y para ello deben participar regularmente de discusiones de casos, consultas y supervisiones. Por otra parte, los terapeutas deben responder a su propio bienestar físico y emocional. En un estudio realizado por Pope y cols. (1987, en Kleinke, 1995) el 60% de los psicoterapeutas admitió haber trabajado con un cliente cuando se hallaban demasiado perturbados como para resultar efectivos. Por esta razón, es fundamental que los terapeutas reconozcan aquellas dificultades y conflictos personales que puedan interferir con su efectividad profesional, y busquen ayuda profesional o se abstengan por un tiempo de trabajar con clientes.

Atendiendo a la gran cantidad de datos disponibles y, como parte del intento por sistematizar los datos recolectados sobre las variables del terapeuta, se hace necesario adoptar un marco general que esquematice los hallazgos de la investigación sobre la influencia del terapeuta en la efectividad de la psicoterapia. Por esta razón, parece oportuno y aportativo presentar la *Taxonomía de las Variables del Terapeuta* propuesta por Beutler y cols. (1986, 1994), que constituye la revisión más detallada que hasta el día de hoy se ha realizado sobre el tema. Adicionalmente, con el fin de actualizar y enriquecer tal revisión, se suman una serie de datos obtenidos de otras fuentes.

II.2.3. TAXONOMÍA DE LAS VARIABLES DEL PSICOTERAPEUTA

Beutler y cols. (1986, 1994) han realizado durante los últimos quince años una serie de investigaciones y metaanálisis respecto de la influencia de las variables del terapeuta sobre la efectividad de la terapia, atendiendo a aquellas variables del terapeuta que existen independientemente de la relación terapéutica, las coincidentes con esta relación, aquellas diseñadas específicamente para generar un impacto en el proceso terapéutico y las extraterapéuticas que ejercen un efecto no planificado⁵.

CUADRO N°2. Taxonomía de las variables del terapeuta (adaptada de Beutler y cols., 1986, 1994)

CARACTERÍSTICAS OBJETIVABLES			
CARACTERÍSTICAS EXTRATERAPÉUTICAS	I	III	CARACTERÍSTICAS TERAPÉUTICAS
	1. Edad 2. Sexo 3. Etnia 4. Estatus Socioeconómico	1.Experiencia y Formación 2.Estilo terapéutico 3.Intervenciones Terapéuticas	
	II	IV	
	1.Personalidad 2.Bienestar Emocional 3.Valores	1. Actitudes 2.Influencia social 3.Expectativas	
CARACTERÍSTICAS SUBJETIVAS			

⁵ Ver cuadro N°2

A continuación se presentará cada uno de estos ejes en forma separada, a fin de desarrollar los múltiples aspectos que se encuentran involucrados en los estudios sobre la variable terapeuta.

II. 2.3.1. Características extraterapéuticas objetivables: edad, sexo, etnia y situación socioeconómica

Siguiendo la revisión de Beutler y sus colaboradores (1986, 1994), en este vector se incluyen las características externas propias del terapeuta desarrolladas independientemente de la situación terapéutica. En otras palabras, se compone de las características sociodemográficas que los psicoterapeutas traen a sesión, tales como la edad, el sexo, la etnia y la situación socioeconómica. En la historia de la investigación en psicoterapia, éstas han sido las primeras variables del terapeuta estudiadas con relación a la predicción del resultado del tratamiento (Feixas y Miró, 1993). Estos aspectos han recibido una atención dispar por parte de los investigadores y se debe destacar que los resultados al respecto no siempre han sido homogéneos.

Edad	Características Objetivables
Sexo	
Etnia	
Situación Socioeconómica	
Características Extraterapéuticas	

Respecto a la **edad del terapeuta**, Beutler y sus colaboradores (1986) señalan que su estudio presenta una serie de problemas metodológicos. Esto puede explicarse a partir

de que el efecto de la variable puede no ser unidireccional, y que se encuentra contaminada por otras variables, como el nivel de experiencia personal y/o la credibilidad y confianza que pueda presentar el terapeuta ante los ojos del cliente. Sin embargo, la edad ha sido uno de los factores más estudiados, tanto en lo que respecta al efecto de la edad de los terapeutas como a la diferencia de edades entre terapeuta y paciente. En términos generales, la mayor parte de las investigaciones concluyen casi unánimemente que esta variable como tal (a mayor edad, mayor efectividad), se correlaciona medianamente con el resultado positivo de la psicoterapia y, por lo tanto, no constituye un factor esencial, aunque en algunos casos sea muy importante (Atkinson y Schein, 1986; Sexton y Whiston, 1991, en Beutler, 1994).

Adicionalmente, en aquellos estudios que observan el grado de concordancia entre las edades del terapeuta y del cliente, los datos sugieren que la discrepancia de edades puede afectar negativamente la eficacia del tratamiento, en los casos de terapeutas cuyos clientes son mayores (Beutler, 1994) y en terapeutas cuyos clientes son menores (Weisz, Weiss, Alicke y Klotz, 1987, en Beutler, 1994). En uno de los estudios que apoyan el argumento anterior, Dembo, Ikle y Ciarlo (1983, Beutler, 1986) concluyen que los clientes cuyos rangos de edad van desde los 18 a los 30 años y tienen psicoterapeutas que se encuentran dentro del mismo rango de edad, experimentan grados menores de estrés después del tratamiento, en comparación con aquellos clientes cuyos terapeutas son 10 o más años menores o mayores que ellos. A similares conclusiones llega Beck (1988) en un análisis correlacional en el que se muestra que aquellos terapeutas que son diez años menores que sus clientes obtienen resultados inferiores en comparación con aquellos terapeutas que tienen una edad similar a la de sus clientes. Una de las conclusiones posibles de extraer de estos datos es que la cercanía entre la edad del terapeuta y cliente parece potenciar moderadamente el resultado del tratamiento (Dembo, Ikle y Ciarlo, 1983, en Beutler y cols., 1986). En cualquier caso, no existe total claridad respecto a la relación exclusiva entre edad del psicoterapeuta y efectividad del tratamiento. Un buen número de investigaciones coincide en que la edad del

psicoterapeuta tiene escasa relación con los resultados de la terapia, mientras que otros estudios sostienen que la edad puede tanto potenciar como afectar negativamente el resultado del tratamiento. No obstante, los efectos de esta variables parecen no ser muy significativos. (Feixas y Miró, 1993).

Similares hallazgos pueden mencionarse con respecto al estudio del **sexo del terapeuta**, puesto que las investigaciones (Walton, 1936; Rothemberg, 1970; Broke, 1971, en Beutler, 1986) sugieren que no existen diferencias significativas en el rendimiento promedio y la efectividad entre terapeutas de distinto sexo. Por otra parte, los estudios señalan que la correspondencia entre el sexo del cliente y el terapeuta puede enriquecer el proceso de psicoterapia. En cuanto a esta variable, la mayoría de los estudios han centrado sus esfuerzos en identificar la relación que existe entre las expectativas y los patrones de preferencia de los clientes y el sexo de los terapeutas. En este sentido, las investigaciones señalan que la preferencia de los clientes por terapeutas de sexo femenino estaría relacionada con la expectativa, al parecer, de encontrar mayor empatía y comprensión (Hill, 1975, en Beutler, 1986).

Estos datos concuerdan con las investigaciones de Blier y Atkinson (1987, en Beutler, 1994) que muestran que los clientes prefieren ver a psicoterapeutas mujeres para problemas personales, y a terapeutas de sexo masculino para problemas de asertividad o vocacionales, porque esperan que los hombres sean más expertos y tengan más conocimientos en esas áreas. Los datos anteriores podrían explicarse a partir de los estereotipos de rol sexual prevalecientes. En este sentido, Sebastián (1989, en Beutler, 1994), señala en forma consistente con otros investigadores (Collin, 1958; Dimitrovsky, 1964; Adams y cols., 1979; Eysenck y Eysenck, 1978, en Beutler, 1986), que los clientes tienden a considerar a las mujeres como más empáticas que a los hombres y, por ende, puede darse que las psicoterapeutas mujeres sean más eficaces en el establecimiento de la alianza terapéutica que los psicoterapeutas hombres. Por su parte, Sebastián (1989, en Beutler, 1994) concluye que ambos sexos expresan empatía mediante modalidades

diferentes. Las mujeres la expresan abiertamente con palabras y expresiones faciales, mientras que los varones tienden a guardar los sentimientos empáticos para sí mismos, y a expresarlos internamente a través de la acción del sistema nervioso autónomo. Sin embargo, cuando se presenta la oportunidad de actuar instrumentalmente, los varones pueden también expresar la empatía mediante la acción manifiesta, y tales acciones pueden contribuir a crear un ambiente cálido y acogedor. En resumen, la correspondencia entre las expectativas de los clientes respecto a que un sexo específico de terapeuta es mejor que otro para su problema, y el sexo efectivo de éste, ha mostrado que puede enriquecer el proceso de psicoterapia. En este sentido, parece ser que las mujeres resultan más favorecidas en los estudios empíricos en términos de vínculo terapéutico. Sin embargo, podría pensarse que un psicoterapeuta que presente un punto de vista no estereotipado de su rol de género puede afectar positivamente el vínculo y de paso, potenciar los resultados del tratamiento (Beutler, 1994).

Con relación a los estudios sobre la **etnia del terapeuta**, algunos investigadores sostienen que el emparejamiento étnico -al inicio de la terapia- entre terapeuta y cliente (Hall y Malony, 1983, en Beutler, 1986) se relaciona positivamente con la continuidad del tratamiento. Por su parte, Gardfield y Bergin (1994) sugieren que la similitud entre terapeuta y cliente puede facilitar el establecimiento de la alianza terapéutica y la adherencia al tratamiento. Por ejemplo, que los pacientes de raza negra pueden permanecer en terapia un tiempo más prolongado con terapeutas de raza negra que de raza blanca. Sin embargo, estos resultados no son predictores del resultado final puesto que la concordancia étnica no asegura una concordancia cultural. De cara a los resultados terapéuticos, la actitud racial y sensibilidad étnica del terapeuta es más significativa que su raza efectiva, de hecho, actitudes raciales opuestas pueden generar problemas en el curso de la psicoterapia (Leong, 1986 en Beutler, 1994). De hecho, un terapeuta negro y un paciente afroamericano pueden no coincidir a pesar de que su raza sea la misma. Como comentario aparte, cabe mencionar que en América Latina no se

cuenta con demasiados trabajos de este tipo, lo cual resulta llamativo si se consideran las múltiples etnias que conviven en esta región.

Finalmente, en cuanto a las investigaciones sobre la **situación socioeconómica del terapeuta**, se ha observado que la cercanía social percibida por el cliente respecto del terapeuta constituye un elemento relativamente facilitador de la relación entre ambos (Cline, 1984, en Beutler y cols. 1986). Sin embargo, Hiler (1958, en Beutler, 1986) menciona que cuando la clase socioeconómica interactúa con las condiciones facilitadoras rogerianas, tienen a nivelarse los efectos de terapeutas con distintos estatus socioeconómicos frente al establecimiento de la relación terapéutica. En este sentido, este autor señala que en la medida que un terapeuta de estatus socioeconómico distinto al de su cliente sea capaz de ser empático, el proceso terapéutico se potenciará. En cualquier caso, esta variable no parece influir significativamente en la efectividad de la psicoterapia. Según señalan Sexton y Whiston (1991, en Beutler y cols. 1994) los pocos estudios disponibles en esta área impiden una conclusión definitiva de su aporte al resultado del tratamiento.

En resumen, respecto de las variables extraterapéuticas externas del terapeuta, la literatura especializada sugiere que ninguna de estas variables juegan por sí solas un rol definitivo en los resultados terapéuticos (Beutler, Crago y Arizmendi, 1986), sino que influyen en la medida en que se relacionan con las variables particulares de cada cliente. De esta forma, parece ser que cualquier semejanza de edad, sexo, etnia y situación socioeconómica, puede aumentar la sensibilidad de los terapeutas hacia la condición particular de sus clientes, lo que a su vez, facilita una mayor comprensión del mundo del cliente, y enriquece el vínculo terapéutico. Adicionalmente, Beutler (1986) señala que cuando el terapeuta y el paciente comparten en forma similar cualquiera de estas variables, la probabilidad de establecer una relación de comprensión y permanencia, más allá de las primeras sesiones, puede aumentar. Sin embargo, el efecto que ejerce esta concordancia en el proceso terapéutico, no necesariamente asegura el resultado o la

efectividad del tratamiento. Por esta razón, constituye un especial trabajo, el determinar dónde pueden estar los problemas potenciales debidos a una incompatibilidad en estos términos, para anticipar una respuesta ante estas dificultades y prevenir cualquier tipo de interferencias (Beutler y Clarkin, 1990).

II.2.3.2. Características terapéuticas objetivables: experiencia y formación profesional, estilos terapéuticos e intervenciones terapéuticas

Este vector de la taxonomía incluye aquellas conductas, características y habilidades del terapeuta relacionadas específicamente con la terapia, las cuales son sistemática e intencionalmente desarrolladas y modificadas por el terapeuta con el propósito de aumentar la efectividad del tratamiento. Entre ellas se encuentran las variables de experiencia y formación profesional, los estilos terapéuticos, y las intervenciones terapéuticas.

Características Objetivables	Experiencia y formación profesional Estilos terapéuticos Intervenciones Terapéuticas
	Características Terapéuticas

Los trabajos centrados en el tema de la **experiencia y formación profesional del terapeuta** estudian la influencia del marco teórico y de aquellos aspectos relacionados con la formación del terapeuta, como pueden ser el tipo de estudios profesionales, o la experiencia del terapeuta. Otra forma de estudiar este aspecto ha sido a través de la

representación social del rol del terapeuta. Entre los trabajos orientados de esta forma vale la pena mencionar los estudios realizados por Orlinsky y colaboradores (1999). En el ámbito latinoamericano, esta línea de trabajo ha sido abordada por Fernández-Álvarez (1997, 1999). Estos estudios, tuvieron entre otros objetivos, los de intentar conocer qué profesiones son más representativas de la actividad psicoterapéutica y cuál es el imaginario social sobre el rol del psicoterapeuta. Otro punto crucial con relación a los estudios relacionados con los marcos teóricos es aquel que trata de discriminar entre teorías y técnicas (Beutler, 1994), apuntando a conocer las diferencias entre los marcos teóricos de los terapeutas y los marcos teóricos de sus intervenciones (Lambert y Bergin, 1983; Stuart Ablon y Jones, 1998, en Opazo, 2001).

Ahora bien, en cuanto a los resultados obtenidos por terapeutas con experiencia versus terapeutas sin experiencia, diversas revisiones metaanalíticas sugieren que la experiencia del terapeuta por sí sola no predice significativamente el resultado de la terapia. Sin embargo, Orlinsky y Howard (1980, en Beutler, 1986) encontraron que terapeutas con más de seis años de experiencia presentan un porcentaje mayor de clientes que mejoran en las fases tempranas de la terapia y una menor tasa de abandonos. Asimismo, el efecto del grado de experiencia difiere significativamente cuando se interactúa con distintos tipos de clientes. De hecho, en los casos particularmente graves o complicados, los terapeutas expertos parecen ser significativamente más efectivos que los terapeutas noveles.

Por otra parte, se ha estudiado la interacción de la experiencia del terapeuta con la capacidad empática del mismo. En este sentido, algunos estudios señalan que cuanto más experiencia tiene el terapeuta tanto mayor es la probabilidad de ser empático, debido a que los terapeutas aprenden a lo largo de los años a comprender con mayor sensibilidad y flexibilidad a distintos tipos de clientes (Barret-Lennard, 1962; Fiedler, 1949; Mullen y Abeles, 1972, en Beutler, 1986). En favor de esta tesis, Reyes y Benitez (1990) sugieren que la diferencia entre expertos e inexpertos podría explicarse debido a

que la seguridad que proporciona el alcanzar u obtener el rol profesional facilitaría la respuesta empática, y la mayor experiencia de vida ligada a la edad de los psicoterapeutas expertos podría favorecer la comprensión de la vivencia ajena. Contrariamente, existen estudios que muestran que hay psicoterapeutas experimentados que se encuentran muy lejos de ser empáticos (Raskin, 1974, en Beutler, 1986) o que los inexpertos son más empáticos (Opazo, 1992; Barriá y Cereceda, 1995; Guzmán y Vergara, 1995, en Opazo, 2001). En este sentido, existen investigaciones recientes como la de Christoph y Mintz (1992), que sugieren que terapeutas jóvenes y sin experiencia logran mejor rendimiento que sus colegas con una trayectoria más larga, luego de haber recibido entrenamiento en habilidad empática.

En cuanto a la **formación profesional de terapeutas**, la investigación se ha centrado principalmente en la comparación de resultados obtenidos entre quienes han y no han recibido entrenamiento clínico. Así, diversos estudios ponen en tela de juicio el aporte de la formación clínica. En múltiples investigaciones los terapeutas entrenados son igualados o superados por no especialistas, por ejemplo, por buenos profesores de College (Strupp y Hadley, 1979, en Opazo, 2001). A esto se suma que en 39 estudios metaanalíticos, se encontró que los psicoterapeutas entrenados no lograron superar significativamente a los para-profesionales (Berman y Norton, 1985, en Opazo, 2001), e incluso que los para-profesionales lograron mejores resultados que los psicoterapeutas (Hattie, Sharpley, Rogers, 1984). Adicionalmente, en términos generales, se ha encontrado que el entrenamiento clínico tiene poco efecto en los resultados del tratamiento (Christensen y Jacobson, 1994, en Opazo, 2001). Así, *“los datos fracasan en apoyar la tesis central sugiriendo la controvertida conclusión que el entrenamiento profesional podría no contribuir significativamente al resultado de los tratamientos”* (Strupp, 1993, p.180). En esta misma línea, en una encuesta aplicada a psicoterapeutas chilenos, uno de los aspectos menos mencionados como potentes y efectivos para su quehacer, fueron la formación teórico-práctica y la experiencia (Casanova y cols., 1995). Finalmente, el efecto de la formación ha sido estudiado en relación con el grado de adherencia a la terapia. En este

sentido, algunas investigaciones nacionales muestran que los terapeutas entrenados no logran disminuir las cifras habituales de deserción de los pacientes (Muñoz y Barahona, 1983; De la Parra, Araos e Isla, 1989, en Casanova y cols., 1995).

En suma, el tema del entrenamiento clínico resulta polémico y controvertido, ya que por desgracia, no se dispone de datos concluyentes sobre si los programas de formación son efectivos para dotar a sus estudiantes de las aptitudes y características personales necesarias para obtener buenos resultados terapéuticos. Los hallazgos presentados por diferentes investigaciones realizadas desde 1985 con relación al tema, ponen en tela de juicio la influencia de dicho factor en la efectividad de la psicoterapia, no pudiéndose determinar con claridad la relación existente entre el entrenamiento y la efectividad terapéutica.

Dentro de la línea de estudios sobre **estilos terapéuticos**, se encuentran aquellos que intentan conocer hasta qué punto las características personales del terapeuta, que no son consideradas como pertenecientes a modalidades de acción prescritas por los marcos teóricos, se vinculan con los resultados del tratamiento. La variabilidad de estilos terapéuticos es tan amplia que incluso aquellos terapeutas que utilizan procedimientos estructurados por medio de manuales (tratamientos empíricamente validados), presentan estilos diferentes (Stiles, Shapiro y Firth-Cozens, 1988, en Beutler, 1994). Entre algunos de los estudios más característicos de esta línea de trabajo es posible mencionar las investigaciones de Orlinsky y cols. (1999) y de Fernández-Álvarez (1997, 1999).

A pesar de la amplia variedad de estilos terapéuticos, Beutler (1986) logra sistematizarlos en: estilos interpersonales, estilos verbales, y estilos no verbales. En cuanto a los estilos interpersonales del terapeuta, éstos se han estudiado principalmente con relación a la compatibilidad interpersonal entre terapeuta y cliente (Henry y Strupp, 1991, en Beutler, 1994), observándose que los clientes que no perciben complementariedad con su terapeuta, tienen menos probabilidad de mejorar que aquellos clientes con estilos

interpersonales más complementarios. (Andrews, 1990, en Beutler, 1994). En cuanto a los estilos verbales del terapeuta, se han identificado una serie de competencias verbales cuyo dominio es de gran utilidad para los terapeutas (Cormier y Cormier, 1991, en Kleinke, 1995). Estas competencias incluyen una serie de elementos, tales como la fluidez verbal, la riqueza asociativa, el ritmo de comunicación, la cantidad de palabras y frases que se usan y el volumen, entre otros aspectos del lenguaje. El efecto que aquellos elementos tienen en el proceso terapéutico depende de la concordancia entre cliente y terapeuta. En este sentido, una serie de estudios han coincidido en que el nivel de actividad verbal del terapeuta se asocia positivamente con los beneficios del tratamiento cuando éste va emparejado con el nivel de actividad verbal del cliente. De esta manera, estudios naturalistas han confirmado que la nivelación entre la actividad verbal entre terapeuta y cliente (Horvath y Greenberg, 1986, en Beutler, 1986) converge en una terapia eficaz, asociándose con la adhesión a la terapia y el beneficio alcanzado por el cliente (Tracey, 1987, en Beutler, 1994). Por otra parte, dos estudios han sugerido que el escenario más apropiado es aquel en el que el terapeuta habla un tercio del tiempo de la sesión de terapia (Friedlander y Ward, 1985; Kleinke y Tully, 1979, en Kleinke, 1995). Aunque esto de ninguna manera constituye una regla fija, sí indica que los clientes pueden sentirse incómodos con terapeutas que proporcionan sólo respuestas verbales mínimas o por el contrario, que hablan demasiado.

Con relación a los estilos no verbales, que corresponden a las modalidades corporales de comunicación utilizadas por los terapeutas, tales como gestos faciales, miradas, tonalidades de la voz y movimientos corporales, Heppner y Claiborn (1989, en Beutler, 1994) concluyen que las respuestas no verbales del terapeuta ejercen efectos muy poderosos y sólidos en la percepción de los clientes, y se encuentran más fuertemente relacionadas con las habilidades persuasivas del terapeuta que aquellas conductas de contenido verbal. Por otra parte, se ha sugerido que la conducta no verbal y el contacto corporal facilita la experiencia contenedora y de apoyo, y disminuyen la contratransferencia negativa (Davis y Hadiks, 1991, en Beutler, 1994; Stephany, 1990, en

Beutler, 1994). En suma, la comunicación no verbal parece constituir una poderosa fuente de influencia y en la mayoría de los casos ayuda a crear un clima emocional en psicoterapia, cuyos efectos pueden potenciar el proceso y el resultado del tratamiento.

Las **intervenciones terapéuticas**, corresponden a los procedimientos técnicos y específicos a cada escuela de psicoterapia con el objeto de iniciar un cambio psicoterapéutico (Lambert y Bergin, 1983; Beutler, 1986; Parloff, 1978). Las variables que se engloban bajo este rótulo se encuentran muy relacionadas con el modelo teórico del terapeuta, puesto que corresponden a la parte más intencional de la actividad terapéutica. De hecho, estos factores han sido objeto de la mayor cantidad de los estudios comparativos de resultados y han sido fuertemente enfatizados en el entrenamiento en psicoterapia.

Los trabajos orientados al estudio de las intervenciones terapéuticas intentan identificar aquellos factores propios de las características del terapeuta y del proceso terapéutico en sí. Existe una amplia variedad de estudios que han señalado que la competencia técnicas del terapeuta ejerce influencia sobre el resultado positivo de la terapia (Bennun y Schindler, 1988). Igualmente, la investigación sobre factores específicos (Cooper y Luborsky, 1988) sugiere que las habilidades técnicas del psicoterapeuta refuerzan los resultados del tratamiento. En contraposición con lo anterior, existen autores que señalan la falta de evidencia sobre la efectividad real que ejercían las habilidades técnicas entrenadas sobre los resultados de la terapia (Wiley y Ray, 1985; Holloway, 1992; Dobson y Shaw, 1988, en Beutler, 1994).

El principal desafío para este tipo de investigaciones, como señalan Beutler y cols. (1994), se basa en distinguir entre las intervenciones prescritas por los modelos teóricos y aquéllas que son reflejo de características del terapeuta. Como un intento por acortar la brecha existente entre las exposiciones teóricas y lo que sucede dentro del tratamiento clínico, y por controlar la variabilidad de los comportamientos entre terapeutas que

incluso pertenecen a una misma escuela y practican la misma técnica, se ha desarrollado y generalizado la manualización de los tratamientos (tanto en los estudios empíricos como en la práctica clínica) la que tiene como objetivo principal incrementar la eficacia de los tratamientos. Los manuales son intentos de pautar con rigurosidad cuáles son las acciones lícitas dentro de un tratamiento y cómo deben ser llevadas adelante. De esta manera, se considera que las terapias guiadas por el uso de manuales pueden determinar empíricamente aquello que los terapeutas realmente hacen (Hill, O'Grady y Elkin, 1992, en Beutler, 1994) y permiten regularizar las intervenciones independientemente de la orientación teórica del terapeuta. En un metaanálisis desarrollado por Christoph (1991), se encontró una disminución substancial en la variabilidad de resultados atribuible a efectos personales del terapeuta cuando manejaban el tratamiento por medio de manuales.

Por otro lado, tal como manifiesta Caspar (1997), estas estandarizaciones presentan una limitada capacidad de mejoramiento del nivel de eficacia de los tratamientos. De hecho, algunos investigadores sostienen que el uso de manuales parece resultar eficaz sólo para un tipo de clientes (Beutler, 1991; Mahalik, 1990; Norcross y Prochaska, 1988; Shoham-Salomon y Hannah, 1991, en Beutler, 1994), otros autores argumentan que la psicoterapia administrada por medio de manuales es rígida e incapaz de responder a las necesidades cambiantes de los clientes, y quienes sostienen posturas más radicales, señalan que el uso de manuales, además de no garantizar la efectividad de la psicoterapia administrada, pueden incluso hacerla iatrogénica (Testani, 1993, en Caspar, 1997). De acuerdo con esto, los resultados de la investigación sugieren que la efectividad del tratamiento se ve reforzada por aquellos terapeutas que planifican un tratamiento con técnicas adaptadas a las particulares características de clientes diferentes (Horvath y Goheen, 1990; Shoham-Salomon, 1991, en Beutler, 1994) y que, al parecer, la terapia practicada sin manual es más creativa, abundante en recursos y adaptable a las necesidades de cada momento, en definitiva, más efectiva.

Si bien estos manuales son rechazados por algunas corrientes y escuelas psicoterapéuticas, la producción de los mismos no es privativa de una sola corriente, pudiéndose encontrar ejemplos de estos en el cognitivismo y en el psicoanálisis. En cualquier caso, según algunos autores el advenimiento de los manuales de tratamiento ha abierto una nueva era en la investigación en psicoterapia (Luborsky, 1984), y también ha impactado de modo imprevisto el entrenamiento y la práctica clínica (Dobson y Snaw, 1988; Rounsaville, O'Mey, Foley y Weissman, 1988; Strupp, Beutler y Rosser, 1988, en Beutler, 1994). En suma, el uso de manuales puede enseñar a los terapeutas a optimizar y sistematizar el tratamiento, pero de ninguna forma termina de cerrar la brecha existente entre lo que se supone que debe ocurrir y lo que realmente ocurre a lo largo de un tratamiento.

Finalmente, en cuanto al estudio de las intervenciones terapéuticas específicas llevadas a cabo por los terapeutas, Beutler (1986) menciona dos tipos: la directividad y las autorevelaciones del terapeuta. Respecto del papel que tiene el uso de la directividad en el resultado de la terapia, existen hallazgos contradictorios. En términos generales, los estudios sobre directividad del terapeuta no parecen aportar un valor predictivo claro cuando se considera como efecto unidireccional. En efecto, se ha documentado que la directividad empobrece los resultados terapéuticos en algunos pacientes y los enriquece en otros (Beutler, 1994). En un metaanálisis sobre psicoterapia psicodinámica focal, la directividad apareció relacionada negativamente con el resultado en psicoterapia y con el aumento de la resistencia en clientes de estilo no-directivo. En esta misma línea, Lafferty (1989) encontró que la directividad alteraba el proceso terapéutico, especialmente la calidad de la relación y las habilidades de facilitación del terapeuta, lo que también se asocia negativamente con la reducción de la sintomatología.

Contrariamente a lo anterior, otra serie de estudios (Beutler, Dunbar y Baer, 1980; Elliott, Barker, Caskey y Pistrang, 1982; Hill, Carter y O'Farrell, 1983; Luborsky, 1980; McLellan, Woody, Luborsky y Goehl, 1988, en Najavits y Strupp, 1994), mencionan la

preponderancia de efectos positivos entre la directividad del terapeuta y un resultado beneficioso. Luborsky (1986) reporta que esta variable se asocia positivamente al beneficio psicoterapéutico en cuatro de seis terapeutas. Igualmente, otra investigación muestra que la directividad del terapeuta se asocia modesta, pero positivamente con el éxito del tratamiento (Elliott, 1985). Probablemente, los contradictorios hallazgos resultan del hecho que los terapeutas difieren significativamente en cuanto al énfasis que otorgan al proporcionar directivas a sus clientes⁶ (Beutler, 1986). Es posible que moderados niveles de directividad faciliten los resultados positivos del tratamiento, mientras que un alto nivel de directividad no lo hace. Otra posibilidad puede relacionarse con que la variable directividad interacciona altamente con variables del cliente. Así, distintos tipos de clientes reaccionarán diferentemente frente a terapeutas que son o no son altamente directivos. Estas posibilidades han llevado a que diversos investigadores busquen aquellas cualidades de los clientes que permitan el uso diferencial de las intervenciones directivas y evocativas (Beutler, 1983, 1991; Shoham-Salomon, Avner y Neeman, 1989; Shoham-Salomon y Hannah, 1991). Por lo tanto, un terapeuta capaz de ser colaborativo, pero también persuasivo y directivo, estará en condiciones de adaptarse a las necesidades de diferentes tipos de pacientes, y a las fluctuaciones de las necesidades del mismo paciente, afectando positivamente tanto el proceso como el resultado terapéutico.

Respecto al estudio de la autorevelación del terapeuta (self-disclosure), éstos incluyen las conductas que desarrolla el psicoterapeuta al comunicar la impresión global que le produce el paciente en términos informales, sus reacciones frente al problema o frente a la conducta del paciente en sesión, o bien, la información que otorga el terapeuta sobre sí mismo y sobre su vida en general. Las autorevelaciones del terapeuta han sido

⁶ Aquellos terapeutas orientados hacia filosofías que destacan lo cognoscitivo y comportamental, realizan intervenciones activas que enfatizan las directivas y poseen al psicoterapeuta en el papel de maestro y guía. En cambio, aquellos que se encuentran orientados hacia filosofías terapéuticas reflexivas, adoptan un rol más pasivo y evocativo (London, 1986, en Guy, 1995).

estudiadas tempranamente por Jourard (1971, en Beutler, 1986), que propuso que las revelaciones realizadas por los terapeutas precipitaban las autorevelaciones del cliente. Sin embargo, son escasos los estudios realizados en torno a la influencia de la autorevelación en el resultado de la psicoterapia. Probablemente, parte de esta falta de investigación es atribuible a la complejidad del concepto de revelación, dado que existen muchas maneras que un terapeuta puede revelar información. Sólo tres estudios asocian directamente el resultado del tratamiento con las autorevelaciones del terapeuta. Uno de estos estudios (Beutler y Mitchell, 1981, en Beutler, 1986) encontró una relación positiva entre las autorevelaciones del psicoterapeuta y el beneficio del tratamiento, mientras que en el segundo (Alexander, Barton, Schiavo y Parsons, 1976, en Beutler, 1986) encontraron una relación poco significativa. En el tercer estudio (Barret-Lennard y Berman, 1991, en Beutler, 1994), los resultados indicaron que cuando los terapeutas revelaban información personal, sus clientes experimentaban niveles más elevados de alivio sintomático, que cuando no lo hacían.

Más recientemente, el estudio de las revelaciones personales del terapeuta se ha centrado en el efecto que ejercen sobre el proceso terapéutico, particularmente sobre la relación terapéutica. Mediante entrevistas a los pacientes, Knox, Hess, Petersen y Hill (1997, en Caspar, 1997), concluyeron que las autorevelaciones que los pacientes indicaron que les habían sido útiles en la relación con su terapeuta eran aquellas que se daban cuando los pacientes conversaban sobre temas nucleares, que eran percibidas como un intento del terapeuta por normalizar la situación del paciente y que revelaban información personal no actual del terapeuta. Los autores del estudio concluyeron que, en estas condiciones, las autorevelaciones del terapeuta resultaban en consecuencias positivas para el paciente y mejoraban la relación terapéutica. Por su parte, Watkins (1990, en Beutler, 1994) concibe que las revelaciones personales del psicoterapeuta que se relacionan más estrechamente con una buena relación terapéutica son aquellas que corresponden a las experiencias remotas e íntimas del psicoterapeuta.

II.2.3.3. Características extraterapéuticas subjetivas: personalidad, bienestar emocional y valores

El grado de sofisticación metodológica que requiere la evaluación de las variables extraterapéuticas internas o subjetivas ha dificultado el avance de la investigación en esta área, o bien sólo ha posibilitado el desarrollo de estudios muy simples. Este vector incluye variables del terapeuta tales como su personalidad, su bienestar emocional y sus valores, todas las cuales son características inferibles y por lo tanto, no fácilmente objetivables.

Características Extraterapéuticas	
Personalidad Bienestar Emocional valores	Características Subjetivas

Fundamentalmente los estudios sobre **personalidad del terapeuta**, están dirigidos a asociar ciertas características de personalidad del terapeuta con índices de cambio y su grado de efectividad en el tratamiento. Estos factores son constantes en la figura del terapeuta e inciden en forma constante en la relación terapéutica particular que se presente con un paciente. Aún cuando, la tarea de seleccionar dimensiones de la personalidad del terapeuta de entre miles, ha resultado tremendamente importante para los análisis sobre efectividad en psicoterapia (Beutler, 1994), el esfuerzo por validar estas dimensiones ha sido a menudo defraudante y las investigaciones realizadas muestran resultados poco concluyentes (Carson y Heine, 1962; Carson y Llewellyn, 1966, en Beutler, 1986). No obstante lo anterior, los estudios llevados a cabo con relación a las características personales del psicoterapeuta han mostrado lo importante que resulta para el éxito de la psicoterapia, el que los pacientes tengan una valoración positiva de la personalidad de su terapeuta (Opazo, 2001).

De esta manera, la investigación contemporánea en rasgos del terapeuta se enfoca en algunas variables específicas, entre las que se identifican entre otras el grado de dominación, locus de control, y el nivel conceptual.

Con relación al grado de dogmatismo, las investigaciones consideran habitualmente que una alta necesidad de dominación como rasgo de personalidad del psicoterapeuta, inhibe considerablemente su flexibilidad y empobrece los resultados del tratamiento (Henry, Schacht y Strupp, 1990, en Beutler y cols., 1994). Otras dimensiones que se asumen inversamente relacionadas con el grado de dominación y dogmatismo, tales como la apertura y flexibilidad del terapeuta a las exigencias de cada caso en concreto en lugar de seguir rígidamente un modelo teórico, han resultado estar positivamente relacionadas con el éxito en el tratamiento (Weinstock-Savoy, 1986; Zimpfer y Waltman, 1982, en Beutler, 1986). La flexibilidad del terapeuta para tratar problemas diversos (Beutler y Clarkin, 1990; Budman y Gurman, 1988; Horowitz, Marmar, Krupnick, 1984, en Beutler, 1994), y para ajustar sus intervenciones a las características particulares de sus clientes (Alexander y French, 1946, en Beutler, 1986) ha demostrado ser una característica básica de un psicoterapeuta efectivo.

A diferencia de lo anterior, Tracey (1985, en Beutler y cols. 1986) señaló que algunos clientes destacaban que una de las características centrales de un terapeuta exitoso era su relativo grado de dominancia. Igualmente, Zimpfer y Waltman (1982, en Beutler, 1986) encontraron que el grado de dogmatismo del terapeuta se correlacionaba positivamente con las expresiones de calidez entre adolescentes en terapia del grupo. En otra investigación realizada acerca de la variable dominación en el terapeuta (Mahoney, 1983, en Beutler, 1986), se concluyó que los terapeutas dominantes probablemente eran más efectivos con clientes culturalmente similares que con clientes culturalmente disímiles. Otros autores, sugieren que los clínicos que tienen bajos deseos de dominación son más efectivos que aquellos que requieren de un alto grado de dominación.

Respecto del locus de control del terapeuta, esta variable ha sido principalmente estudiada en interacción con distintos grupos de clientes. En efecto, Antonuccio y colaboradores (1987, en Beutler, 1994), han sugerido que la cohesión al interior de grupos de pacientes con depresión, se facilitaba cuando los terapeutas que dirigían el grupo poseían un locus de control externo. Por otra parte, se ha estudiado el emparejamiento del locus de control entre cliente y terapeuta, y se la ha asociado positivamente con un buen *resultado*, lo que implica que tal convergencia perceptiva es un factor que permite alcanzar beneficios (Bandura, 1986, en Beutler, 1986). En contraste con lo anterior, Foon (1986, en Beutler, 1986) informó que la relación entre el locus de control del terapeuta y los resultados del tratamiento no eran significativas.

En cuanto al nivel conceptual del terapeuta, un metaanálisis realizado por Holloway y Wampold (1986, en Beutler, 1986) indicó que en la mayoría de los estudios publicados desde 1967, los hallazgos señalan que los terapeutas más abstractos y complejos cognoscitivamente resultaban ser más eficaces en el aprendizaje y ejecución de tareas en la terapia, respecto de aquellos cuyas estructuras cognoscitivas son relativamente concretas. Sin embargo, aún cuando es indudable la importancia que tiene para el *resultado* de la terapia el que el terapeuta posea un alto nivel de comprensión lógica, numerosos autores plantean que esta variable por *sí sola* no es suficiente. En esta línea de pensamiento, Tansey y Burke (1989, en Beutler, 1994) postulan que la psicoterapia incluye la habilidad del terapeuta para utilizar su comprensión conceptual a la vez que su propia respuesta emocional. Desde la investigación empírica, es posible encontrar antecedentes que apoyan la tesis anterior. En 1987, Robbins y Jolkovski realizaron una investigación con terapeutas en entrenamiento, concluyendo que el proceso intelectual por sí solo no permite a los terapeutas interactuar con sus pacientes en forma efectiva. Asimismo señalaron que la integración madura entre una sensibilidad afectiva, el apoyo teórico y la capacidad de conceptualización, aumentan el compromiso del terapeuta (en Reyes y Ortíz de Zúñiga, 1996). Por otra parte, respecto de los estudios que evalúan la complementariedad entre el nivel conceptual del terapeuta con el del cliente, Holloway y

Wampold (1986) sugieren que una amplia gama de *procesos psicoterapéuticos* se ven reforzados por la similitud entre los niveles conceptuales de ambos (Mclahan, 1972; Stein y Stone, 1978, en Beutler, 1986). Más recientemente, Hunt (1985, en Beutler, 1986) exploró los efectos de la similitud entre niveles conceptuales, llegando a la conclusión de que tal emparejamiento facilita el mantenimiento en terapia y procura una mejoría más rápida que la observada en aquellas diadas en las que existe divergencia.

Los estudios respecto del **bienestar emocional del terapeuta**, se encuentran dirigidos a conocer la existencia o la ausencia de perturbaciones emocionales de los terapeutas y el tipo e intensidad de tratamiento psicoterapéutico recibido por el/la terapeuta. Pese a que el bienestar emocional no es un concepto fácil de precisar, éste alude básicamente al descarte de desajustes emocionales graves. Adicionalmente, el terapeuta debe poseer una adaptación interna y externa medianamente aceptable (Opazo, 2001). En términos generales, el estudio sobre el bienestar emocional del psicoterapeuta se agrupa principalmente en dos tipos de análisis: el nivel de ajuste del psicoterapeuta y el acceso a psicoterapia personal. Respecto de la influencia que ejerce el ajuste psicológico del terapeuta en el resultado de la terapia, las investigaciones muestran que un buen nivel de ajuste psicológico se relaciona con buenos resultados del tratamiento (Beutler, 1986) y, por el contrario, el terapeuta que carece de bienestar emocional inhibe el progreso del cliente (Lambert y Bergin, 1983). Adicionalmente, los datos derivados de investigaciones más recientes, señalan que puede llegar a empeorar la condición del cliente. *“A mayor desajuste del terapeuta, mayores distorsiones perceptivas, mayores probabilidades de errores clínicos, y mayor descriterio. El fracaso del terapeuta para manejar su propia rabia es probablemente la causa más frecuente de que el paciente empeore”* (Beutler, Bongar y Shurkin, 2000, en Opazo, 2001).

Por otra parte, con relación al estudio de la terapia personal del propio psicoterapeuta, en la actualidad existe una extendida creencia entre los formadores según la cual el trabajo personal es una preparación deseable, sino necesaria, para poder dirigir un tratamiento (Gardfield y Kurtz, 1976; Goldberg, 1986; Guy y Liaboe, 1986, en Guy,

1995). En un estudio realizado a psicoterapeutas en actividad, de los que más de dos terceras partes había recibido tratamiento en algún momento, casi el 80% consideraba que la terapia personal era un requisito importante para una práctica profesional efectiva (Norcross y Prochaska, 1982, en Beutler, 1986). Existen varios motivos para la adopción de esta medida. Los dos principales son que la terapia personal proporciona una valiosa experiencia de aprendizaje, y que promueve un grado más alto de estabilidad emocional y de salud mental. Consecuentemente con la creencia anterior, en un estudio sobre programas doctorales de psicología clínica, el 71% recomendaba o exigía decididamente que sus estudiantes recibieran algún tipo de psicoterapia personal (Wampler y Strupp, 1976, en Guy, 1995). Así, una gran cantidad de psicoterapeutas ha sostenido que la psicoterapia personal puede facilitar la efectividad clínica (Buckley, Karasu y Charles, 1981; Prochaska y Norcross, 1983, en Guy, 1995) e inhibir el estrés producido por la práctica clínica (Farber, 1983, en Guy, 1995). Más recientemente, un aspecto que ha despertado gran interés entre los psicoanalistas, está relacionado con conocer la vinculación entre el análisis didáctico que ha recibido el terapeuta y su eficacia como terapeuta (Sandell, 1998, en Opazo, 2001)

Sin embargo, los estudios empíricos señalan que, al comparar los resultados obtenidos entre terapeutas que han realizado una psicoterapia personal con respecto a aquellos que no la han realizado, estos no difieren significativamente y, por lo tanto, no existe evidencia suficiente para afirmar verdadera necesidad de un tratamiento personal para los futuros psicoterapeutas. Por su parte, Mac Devit (1987, en Guy, 1995) sostiene que la exploración empírica del valor de recibir terapia personal ha sido intentada, pero la mayor parte han sido inadecuadamente diseñadas, pobremente focalizadas y ambiciosamente extendidas. Por lo tanto, el valor profesional de la terapia personal para terapeutas es una intriga. Independientemente de estos hallazgos, muchos programas de formación siguen exigiéndolo, o cuando menos, lo recomiendan (Greenberg y Staller, 1981, en Guy, 1995).

Por otra parte, en la actualidad existe un considerable interés por el estudio de los **valores de los psicoterapeutas** (Mahoney, 1994, en Avila y cols., 2000), lo que incluye a la figura del psicoterapeuta no como un ente objetivo, sino como un ser humano que interacciona con otro. Adicionalmente, esto resulta de suma importancia si se piensa que los psicoterapeutas pueden influir significativamente en los sistemas de creencias de los clientes. En la medida que el psicoterapeuta sea considerado el agente de cambio terapéutico por excelencia, y la terapia sea concebida por algunos enfoques como un proceso de persuasión interpersonal en el cual los objetos de cambio son las actitudes, creencias y estilo de vida del cliente (Frank, 1973; Frank y Frank, 1991, en Kleinke, 1995), es posible sostener que los valores, creencias, y actitudes culturales del terapeuta pueden ejercer una fuerte influencia en los clientes (Beutler y Bergin, 1991; Strupp, 1980; Kessel y Mc Brearty, 1967, en Kleinke, 1995). Asimismo, los valores del terapeuta influyen sobre el proceso psicoterapéutico y sobre su resultado, tenga o no tenga el terapeuta esa intención (Beutler y Bergin, 1991, en Kleinke, 1995).

Aún cuando la mayoría de los terapeutas coinciden en la importancia asignada a los valores del terapeuta, no existe claridad sobre la naturaleza inherente a tales valores. Por una parte, una serie de investigadores (Bergin, 1980; Beutler y cols., 1991; Seymour, 1982, en Beutler, 1994) han señalado que las concepciones que los terapeutas tienen acerca de la salud y la disfunción se entrelazan tanto con sus propios valores personales, que se vuelve casi imposible diferenciar entre ellos. En esta misma línea, Bolter, Levenson y Alvarez (1990, en Beutler, 1994) señalan que la confusión existente entre las creencias personales y los valores profesionales es tan grande que existen hallazgos de que los terapeutas que prefieren la psicoterapia a corto plazo en lugar de la terapia a largo plazo, poseen distintos sistemas de valores personales. Dado que es muy difícil determinar donde terminan los valores teórico-profesionales y donde empiezan los valores personales del terapeuta, Worthington (1988, en Beutler, 1994) plantea la necesidad de realizar una distinción entre aquellos valores del terapeuta que son inherentes al enfoque teórico al que adscriben, y los valores personales o idiosincrásicos

del propio terapeuta, es decir, las creencias que nacen de su experiencia personal y que proporcionan los elementos cognitivos para subscribirse a un modelo profesional en particular.

Este es un tema tan preocupante que, por lo mismo, es comprensible que se conformen una serie de comisiones éticas y un gran número de leyes para proteger a los clientes de posibles atropellos. Así, las diferencias substanciales de los valores de terapeutas respecto de sus clientes (Jensen y Bergin, 1988; Bergin y Jensen, 1989; Mahoney, 1990, en Beutler, 1994), sumadas con el poder potencial que los terapeutas tienen por encima de sus clientes, subraya la necesidad de evaluar el papel que cumplen los valores del terapeuta sobre la psicoterapia. Adicionalmente, la investigación sugiere el alto grado de adherencia de los clientes a las creencias y valores de sus terapeutas (Hamblin y Beutler, 1988; Strupp, 1992, en Beutler, 1994).

Por otra parte, si se considera a la psicoterapia como un proceso de interacción personal, no es posible pensar en un terapeuta ajeno a su experiencia cultural, de hecho, son las atribuciones culturales las que influyen tanto las concepciones de enfermedad como *los métodos de curación* utilizados por el psicoterapeuta (Frank, 1991, en Kleinke, 1995). De esta forma, es posible observar como los valores culturales afectan la percepción que tengan los terapeutas de sus clientes (Greene, 1994, en Kleinke, 1995) y los juicios que hagan sobre estos (Fry, 1980, en Beutler, 1986). Asimismo, en esta relación de ayuda, la persona que consulta no es ajena a su contexto cultural, y sus creencias afectan la percepción que tengan de sus terapeutas (Atkinson, 1989; Atkinson y Worthington, 1991; Withers y Wantz, 1993, en Beutler, 1994), las actitudes que tengan hacia éstos (Atkinson, 1989; Lewis y Walsh, 1980, en Beutler, 1994) y la elección que hagan de los mismos (Atkinson, 1987; Atkinson y cols., 1991; Lyddon, 1989; Wollersheim y Walsh, 1993, en Beutler, 1994).

Las variables culturales tienen un efecto importante dada la interacción de percepciones, valoraciones y actitudes orientadas culturalmente tanto del cliente como del terapeuta (Beutler y Bergin, 1991). Puesto que las creencias y valores personales representan elementos cognitivos que comprometen las necesidades personales innatas, así como también las derivadas de un bagaje sociodemográfico propio, es posible suponer que la compatibilidad entre los valores del paciente y del terapeuta, puede fortalecer el vínculo terapéutico y, de paso, facilitar el proceso terapéutico. De esta manera, existe evidencia empírica que muestra que se potencia la alianza terapéutica y se obtienen mejores resultados cuando los valores del terapeuta convergen o son compatibles con los del paciente (Beutler, 1986). Por otra parte, los conflictos o discrepancias valóricas entre terapeuta y paciente pueden interferir de tal manera el proceso psicoterapéutico, que para no ver afectada la efectividad de la psicoterapia, se constituye en una de las razones principales de derivación. Sin embargo, las evidencias sugieren que la aceptación, tolerancia y validación que tenga el terapeuta de los puntos de vista que sostenga el cliente (Beutler, Jobe y Elkins, 1974, en Beutler, 1986), y la capacidad que tenga de comunicarse considerando la estructura valórica de éste (Probst, 1980; Probst, Ostrom y Watkins, 1984, en Beutler, 1986), más que los valores particulares que ambos sostengan, serán fundamentalmente los que contribuirán al desarrollo de un vínculo que permita un buen trabajo terapéutico (De Vos, 1981; Frank, 1991; Verden y Zoller, 1994, en Beutler, 1994).

II.2.3.4. Características Terapéuticas Subjetivas: actitudes de la relación terapéutica, atributos de influencia social y expectativas

Las variables terapéuticas internas representan en parte a las variables inespecíficas o factores comunes a las distintas formas de psicoterapia. Son aquellas características internas no observables y que tienen por finalidad ejercer una influencia en la relación terapéutica. Según lo sugerido por Beutler (1986), estas variables del terapeuta son las que ejercen los efectos más poderosos en los resultados del tratamiento. Estos efectos son variables y dependen de la naturaleza de la característica específica estudiada (relación terapéutica, filosofía y cosmovisión del terapeuta, entre otros) y de las cualidades tanto del terapeuta como del cliente en interacción. Es por esta razón que se desea enfatizar que ni las variables del paciente, ni las del terapeuta operan estáticamente en compartimentos aislados.

	Características Subjetivas
Características Terapéuticas	Actitudes de la relación terapéutica Atributos de influencia social Expectativas

La importancia de desarrollar una buena relación terapéutica para el éxito de la terapia ha sido documentada en una considerable cantidad de estudios empíricos (Luborsky, Barber y Crits-Christoph, 1990; Orlinsky y Howard, 1986, en Kleinke, 1995), y es posible sostener que, probablemente, la característica común más reconocida para la efectividad de la psicoterapia sea la trascendencia que entraña la relación terapéutica (Bachelor y Horvath, 1999; Luborsky y cols., 1986; Miller, Duncan y Hubble, 1997).

Como Dunkle y Friedlander (1996) afirman en su trabajo sobre la relación terapéutica: *“Cuando la psicoterapia es exitosa, cliente y terapeuta son capaces de crear una base segura, sobre la cual explorar los problemas de los clientes y las posibles soluciones. La sensación de estar trabajando en forma conjunta hacia una meta en común nutrida de un ambiente apoyador y de confianza (setting)... es la plataforma para un resultado terapéutico exitoso independiente de la aproximación teórica o del problema”* (en Ward, 2000, p. 14). Así, según Strupp (1989), la meta de la relación terapéutica no es imponer un cambio al cliente, sino crear una condición que permita que se produzca el cambio en éste. En otras palabras, la relación terapéutica permite a los terapeutas funcionar como instrumentos del cambio.

Una de las contribuciones más notables realizadas por Carl Rogers fue definir el poder de la relación terapéutica para ayudar a los clientes a realizar cambios en sus vidas. Según Rogers (1957) los tres ingredientes de una relación de ayuda eficaz son: la autenticidad, la empatía y la aceptación positiva incondicional. De esta forma, hacia 1946, Rogers hizo ver que la eficacia de la psicoterapia no podía ser fruto de un truco o de una herramienta. Más tarde, en 1949, afirmará rotundamente que su psicoterapia no es una nueva técnica: *“Es corriente hablar de la psicoterapia centrada en el cliente como de un método o de una técnica. Es indudable que esto se debe en parte a presentaciones anteriores que tendían a acentuar excesivamente las técnicas. Más exactamente, puede decirse que el consejero centrado en el cliente eficaz mantiene un conjunto dinámico y coherente de actitudes que son profundamente encarnadas en su organización personal, que son instrumentalizadas mediante técnicas y métodos coherentes con el mismo. Nuestra experiencia ha sido la de que el consejero que trata de utilizar un método está abocado al fracaso”* (Rogers, 1949, p. 83).

Como es posible observar, el enfoque rogeriano tomó desde un principio una orientación prácticamente antagónica con respecto a las otras escuelas existentes. Sin embargo, el cambio de valoración de las técnicas hacia las actitudes no sólo fue fruto de la experiencia clínica de los psicoterapeutas rogerianos, sino que se fue sometiendo paralelamente a investigaciones sistemáticas que corroboraban el papel decisivo de las

actitudes del terapeuta en el éxito terapéutico. Uno de los investigadores que estudió más sistemática y profundamente el papel de estas actitudes en la creación de la relación terapéutica fue Fiedler (1950, en Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001). Este autor, realizó un total de nueve estudios entre 1949 y 1953, con el fin de determinar con certeza su hipótesis respecto a que la relación era creada fundamentalmente por las actitudes del terapeuta. Los resultados demostraron que las actitudes y sentimientos expresados por el terapeuta, más que sus métodos, constituían un prerequisite en la formación de la relación terapéutica.

El estudio de tales variables rogerianas lleva muchos años y se ha generalizado a la gran mayoría de los enfoques terapéuticos. En la actualidad, existe evidencia consistente de que la relación terapéutica se ve fortalecida cuando el paciente es acogido por un terapeuta aceptador, empático, cálido, que se interesa realmente por sus problemas. Estas actitudes han sido incorporadas en los fundamentos de trabajo de la gran mayoría de las psicoterapias y el estudio sobre las variables del psicoterapeuta han estado casi siempre altamente correlacionados con las cualidades originariamente propuestas por Rogers (Beutler y cols., 1994). De entre todas las actitudes rogerianas, la capacidad de empatía es la variable reconocida por terapeutas de las más variadas líneas como una de las variables del terapeuta más predictiva de un buen proceso terapéutico (Fiedler, 1950; Raskin, 1974; Lafferty, 1991, en Hessedenz y cols., 1996). En efecto, la investigación señala que los pacientes de los terapeutas más empáticos mejoran más que los pacientes de los terapeutas menos empáticos (Orlinsky y Howard, 1991, en Opazo, 2001). Por otra parte, las actitudes terapéuticas facilitadoras rogerianas parecen fomentar el seguimiento del tratamiento terapéutico, conclusión que se ha reiterado en numerosas revisiones de la literatura (Beutler, 1986. Lambert y Bergin, 1983; Orlinsky y Howard, 1986, en Beutler, 1986). En sentido inverso, las actitudes negativas del terapeuta hacia el paciente, como la falta de aceptación y la baja comprensión empática, han mostrado que pueden afectar negativamente al paciente durante la terapia (Beutler, 1986).

No obstante los efectos de estas variables en la construcción de una buena relación terapéutica, respecto de sus efectos sobre los resultados finales del tratamiento, existen visiones distintas. Por una parte, algunos investigadores conciben que el cambio se fortalece en la medida en que el terapeuta posea un buen repertorio rogeriano, y que éstas condiciones son suficientes. En este sentido, Patterson (1983) sostiene que *“hay pocas cosas en el campo de la psicología para lo cual la evidencia sea tan fuerte como aquella que apoya la necesidad sino la suficiencia de las condiciones del terapeuta de empatía precisa, respeto o calidez y autenticidad terapéutica”*(en Opazo, 2001). Incluso hay algunos que sostienen que las técnicas específicas ven fortalecida su potencia cuando la relación es buena (Bergin y Lambert, 1978). Por otra parte, diversos investigadores sostienen que tales condiciones facilitadoras son necesarias, pero no suficientes para producir el cambio *“El cambio no es una consecuencia automática del buen acoger, dicho cambio tenderá a ser insuficiente puesto que se están desaprovechando opciones activas y específicas de alcanzar un cambio mayor”*(Opazo, 2001, p.177). En este sentido, se considera que las variables rogerianas deben ser complementadas de múltiples maneras, de forma de producirse cambios en el cliente.

Por último, aún cuando las actitudes rogerianas se han aceptado como relevantes para la mayoría de las escuelas terapéuticas, la investigación empírica no parece haber dado el apoyo esperado a tales actitudes. Diversos estudios han mostrado que los terapeutas y los clientes tienden a percibir la relación terapéutica de manera diferente (Bachelor y Horvath, 1999). Por su parte, Beutler (1994) señala que la comprensión empática no implica solamente que el terapeuta experimente estas características sino que las transmita a los pacientes y luego éstos la perciban (Beutler, Machado y Neufeldt, 1994; Miller, Duncan y Hubble, 1997, Bachelor y Horvath, 1999). Así, se tiende a pensar que tales actitudes terapéuticas no son una cualidad intrínseca del terapeuta, sino que el cliente participa también en su activación. Por último, Barrett-Lennard (1986, en Feixas y Miró, 1993), ha abordado este mismo tema utilizando medidas de autoinforme y sosteniendo que únicamente el cliente es quien puede evaluar su vivencia con respecto al

terapeuta, es decir, solo la capacidad empática que es percibida y valorada por el paciente se correlaciona con el cambio en psicoterapia.

Con el desarrollo del tiempo y de acuerdo con las necesidades de la investigación, los investigadores y teóricos han expandido la relación terapéutica a un concepto más amplio, conocido como alianza terapéutica (Bachelor y Horvath, 1999; Luborsky y cols., 1986, Russell, 1995). El concepto de alianza terapéutica es, sin lugar a dudas, uno de los puntos en donde la figura del terapeuta se ha visto involucrada en mayor cantidad de investigaciones y donde se puede encontrar en los últimos años un gran volumen de investigaciones y publicaciones al respecto. La investigación muestra que la calidad de la alianza terapéutica se encuentra vinculada con el resultado terapéutico (Horvath y Symonds, 1991). Sin embargo, la alianza terapéutica no causa en sí misma el cambio, pero es un prerequisite necesario para que tenga lugar el proceso terapéutico (Gaston, 1990, en Duncan y Miller, 2001). El desarrollo de una buena alianza terapéutica requiere un vínculo entre terapeuta y cliente que refuerce la colaboración en pos de la consecución de tareas y metas acordadas de antemano (Bordin, 1979, en Feixas y Miró, 1993). Así, el terapeuta debe vencer el desafío de ganarse la confianza del cliente y transmitir a éste un sentimiento de competencia, aceptación y respeto. La alianza terapéutica se compone de los siguientes cuatro elementos (Gaston, 1990, en Duncan y Miller, 2001):

- a) La relación afectiva del cliente hacia el terapeuta
- b) La capacidad del cliente para trabajar en terapia (alianza de trabajo)
- c) La comprensión e involucración empática del terapeuta
- d) El acuerdo entre cliente y terapeuta acerca de las metas y tareas del tratamiento.

Gaston (1990) refiere que la alianza juega tres roles principales en psicoterapia: es terapéutica en sí misma; es prerequisite para que las intervenciones del terapeuta sean efectivas, y junto con las intervenciones del terapeuta determinan el desarrollo de

resultados positivos en psicoterapia. De acuerdo con Gaston (1990), la evidencia empírica indica que existe una fuerte relación entre la alianza terapéutica y los resultados psicoterapéuticos, es decir, que una evaluación favorable de la alianza por parte del cliente es el mejor predictor de éxito, por encima de cualquier otra variable del proceso terapéutico. La investigación de la alianza terapéutica deja en claro que la terapia es más efectiva cuando las metas del cliente son aceptadas y visiblemente valoradas sin una reformulación, desde la doctrina del terapeuta, y cuando esas metas, en cambio, son el foco del proceso de intervención (Bachelor y Horvath, 1999).

Dada la importancia de la alianza terapéutica, muchos autores se han esforzado en intentar concretar diferentes formas de potenciarla. Es más, Maione y Chenail (1999, en Duncan y Miller, 2001) afirman que las percepciones del cliente sobre la relación terapéutica influyen en gran medida en la terapia en curso, y deberían tenerse en cuenta e incorporarse en cualquier proceso terapéutico, sea éste de la orientación teórica que fuere. En esta misma línea, tanto Bischoff, McKeel, Moon y Sprenkle (1996, en Duncan y Miller, 2001) como Joanides, Brigham y Joaning (1997, en Duncan y Miller, 2001) subrayan que para fomentar la calidad de la relación terapéutica, terapeuta y cliente deben metacomunicarse constantemente sobre el proceso terapéutico en curso. Asimismo, Shilts, Rambo y Hernández (1997, en Duncan y Miller, 2001) utilizan las perspectivas del cliente sobre la terapia como parte del tratamiento. De esta forma, el psicoterapeuta puede ir encontrando nuevas formas de incorporar las variables del cliente al trabajo en terapia e incrementar así la fuerza de la relación terapéutica. En lo tocante al psicoterapeuta, según el documentado resumen de Horvath y Luborsky (1991, en Kleinke, 1995) sobre la alianza terapéutica, esta muestra estar correlacionada directamente con las condiciones facilitadoras rogerianas (consideración, empatía, aceptación incondicional y congruencia). Por otra parte, en las primeras fases de la terapia, la respuesta del paciente se basa en su evaluación de si el terapeuta es atento, sensible, compasivo y capaz de ayudar. Más adelante se basa en los componentes cognitivos más evaluativos o colaborativos de la alianza y en la capacidad del terapeuta

para proponer y establecer una relación recíproca. De esta manera, la vivencia de una relación colaborativa y participativa por parte del paciente es clave para el establecimiento y mantenimiento de la alianza.

Respecto de los **atributos de influencia social**, una gran cantidad de investigadores, en un esfuerzo por comprender los resultados terapéuticos dentro de una teoría general del cambio, han descrito las características del terapeuta como variables que potencian el poder de influencia social. Así, Frank (1961, en Kleinke, 1995) y Beutler (1990, en Kleinke, 1995) describen la psicoterapia como un proceso de “persuasión”, en la que se utilizan las palabras para influir sobre actitudes e inducir acciones. En otras palabras, la función que cumple el terapeuta es persuadir al cliente para que busque soluciones alternativas (Beutler, 1990, en Kleinke, 1995). A esta área de conocimiento se asocian los estudios vinculados a los conceptos de persuasión social y de la experticia autopercebida por el terapeuta.

Los atributos de influencia social se derivan de la literatura de la psicología social, y, por lo tanto, han sido difíciles de operacionalizar para la investigación terapéutica. En psicoterapia, Frank (1961, en Kleinke, 1995) ha defendido la idea de la psicoterapia como un proceso de influencia social, hasta el punto de compararlo con la retórica, basada en la credibilidad y prestigio como componentes de su poder argumentativo. Algunos autores definen la credibilidad compuesta por la competencia o “expertitud” (expertise) y la capacidad para inspirar confianza y atractivo personal. De hecho, diversos autores han realizado el esfuerzo (Frank y Frank, 1991; Goldstein, 1971; Strong, 1968, en Feixas y Miró, 1993) por entender aquellas variables del psicoterapeuta que aumentan su poder de influencia social, y por lo tanto, se asocian directamente con su habilidad persuasiva.

En cuanto al impacto de las características del terapeuta relacionadas con la persuasión social en el proceso psicoterapéutico, tres estudios clínicos (Heppner y Heesack, 1983;

McNeil y Lee, 1987; Zamostny, Carrigan y Eggert, 1981 en Ward, 2000) consideraron que la competencia o expertitud, el atractivo personal y la credibilidad del terapeuta se relacionaban fuertemente con la satisfacción en el tratamiento, y por lo tanto, con la continuidad de los clientes en la terapia. En concordancia con esto, el 59% de un total de 27 investigaciones documenta que la seguridad y credibilidad del terapeuta muestran una clara asociación positiva con el cambio terapéutico (William y Chambless, 1990; Hagborg, 1991, en Beutler, 1994). Otros estudios han encontrado que aquellos clientes que dieron término prematuro al tratamiento, consideraban a sus terapeutas poco competentes, poco creíbles y poco atractivos (McNeil, 1987, en Beutler, 1994). En términos generales, parece que se ha demostrado el papel positivo de la capacidad de influencia social del terapeuta en el resultado de la terapia, siendo la competencia la variable más potente.

No obstante lo anterior, en otros estudios (Heppner y Heesacker, 1982; Zamostny, 1981, en Beutler, 1986) no se han encontrado efectos importantes de las variables mencionadas en el éxito del tratamiento. Estos estudios señalan que las percepciones de los clientes acerca de los atributos de influencia social no se relacionan significativamente con el resultado de la terapia. En suma, no existe consenso respecto de los hallazgos. Hay tanto investigaciones que demuestran la fuerte influencia social de algunas variables del terapeuta, como otros estudios que lo desconfirman. Sin embargo, los estudios se inclinan a concebir que características como la expertitud, atractivo personal y credibilidad del psicoterapeuta (Beutler y cols., 1986) puede potenciar el resultado de la terapia en la medida que se correlacionan positivamente con la competencia del terapeuta.

Por su parte, los estudios sobre **expectativas del psicoterapeuta** presentan resultados contradictorios. Algunas investigaciones han señalado efectos significativos sobre el éxito de la terapia (Boier y Everett, 1986, en Beutler y cols., 1986), ya que la expectativa del terapeuta afecta la conducta e intervención terapéutica, y finalmente, afecta el

resultado del tratamiento. A diferencia de lo anterior, Jenkins y Blum (1986, en Beutler y cols., 1986) han señalado que las expectativas no se encuentran relacionadas significativamente con el resultado del tratamiento. De este modo, la inconsistencia entre estudios empíricos ha determinado que en revisiones cualitativas de la literatura (Beutler, 1986; Lambert y Bergin, 1983), la mayor parte de los autores concluyan que el efecto de las expectativas del terapeuta por sí solas, es insignificante.

A pesar de tales conclusiones, y en vista de otros estudios (Martín y Sterne, 1975; Martín, Moore y Sterne, 1977; Martín, Sterne, 1976, en Beutler, 1986), la evidencia sugiere que la efectividad de la psicoterapia se refuerza cuando existe correspondencia entre las expectativas del terapeuta y las del cliente. La congruencia entre las expectativas del psicoterapeuta y del paciente realzan el resultado terapéutico, y cuando existe una divergencia clara entre las expectativas del paciente y las del terapeuta, es más efectivo que éste último potencie la colaboración activa del primero. En efecto, según Torrey (1972, en Opazo, 2001), el que terapeuta y paciente compartan sus expectativas acerca del tratamiento es un prerequisite para que una terapia resulte exitosa, aunque no necesariamente asegura la efectividad del tratamiento. Por esta razón, al constatar que las expectativas del paciente difieren muchas veces con las del terapeuta, podría plantearse la necesidad de realizar un trabajo de pre-terapia, en el que los pacientes y terapeutas establecieran un acuerdo respecto de las tareas y objetivos de la terapia, pudiendo así optimizarse el establecimiento de la alianza terapéutica. En este sentido, al revisar los estudios sobre expectativas del terapeuta, Beutler y cols. (1986) sugieren que *“hay mejora terapéutica en la medida en que las expectativas del terapeuta reflejan una información precisa acerca de la conducta del cliente y son lo suficientemente flexibles como para acomodar nueva información en el curso del tratamiento”* (p. 282).

En relación con lo anterior, una emergente área de estudio que ha atraído el interés de algunos investigadores (O'Grady, 1985; Horvath, Marx y Kamann, 1990; O'Donobue, Fisher, Plaud y Curtis, 1990, en Beutler y cols., 1994), dice relación con el cómo los

terapeutas aprovechan las expectativas de sus clientes. Algunos autores postulan que la facilitación de esperanza, derivada de la interacción terapéutica, y la resultante expectativa de cambio del cliente, tienen un impacto importante en el éxito de los resultados terapéuticos (Miller, Duncan y Hubble, 1997). De hecho, según Frank (1988), las personas no buscan ayuda psicológica cuando tienen o desarrollan un problema, sino que pierden la esperanza de poder solucionarlos o están desmoralizados en sus intentos por resolver sus problemas. Este autor considera que las expectativas del cliente respecto al cambio impiden la desmoralización y mejoran los resultados, y por lo tanto, una de las metas principales del psicoterapeuta es ayudar a los clientes a superar sus sentimientos de desmoralización y a ganar una sensación de esperanza (en Kleinke, 1995). Respecto de este último punto, el hecho que los clientes se desenvuelven mejor en la terapia cuando tienen expectativas positivas se encuentra ampliamente documentado en la investigación experimental (Luborsky, 1984, en Kleinke, 1995). Entre los prometedores estudios realizados desde esta línea, Joyce (1990, en Beutler y cols., 1994) encontró que aquellos clientes que experimentaron buenos resultados, señalaron que sus terapeutas tenían la expectativa que sus propias experiencias personales les serían de utilidad. En congruencia con esto, un psicoterapeuta también debería ser capaz de aprovechar al máximo las propias expectativas de los clientes (Frank, 1973; Snyder y cols., 1999, en Opazo, 2001).

Luego de una revisión somera de la Taxonomía de Variables del Terapeuta presentada por Beutler y sus colaboradores (1986, 1994), parece interesante complementar dicha presentación con algunas sugerencias concretas nacidas de los hallazgos de la investigación de manera de incrementar la efectividad del psicoterapeuta.

II. 3. SUGERENCIAS PARA INCREMENTAR LA EFECTIVIDAD DEL PSICOTERAPEUTA

Además de las variables del terapeuta descritas con anterioridad, existen una serie de importantes procesos comunes a todas las formas de psicoterapia, que los terapeutas efectivos debieran dominar o, por lo menos, conocer. Diversos autores han sugerido una serie de procedimientos que son compartidos por todos los enfoques. El cuadro siguiente resume una serie de comportamientos del terapeuta que resultan de ayuda en el proceso terapéutico y que fueron identificados en una investigación realizada por Elliott (1985, en Kleinke, 1995).

Cuadro N°3. Comportamientos del terapeuta que resultan de ayuda (Elliott, 1985)

- **Ofrecer una nueva perspectiva.** El terapeuta anima a los clientes a alcanzar una nueva perspectiva, por ejemplo al pedir que consideren los efectos de sus comportamientos sobre otras personas, los clientes experimentan un "insight" que no habían considerado hasta entonces.
- **Resolución de problemas.** El terapeuta sugiere una estrategia de resolución de problemas para que los clientes aprendan una nueva forma de actuar o pensar.
- **Clarificación del problema.** El terapeuta ayuda a los clientes a clarificar la naturaleza del problema para que los clientes experimenten una forma más clara de definir aquello que les está preocupando.
- **Encuadrar la atención.** El terapeuta encuadra la atención del cliente sobre aspectos críticos relacionados con el problema o con la solución a éste, para que los clientes experimenten un grado más profundo de reconocimiento respecto de cómo podría afectarles su problema y qué podrían hacer para solucionarlo.
- **Comprensión.** El terapeuta ofrece un reflejo claro acerca de los problemas del cliente y de sus sentimientos sobre estos problemas, para que los clientes

experimenten una sensación de ser comprendidos y apreciados.

- **Implicación del cliente.** El terapeuta proporciona un resumen de los problemas del cliente y enumera las implicaciones y compromisos sobre los que debe trabajar el cliente para que experimente un deseo de responder al análisis del terapeuta.
- **Apoyo.** El terapeuta apoya una acción o logro por parte de los clientes, para que los clientes experimenten la sensación de ser respaldados por el estímulo del terapeuta.
- **Contacto personal.** El terapeuta expresa interés personal y atención, para que los clientes lo perciban como una persona verdaderamente interesada en ellos.

Otros estudios sugieren las siguientes conclusiones respecto de los comportamientos del terapeuta que potencian la efectividad del tratamiento (Beutler, Crago y Arizmendi, 1986, Orlinsky y Howard, 1986, Strupp, 1989, en Kleinke, 1995).

1. Los terapeutas deben intentar ser comprensivos y tolerantes. Deben ser conscientes de los beneficios de enfocar la atención sobre el afecto y adoptar un acercamiento de apoyo y facilitación hacia sus clientes que ponga el acento sobre el estímulo, deseo de ayudar, la sensación de esperanza, la comprensión y el sentimiento de colaboración.
2. Los terapeutas deben asistir a sus clientes en la consecución de metas alcanzables y la resolución de problemas. Deben trabajar con sus clientes para alcanzar un mejor sentido de autoconocimiento y actuar como catalizadores para el cambio al proporcionar retroalimentación valiosa.
3. Los terapeutas deben evitar asumir el rol de expertos que son o bien poco próximos o que interrogan a sus clientes y les dan consejo. Los terapeutas serán

contraproducentes cuando respondan a sus clientes de manera intelectual, realizando juicios de valor, o culpabilizándoles.

A continuación, se ofrece una sistematización de algunas sugerencias descritas por diversos autores respecto de cómo los terapeutas pueden fortalecer y potenciar la relación terapéutica, las expectativas positivas, la contribución de los modelos y las técnicas, y las características de los clientes.

II.3.1. Sugerencias para construir y fortalecer la relación terapéutica

Construir y desarrollar una relación terapéutica positiva entre cliente y terapeuta es crucial para inculcar a los clientes la creencia que la terapia puede ayudarles. Los clientes deben creer que su terapeuta posee el conocimiento y el compromiso necesarios para trabajar con ellos en la consecución de sus objetivos. Luborsky y cols. (1986) plantean que los terapeutas que han sido capaces de establecer una alianza terapéutica positiva, han cumplido ya una condición principal en el logro de un cambio positivo del cliente, lo que contribuye fuertemente al éxito de la terapia. Estos mismos autores, ofrecen un listado de sugerencias respecto de cómo alcanzar una sólida alianza de trabajo entre terapeutas y clientes.

1. Revelar, mediante palabras y gestos, apoyo hacia el deseo del cliente de conseguir sus metas.
2. Transmitir una sensación de comprensión y aceptación del cliente.
3. Desarrollar aprecio hacia el cliente.
4. Ayudar a los clientes a mantener defensas y actividades vitales que refuercen su nivel de funcionamiento.

5. Transmitir una actitud de esperanza realista en el sentido de que las metas del tratamiento son posibles de ser alcanzadas y que el terapeuta está tratando de ayudar al paciente a alcanzar sus propias metas.
6. Ayudar a los clientes a reconocer cuándo realizan progresos en la consecución de sus metas.

Lo expuesto anteriormente no significa que los terapeutas deban adoptar un método estándar para lograr una buena alianza terapéutica. Por el contrario, lo que se espera es que el terapeuta sea lo suficientemente flexible para adaptar su forma de hacer terapia a las necesidades de los clientes que consultan (Bachelor y Horvath, 1999). Esto alude a que el terapeuta debe ser capaz asumir múltiples roles, dependiendo de quien sea su cliente.

Otra serie de autores también han abordado este tema. Entre estos últimos, Kottler (1991, p.49) integra las conclusiones de la revisión empírica realizada por Orlinsky y Howard (1986) para sugerir que la relación terapéutica resulta de mayor ayuda cuando posee las siguientes cualidades:

1. Una inversión intensa de energía tanto por parte del cliente como del terapeuta.
2. La demostración del terapeuta de una colaboración activa en el proceso.
3. Un buen contacto personal, incluyendo un grado de mutua comodidad, mutua confianza, ausencia de defensas, espontaneidad y comprensión recíproca.
4. Suficiente apoyo y buena voluntad como para permitir desafíos y confrontación sin poner en peligro la estabilidad de la relación.

Como herramienta adicional, existe una medida del proceso terapéutico que es especialmente relevante para evaluar la competencia del terapeuta en este ámbito. Esta corresponde a la Escala Penn de la Alianza de ayuda (Alexander y Luborsky, 1986), la

cual mide una serie de comportamientos en el terapeuta, desde el punto de vista del cliente, del terapeuta y de un observador externo. Estos comportamientos facilitadores del terapeuta son puntuados por los observadores en una escala de diez puntos, siendo uno el menor grado y diez el mayor grado.

Cuadro N°4. Escala Penn de la Alianza de ayuda (Alexander y Luborsky, 1986)

1. El terapeuta es cálido y apoyador.
2. El terapeuta transmite la sensación de desear que el paciente alcance las metas del tratamiento.
3. El terapeuta revela una sensación de esperanza respecto a que las metas del tratamiento pueden lograrse.
4. El terapeuta transmite la sensación que siente aprecio por el paciente y le comprende.
5. El terapeuta revela sentimientos de aceptación y respeto hacia el paciente.
6. El terapeuta dice cosas que muestran que siente un vínculo de "nosotros" con el paciente, que experimenta una sensación de alianza con el cliente en la lucha conjunta entre aquello que les está limitando.
7. El terapeuta muestra aceptación respecto de la creciente capacidad del paciente para comprender sus propias experiencias.
8. El terapeuta reconoce y confirma las percepciones precisas que el paciente hace sobre él.
9. El terapeuta puede aceptar el hecho de que el paciente también pueda reflexionar sobre lo que ambos han experimentado juntos.

II. 3.2. Sugerencias para generar expectativas positivas

Una de las principales maneras de ayudar a los clientes a aumentar sus sentimientos de competencia, energía y determinación consiste en inspirar y mantener las expectativas positivas y la fe que el cliente tiene en la terapia. (Frank, 1982, en Kleinke, 1995). De hecho, la investigación ha mostrado que los clientes responden generalmente de manera más favorable a la terapia cuando tienen expectativas positivas (Frank, 1978; Luborsky, 1986; Snyder y cols., 1999). Así, las expectativas positivas son un componente importante de todos los acercamientos psicoterapéuticos, y promover expectativas de éxito en el cliente es uno de los principales objetivos del terapeuta. Según Kleinke (1995), existen una serie de métodos que los terapeutas utilizan para generar expectativas positivas en sus clientes, entre los cuales se cuentan los siguientes:

1. Reforzar la demanda de terapia del cliente. Una primera manera de promover expectativas positivas en el cliente, es estimularlo, en primer lugar, por haber acudido a terapia. A los clientes les puede ayudar saber que la mayoría de las personas con problemas no buscan ayuda cuando la necesitan y que, por lo tanto, haber dado el paso de solicitar una terapia, indica que se preocupan de sí mismos, que creen que la terapia les puede ayudar, y que se encuentran motivados a buscar soluciones a sus problemas.
2. Preparar a los clientes para la terapia. Para que la terapia tenga éxito, terapeuta y cliente deben “hablar el mismo lenguaje”, es decir, deben estar de acuerdo en que la manera en la que van a trabajar juntos es muy importante, y tiene muchas posibilidades de ser efectiva. En ocasiones, los clientes desconocen con qué se encontrarán en la terapia, y necesitan ser introducidos respecto de sus roles y responsabilidades, así como las del terapeuta.
3. Inculcar expectativas realistas. Dado que la terapia no es un proceso que asegure un 100% de efectividad y que en este proceso el cliente sufre inevitablemente una serie de

alábajos, es fundamental que se aborde el tratamiento con expectativas realistas. De esta manera, los clientes que se encuentran advertidos de obstáculos y recaídas se encontrarán más preparados para afrontarlos cuando se los encuentren en su camino.

4. Acentuar la responsabilidad del cliente. Los clientes deben ser instruidos respecto del hecho de que el éxito de la terapia depende más de sus propios esfuerzos y fortalezas, que de cualquier conocimiento experto que pueda poseer el terapeuta. La consecuencia principal de acentuar la responsabilidad en los clientes es que permite también que éste perciba la relación entre su esfuerzo y la ocurrencia del cambio. Lo verdaderamente importante es que los clientes vean que el cambio es resultado de algo que ellos hicieron y puedan, entonces, repetirlo en el futuro.

Otros métodos útiles a través de los cuales los terapeutas pueden facilitar la esperanza y las expectativas positivas de cambio son, a modo de ejemplo: formar una alianza terapéutica fuerte con los clientes, identificar sus metas e incorporar sus fortalezas en el tratamiento. De acuerdo con Hubble y cols. (1999), existen maneras alternativas igualmente útiles para facilitar la esperanza y expectativa:

1. Contar con un ritual sanador. Los rituales son característicos de los procedimientos curativos en muchas culturas y datan de los orígenes tempranos de la sociedad humana (Frank, 1988, en Hubble y cols. 1999). Su utilización inspira la esperanza y expectativas positivas para el cambio, al transmitir que su uso, independiente de quien lo realice (sea un chaman, astrólogo o terapeuta), posee un especial conjunto de herramientas para la potencial sanación. Estos procedimientos no son por sí mismos agentes causales de cambio, sino que los participantes tienen un método concreto para movilizar el factor de la esperanza. Una guía descrita por Hubble y cols. (1999) para saber qué ritual particular utilizar con un cliente es:

- El terapeuta debiera creer en el procedimiento o en su orientación terapéutica. Los terapeutas aumentan el componente de esperanza en el procedimiento que usan si creen verdaderamente en ellos y tienen confianza en que serán terapéuticos.
- El terapeuta debiera mostrarse interesado en los resultados de su procedimiento u orientación. El efecto placebo se incrementa cuando los terapeutas se muestran interesados en los resultados de los procedimientos que usan. Hay estudios que muestran que las personas tienen más probabilidad de responder en una determinada dirección cuando ellos conocen el propósito del experimentador (Matheson, Bruce y Beauchamp, 1978, en Hubble y cols., 1999). Los terapeutas pueden poner el mismo principio a trabajar en su actividad para nutrir una expectativa positiva y una esperanza para el cliente.
- El procedimiento debe ser creíble y persuasivo, y deberá basarse en el marco de referencia del cliente. El efecto placebo de un procedimiento puede ser aumentado cuando dicho procedimiento coincide y es complementario con las creencias anteriores al tratamiento del cliente respecto de su problema y proceso de cambio.
- El procedimiento debiera estar basado en, y conectado con la extracción de experiencias previas exitosas del cliente.

2. Focalizarse en las posibilidades. Los clientes aprovechan de mejor manera el espacio de la terapia cuando el trabajo se focaliza en sus posibilidades. Existe una variedad de formas en que los terapeutas pueden “enfocarse en las posibilidades” en el trabajo clínico:

- El tratamiento debiera estar orientado con dirección a futuro. Tradicionalmente la psicoterapia se ha enfocado más en el pasado. Sin embargo, el trabajo clínico orientado hacia el futuro se ha hecho crecientemente popular en los últimos diez

años. En éste se comparte la característica de ayudar a los clientes a crear una visión de futuro cuando los problemas con los que ha estado luchando han sido resueltos o ya no hay más problemas.

- El tratamiento debe aumentar la sensación personal de control. El tratamiento debiera “des-personalizar” al cliente de sus problemas, dificultades o defectos. Los terapeutas deberían promover que los clientes hablen de sus problemas en una relación de separación respecto de éstos.

II. 3.3. Sugerencias para potenciar la contribución de modelos y técnicas

Como se adelantaba, las investigaciones parecen estar de acuerdo en dos puntos centrales: (1) no se encuentran diferencias significativas en los resultados obtenidos por los distintos modelos de psicoterapia, y (2) el aporte de los modelos al resultado de la psicoterapia es limitado, asignándole sólo el 15% de la variación en el resultado exitoso del tratamiento (Asay y Lambert, 1999). Atendiendo a estos resultados, Miller y cols. (1997) plantean algunas sugerencias para aumentar la contribución de los modelos y técnicas:

1. El terapeuta debiera adaptar el modelo o técnica utilizado al cliente. Las investigaciones señalan que el foco y la estructura son elementos esenciales de una terapia efectiva. De hecho, existen estudios que sugieren que uno de los mejores predictores para un resultado negativo en psicoterapia es la falta de foco y estructura. No tomar en cuenta estos aspectos podría quizás provocar mayor impacto en el resultado del tratamiento que las cualidades personales del terapeuta o el cliente (Mohl, 1995, en Miller, Duncan y Hubble, 1997). En este aspecto, la orientación particular o la técnica es menos importante que el grado en el cual ayuda al terapeuta a desarrollar actitudes y comportamientos consistentes con los factores curativos comunes y las

necesidades y las características del cliente individual. Los terapeutas pueden evaluar si la técnica utilizada puede lograr esto al asegurar que la estrategia toma en cuenta del cliente sus recursos, redes sociales, cambios espontáneos que experimenta mientras está en terapia, el adaptarse a las metas de tratamiento, las ideas acerca del proceso de cambio e incrementa la esperanza y expectativa y el control personal.

2. El terapeuta debiera utilizar sus modelos y técnicas para generar nuevas posibilidades, es decir, considerar otro modelo o técnica. Un modelo adicional puede ser útil para los terapeutas, ya que los provee con maneras alternativas de conceptualizar y conducir el tratamiento cuando no se está progresando. Como plantean Miller y cols. (1997), los clientes serán probablemente beneficiados y estarán satisfechos con el tratamiento cuando los terapeutas sean flexibles y no intenten convencer acerca de la utilidad de un enfoque. Las orientaciones que ayudan al terapeuta a adoptar una forma diferente de identificar o aproximarse a las metas del cliente, establecer un mejor acoplamiento con el nivel de participación del mismo en el tratamiento, estimular la esperanza, capitalizar los eventos fortuitos y fortalezas del cliente y utilizar los elementos externos de éste probablemente serán más beneficiosas para los resultados de la terapia.

II.3.4. Sugerencias para potenciar la contribución de las variables del cliente

De acuerdo con la revisión de los planteamientos hechos por Miller y sus colaboradores (1997, 2000), existirían diversas maneras de usar las características del cliente favor de la terapia. Aunque no es una lista de directrices que deben seguirse al pie de la letra, lo que se presenta a continuación podría ser una guía amplia de cómo hacer que el uso de estos factores aumente la probabilidad de éxito del proceso terapéutico.

1. Tener presente la competencia del cliente. De acuerdo con Miller y cols. (1997), los terapeutas deben comenzar a situar a los clientes en el lugar que se merecen, como los

principales agentes en su proceso de cambio, siendo curiosos y empáticos, y tratando de balancear cuidadosamente las quejas que traen a la terapia con los recursos, habilidades y fortalezas que tienen al mismo tiempo en sus vidas. Estar atento a la contribución del cliente no significa que el terapeuta ignora su sufrimiento. En lugar de esto, el terapeuta escucha la historia completa: la confusión y la claridad, el sufrimiento y la resistencia, el dolor y el enfrentamiento, la desesperación y el deseo.

2. Trabajar dentro de la visión de mundo del cliente. Hablar y trabajar dentro del lenguaje del cliente es una vía más a través de la cual los terapeutas pueden aprovechar la contribución de los clientes al cambio. Esto implica un respeto por las experiencias de vida y visión de mundo del cliente y además permite prevenir que éste no quede atrapado en el lenguaje particular del terapeuta. Sin embargo, lo más importante de conducir el tratamiento desde la visión del mundo del cliente es que aumenta las posibilidades que cualquier cambio resultante en el proceso pueda ser generalizado al mundo exterior de la sala del terapeuta, donde el lenguaje de la terapia tiene menor posibilidad de ser hablado.

3. Utilizar el mundo exterior del cliente en la terapia. Las investigaciones indican que la mayoría de los clientes buscan y encuentran apoyo fuera de la relación formal de la terapia (Miller, Duncan y Hubble, 2000). Esta tendencia natural de buscar fuera de la terapia muchas fuentes de ayuda puede ser facilitada por el terapeuta simplemente escuchando y siendo curioso acerca de lo que acontece en la vida del cliente, así como también, explorando y alentando activamente la utilización de los recursos de su comunidad, es decir, el soporte social con que cuenta el cliente (Miller, Duncan y Hubble, 1997; Hubble, Duncan y Miller, 1999)

4. Focalizar el trabajo en el cambio. Muchos terapeutas miran hacia el futuro, hacia el tiempo en que sus clientes comenzarán a mejorar producto del tratamiento. Sin embargo, cuando la mejoría no tiene relación con eventos o procesos ocurridos dentro

de la terapia, los cambios pueden ser minimizados o pasados por alto. Estar focalizado en el cambio, de acuerdo a Miller y cols. (1997), significa que el terapeuta hace un esfuerzo para escuchar y validar el cambio del cliente cuando y por cualquier razón que éste ocurra durante el proceso terapéutico. Esto significa que el terapeuta cree en la probabilidad del cambio y, como resultado, crea un contexto terapéutico en que las nuevas perspectivas, conductas o sentimientos son bienvenidos y acrecentados.

Finalmente, como plantean Asay y Lambert (1999), la sensación de eficacia del cliente también aumenta cuando las mejorías en su funcionamiento se identifican y resaltan. Este proceso se facilita cuando el terapeuta toma una actitud activa de indagación acerca de si el cliente ha notado la presencia de cambios durante la sesión y entre las sesiones y cómo estos cambios pueden ser relacionados con los esfuerzos que está haciendo el cliente en la terapia. Para lograr esto, es necesario facilitar dos creencias principales en los clientes. En primer lugar, los clientes deben ser alentados a ver las ganancias del proceso terapéutico como una consecuencia de su esfuerzo y no del terapeuta, la medicación o la terapia y, en segundo lugar, los clientes necesitan saber que ellos no están eximidos de tener otros problemas en el futuro. Sin esta preparación, cuando los obstáculos aparezcan, los clientes se pueden desmoralizar y es probable que subestimen las nuevas habilidades aprendidas para enfrentar los problemas. Los síntomas pueden reaparecer sin que los clientes interpreten este hecho como una evidencia de fracaso (Asay y Lambert, 1999).

III. MARCO METODOLÓGICO

III. MARCO METODOLÓGICO

III.1 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

III.1.1. Objetivo General

Conocer y describir aquellas variables que los psicoterapeutas de distintos enfoques del ámbito nacional consideran fundamentales en la efectividad del terapeuta.

III.1.2. Objetivos Específicos

- Identificar factores comunes a los buenos terapeutas, independientemente de su enfoque teórico.
- Relacionar e integrar la información obtenida con los datos recolectados de la teoría y la investigación sobre variables del terapeuta.

III. 2. TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación, de acuerdo con Krause (1995), posee un carácter descriptivo y analítico relacional con utilización de metodología cualitativa, por considerar que este tipo de metodología era la aproximación más adecuada para alcanzar los objetivos de la misma. Es un estudio descriptivo, debido a que permite un análisis de cómo es y se manifiesta un fenómeno y sus componentes, y se constituye en analítico relacional, en el sentido de tomar conceptos, encontrar nexos e integrarlos en conceptos más amplios.

La investigación cualitativa *“produce datos descriptivos: Las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable”* (Taylor y Bogdan, 1992, p. 20). Como señala Ray Rist (en Taylor y Bogdan, 1992), la metodología cualitativa, a diferencia de la

cuantitativa, consiste en más de un conjunto de técnicas para la recolección de datos. Es una forma de encarar el mundo empírico. Según Taylor y Bogdan (1992), sus principales características son las siguientes:

1. La investigación cualitativa es inductiva. Los investigadores desarrollan conceptos, intelecciones y comprensiones partiendo de pautas de datos y no recogiendo datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidos. En los estudios cualitativos los investigadores siguen un diseño de investigación flexible. Comienzan sus estudios con interrogantes sólo vagamente formuladas.
2. En la metodología cualitativa el investigador ve al escenario y a las personas en una perspectiva holista; las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo. El investigador cualitativo estudia a las personas en el contexto de su pasado y de las situaciones en las que se hallan.
3. Los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio. Se ha dicho que éstos son naturalistas, es decir, que interactúan con los informantes de un modo natural y no intrusivo. Aunque los investigadores cualitativos no pueden eliminar sus efectos sobre las personas que estudian, intentan controlarlos o reducirlos a un mínimo o, por lo menos, entenderlos cuando interpretan sus datos.
4. Existen distintas perspectivas en metodología cualitativa. Entre éstas se pueden encontrar: la perspectiva fenomenológica, en que los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro de su marco de referencia, es decir, se busca entender los fenómenos sociales desde la perspectiva propia del actor social. También está la perspectiva constructivista, en que existe una co-

construcción de los significados, proceso que se da en el proceso de interacción social. Esta investigación se desarrolla en un punto de cruce de ambas perspectivas, porque es esencial comprender el proceso terapéutico desde la visión de los propios entrevistados, sin olvidar que los significados son co-construídos en el proceso de interacción investigador-investigado.

5. El investigador cualitativo suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones. Tal como lo dice Bruyn (1966, en Taylor y Bogdan, 1992), el investigador cualitativo ve las cosas como si ellas estuvieran ocurriendo por primera vez. Nada se da por sobrentendido, todo es un tema de investigación.
6. Para el investigador cualitativo todas las perspectivas son valiosas. Este investigador no busca la "verdad" o la "moralidad", sino una comprensión detallada de las perspectivas de otras personas.
7. Los métodos cualitativos son humanistas. Estos, con los cuales se estudia a las personas, necesariamente influyen sobre el modo que se las ve.
8. Los investigadores cualitativos dan énfasis a la validez en su investigación. Esto les permite permanecer próximos al mundo empírico (Blumer, 1969, en Taylor y Bogdan, 1992). Están destinados a asegurar un estrecho ajuste entre los datos y lo que realmente la gente dice y hace.
9. Esta metodología de estudio es orientada al descubrimiento

exploratoria, expansionista e inductiva.

III.3. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL UNIVERSO

El universo del cual se extrajeron las personas que se entrevistaron para los fines de esta investigación está compuesto por psicólogos del ámbito nacional, que trabajen como psicoterapeutas y con una experiencia mínima de quince años, y que se encargan de la formación de terapeutas en centros especializados. La última condición es que, como psicoterapeutas, se adscriban a alguno de los cuatro enfoques teóricos que se describen generalmente en la literatura, a saber: cognitivo-conductual, psicodinámico, humanista-experiencial y sistémico.

III.4. SELECCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

En la selección de los informantes se utilizó el muestreo teórico, en que se selecciona a los primeros informantes y después de completar las entrevistas con éstos, se amplía el número de entrevistados hasta descubrir toda la gama de perspectivas de las personas en las cuales se está interesado. Esto se determina cuando entrevistas con personas adicionales no producen ninguna comprensión real nueva del fenómeno que se está estudiando.

De esta forma, se elaboró originalmente una lista con doce potenciales entrevistados, de los cuales se entrevistaron efectivamente ocho terapeutas, seis mujeres y dos hombres, con experiencias que fluctúan entre quince y treinta y tres años de trabajo como

psicoterapeutas y 10 a 20 años como formadores y que se adscriben a los cuatro principales enfoques teóricos descritos con anterioridad.

El hecho de haber realizado sólo ocho de las doce entrevistas planificadas inicialmente, se explica porque se produjo una temprana saturación teórica de las categorías conceptuales, es decir, desde la sexta entrevista los datos obtenidos ya no agregaron información nueva. Debido a lo anterior, la séptima y octava entrevistas fueron realizadas para confirmar esta situación.

III.5. RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

La recolección de los datos se realizó por medio de entrevistas en profundidad orientadas por una pauta semi-estructurada, las que, de acuerdo con Rodríguez, Gil y García (1996), se utiliza para obtener información sobre un determinado problema, acerca del cual se tienen ciertas ideas más o menos fundadas, y se desea profundizar en ellas hasta encontrar explicaciones convincentes. A partir de lo anterior, se establece una lista de temas que permiten un acercamiento al foco de la entrevista, quedando ésta a la libre discreción del entrevistador, quien sondea razones y motivos sin ajustarse a una estructura formal previa. Adicionalmente, como señalan Taylor y Bogdan (1992), el uso de una pauta semi-estructurada permite asegurar la exploración de temas claves en las entrevistas realizadas a los informantes, en la cual no se desea contrastar una teoría, un modelo o supuestos determinados como explicación de un problema.

Por otra parte, puesto que en la metodología de investigación de carácter cualitativo no corresponde definir a priori las variables, y se considera que éstas son emergentes del estudio, solamente se lleva a cabo una delimitación de los ámbitos temáticos que se desean explorar. De esta manera, los ámbitos temáticos planteados para incorporarlos en la entrevista correspondieron a ciertas directrices entregadas por los datos de la

investigación sobre variables del terapeuta. Al tomar estos ámbitos, se intentó tener un punto de referencia desde el cual poder observar y describir el quehacer de los terapeutas entrevistados, es decir, determinar el grado de concordancia existente entre su quehacer y los hallazgos mencionados por las investigaciones llevadas a cabo durante los últimos años.

Estos ámbitos fueron:

1. *Rol del terapeuta en el proceso terapéutico*: Responsabilidad del terapeuta en un proceso de cambio terapéutico, que conduzca a un resultado exitoso.
2. *Grado de efectividad*: Variabilidad de la efectividad personal del terapeuta en relación con las características del cliente, el tipo de motivo de consulta, las características del terapeuta, entre otros elementos.
3. *Competencias generales*: Características y habilidades (cognitivas, emocionales e interpersonales) que deben desarrollar los terapeutas para resultar efectivos en su quehacer.
4. *Competencias teóricas*: Papel que juegan las técnicas y la orientación teórica del terapeuta (factores específicos) en la efectividad del trabajo realizado.
5. *Competencias relacionales*: Capacidad de los terapeutas para establecer una relación terapéutica productiva con los clientes.
6. *Competencias personales*: Capacidad de los terapeutas de utilizar al máximo los recursos de su personalidad en el trabajo con sus clientes.

7. *Características externas observables*: Características sociodemográficas que los psicoterapeutas traen a sesión, tales como la edad, el sexo, la etnia y la situación socioeconómica, y que pueden influenciar el resultado del tratamiento.
8. *Expectativas*: Ideas que tiene el psicoterapeuta respecto del cliente, junto con la capacidad de aprovechar al máximo las expectativas de los clientes, que afectan la conducta e intervención terapéutica, y finalmente, influyen en el resultado del tratamiento.
9. *Autoevaluación*: Capacidad para someter a revisiones periódicas tanto la calidad del trabajo profesional como el bienestar personal del terapeuta.
10. *Formación*: Aporte de la formación clínica en torno a la enseñanza de competencias psicoterapéuticas que puedan potenciar la efectividad de los procesos terapéuticos.
11. *Ética*: Grado de responsabilidad y preocupación respecto de mantener elevados niveles de efectividad en todos los ámbitos de competencias señalados con anterioridad.
12. *Comportamientos que resultan de ayuda*: Sugerencias para mantener y potenciar el nivel de efectividad alcanzado por los terapeutas.

III.5.1. Fundamentos de la entrevista elaborada:

La entrevista elaborada pretendió abordar ciertos aspectos que permitieran conocer y describir aquellas variables que los psicoterapeutas de distintos enfoques del ámbito nacional consideran fundamentales en la efectividad del terapeuta. Cada pregunta elaborada (ver Anexo 1) representa indagaciones acerca de lo anterior, y su construcción

se llevó a cabo sobre la base de la fundamentación teórica y empírica sistematizada a partir de la literatura revisada.

Como sustento de validez para la elaboración de la pauta de entrevista se utilizó el Criterio de Jueces. Los jueces seleccionados fueron:

- Una psicóloga especializada en metodología de la investigación y desarrollo de instrumentos.
- Tres psicólogos clínicos acreditados como psicoterapeutas.

Pregunta 1: Algunas personas adoptan la postura de que el terapeuta es el responsable de iniciar un proceso terapéutico que conduzca a un resultado exitoso. Otros, consideran que el rol del terapeuta es simplemente generar o sembrar algunas ideas sin centrarse específicamente en los objetivos. ¿Cuál es su opinión con respecto a la responsabilidad del terapeuta en la formación de un contexto favorable al cambio en sus clientes? En otras palabras, ¿Qué papel adjudicaría al psicoterapeuta en el proceso terapéutico? y ¿Cuál es la palabra que mejor designa la labor de un terapeuta?

Esta pregunta explora las ideas centrales que tienen los terapeutas respecto de su rol en el proceso terapéutico. Se considera necesario investigar en torno a este tema para contextualizar la visión de los terapeutas acerca de qué comportamientos, habilidades o condiciones deben desarrollar para conducir un proceso terapéutico que lleve a un resultado exitoso.

Preguntas 2 (a) y 2 (b): Al parecer un buen terapeuta no necesariamente debiera serlo con todos sus clientes. 2.a. ¿Cree Ud. que un mismo psicoterapeuta puede ser más efectivo con algunos clientes que con otros?. Si es así, ¿qué factores influirían en que esto fuera de esa manera? y, 2.b. ¿Qué distinguiría a un mal de un buen terapeuta?, ¿qué distinguiría a un buen terapeuta de un gran terapeuta?

Una serie de investigaciones (Najavits y Weiss, 1994; Lafferty, P., Beutler, L. y Crago, M., 1989; Luborsky, L., Crits-Christoph, P., McLellan, T., Woody, G. y cols., 1986) han señalado que los terapeutas tienden a mostrar diversos grados de efectividad dependiendo de una serie de elementos, entre los cuales se cuentan los estilos interpersonales, las competencias técnicas, el grado de conocimiento, y las características personales tanto del cliente como del terapeuta. De esta manera, esta pregunta indaga sobre este tema con la creencia de que aumentar el conocimiento de la variabilidad en el desempeño del terapeuta puede ser de gran ayuda para que los terapeutas se hagan conscientes de aquellas características o condiciones que pueden actuar en detrimento de su grado de efectividad.

Pregunta 2(c): De la observación que ha realizado del trabajo de otros colegas ¿cuál diría Ud. que es el porcentaje de terapeutas efectivos versus inefectivos?

Puesto que Luborsky (1985) plantea que los terapeutas son hábiles en identificar a otros terapeutas potencialmente efectivos y en discriminar quienes son menos efectivos, esta pregunta pretende sondear la opinión de los entrevistados respecto de la efectividad percibida en otros colegas y, por lo tanto, del nivel general de la calidad profesional en nuestro país.

Pregunta 3 (a) y 3 (b): Si existiera una receta para fabricar terapeutas efectivos: 3.a. ¿Qué ingredientes incluiría en ella? (características cognitivas, emocionales y relacionales) y, 3.b. ¿En qué se basa para sostener esta opinión (investigación, teoría, experiencia personal y o profesional)?

Múltiples han sido los intentos por investigar aquellas características o competencias comunes a los buenos psicoterapeutas. Beutler y cols. (1986, 1994) han realizado durante los últimos quince años una serie de investigaciones y metaanálisis respecto de la influencia de las variables del terapeuta sobre la efectividad de la terapia, atendiendo a competencias personales, relacionales y teóricas. Estas preguntas pretenden indagar la opinión de los terapeutas respecto de cuáles son las competencias imprescindibles en los

terapeutas para realizar un trabajo efectivo. Asimismo, se desea conocer el sustento teórico, empírico o personal que permita fundamentar la importancia de tales competencias.

Pregunta 4: A la mayoría de los terapeutas se nos ha enseñado que es importante tener un marco teórico para guiar nuestras actividades clínicas. ¿Qué opinión tiene Ud. respecto del papel que juegan las técnicas y la orientación teórica en la efectividad del trabajo realizado por el psicoterapeuta?

En la investigación en psicoterapia, la manera más predominante de definir a los terapeutas ha sido con relación a su orientación teórica (Lambert, 1989). Sin embargo, tras analizar los estudios en torno a los resultados de la psicoterapia, la orientación teórica de los terapeutas y su capacidad para aprender técnicas han mostrado ser poco relevantes en la predicción de los resultados del tratamiento (Beutler y cols., 1994). En este sentido, Crits-Christoph y Mintz (1991) plantean que la magnitud de los beneficios en los procesos terapéuticos se encuentra más asociada con el terapeuta que con el tipo de psicoterapia que el terapeuta practica. Esta pregunta indaga respecto de la opinión que tiene los entrevistados sobre la importancia que tienen las técnicas y la orientación teórica del terapeuta en la efectividad de su trabajo.

Pregunta 5: Durante años la teoría y la investigación en psicoterapia han mencionado la importancia de que los terapeutas posean un repertorio rogeriano de manera de realizar una terapia más efectiva. Desde su punto de vista ¿Qué rol le atribuye a las aptitudes relacionales del psicoterapeuta en la efectividad del proceso terapéutico?

En la actualidad, es posible sostener que, probablemente, la característica común más reconocida para la efectividad de la psicoterapia sea la trascendencia que entraña la relación terapéutica. La importancia de desarrollar una buena relación terapéutica para el éxito de la terapia ha sido documentada en una considerable cantidad de estudios empíricos (Orlinsky y Howard, 1986, en Kleinke, 1995; Bachelor y Horvath, 1999;

Luborsky y cols., 1986; Miller, Duncan y Hubble, 1997). Asimismo, existe consenso respecto de la importancia de desplegar, sobre todo al inicio de un proceso terapéutico, aquellas variables comúnmente denominadas rogerianas. De esta manera, esta pregunta explora el rol que se le atribuye a las competencias relacionales de los terapeutas en un proceso y resultado terapéutico exitoso.

Pregunta 6: En diversas ocasiones los terapeutas subestiman el poder de influencia de sus propias características observables externamente. A su juicio, ¿qué rol juegan las características sociodemográficas del terapeuta en su efectividad (edad, sexo, etnia, estatus socioeconómico)?

El tema de las características externas observables del terapeuta (edad, el género, la etnia y la condición socioeconómica) ha recibido la atención de una serie de investigadores tanto en el efecto que tienen por sí solas (por ej. a mayor edad, mayor efectividad), como en el impacto que tiene el grado de complementariedad de estas variables del terapeutas con las mismas características del cliente. Con respecto a esto último, Beutler y cols. (1994) han reportado que la similitud entre cliente y terapeuta puede ser un componente crítico al momento de iniciar un proceso terapéutico. De esta manera, la presente pregunta pretende indagar la opinión que tienen los entrevistados respecto de la influencia que este tipo de variables tiene sobre el proceso y el resultado terapéutico.

Pregunta 7: Es evidente que las actitudes y las expectativas del terapeuta respecto del cambio tienen gran influencia sobre los resultados terapéuticos. En este sentido, 7.a. ¿qué comentarios podría hacer sobre este punto, dentro del contexto de su trabajo? y, 7.b. Y además, cuando se siente pesimista acerca del progreso de una terapia, ¿qué hace para recuperar su optimismo?

Las expectativas del terapeuta y del cliente han sido consideradas un importante elemento tanto al inicio como en el desarrollo de cualquier proceso terapéutico. De hecho, numerosas investigaciones muestran que parte del éxito de la terapia depende de la capacidad del terapeuta para adecuar flexiblemente sus expectativas a las características particulares de sus clientes (Beutler, 1986), de aprovechar al máximo las

propias expectativas de los clientes (Miller, Duncan y Hubble, 1997; Snyder y cols., 1999, en Opazo, 2001), y de hacer converger las expectativas de ambos (Beutler, 1986). Esta pregunta explora la opinión de los terapeutas respecto de la importancia que atribuyen a este factor en el resultado terapéutico y sobre los mecanismos que desarrollan para mantener constantemente una expectativa positiva en relación con la posibilidad de cambio de sus clientes.

Pregunta 8 (a), 8 (b), 8(c) y 8(d): Una de las exigencias fundamentales que se ha realizado a los terapeutas es la evaluación constante de su propio trabajo. En ese sentido, 8.a. ¿Cómo sabe Ud. cuando está siendo efectivo en el trabajo con su(s) cliente (s)?, 8.b. ¿Cómo evalúa Ud. su efecto sobre sus clientes?, 8.c. ¿Podría estimar el porcentaje de clientes que cree haber ayudado durante su carrera como psicoterapeuta? y, finalmente, 8.d. ¿Conoce o aplica algún método particular para medir efectividad en el proceso y resultado terapéutico? Explique.

El tema de someter a revisiones periódicas tanto la calidad del trabajo profesional como el bienestar personal del terapeuta parece tan relevante, que en estas preguntas se pretende indagar la opinión de los entrevistados respecto de este punto.

Pregunta 9(a), 9 (b), 9 (c) y 9(d): Respecto de una formación de terapeutas que atienda a las exigencias del panorama actual de la psicoterapia, desde su punto de vista: 9.a. ¿Qué debieran aprender los futuros terapeutas a fin de asumir eficazmente el proceso de cambio terapéutico?, 9.b. ¿Cuáles serían los factores que más debieran enfatizarse en la formación de psicoterapeutas?, 9.c. ¿En qué fundamenta el énfasis en tales factores? (investigación, teoría, experiencia personal y o profesional) y, finalmente, 9.d. Del total de alumnos que han sido formados y/o supervisados por Ud., ¿qué señales le permiten saber cuando un terapeuta será efectivo con sus clientes y cuando no?

El tema de la formación y el entrenamiento clínico resulta polémico y controvertido, ya que por desgracia, no se dispone de datos concluyentes sobre si los programas de formación son efectivos para dotar a sus estudiantes de las aptitudes y características

personales necesarias para obtener buenos resultados terapéuticos. Siguiendo esta misma línea, en una encuesta aplicada a psicoterapeutas chilenos, uno de los aspectos menos mencionados como potentes y efectivos para su quehacer, fueron la formación teórico-práctica (Casanova y cols., 1995). No obstante lo anterior, año tras año cientos de terapeutas siguen ingresando a programas de formación con la esperanza de incrementar sus competencias personales y profesionales. La pregunta elaborada tiene por objetivo conocer la opinión de los entrevistados respecto de los elementos que debieran enfatizarse de manera tal que los futuros terapeutas asuman eficazmente el proceso de cambio terapéutico. Adicionalmente, se exploran los fundamentos empíricos, teóricos o personales que sustentan el énfasis en los elementos señalados.

Pregunta 10: A su juicio, en términos de una práctica psicoterapéutica ética, ¿el terapeuta tiene la responsabilidad ética de orientarse hacia los resultados? En otras palabras, ¿el ser efectivo, es una obligación ética para los terapeutas?

Ser terapeuta implica asumir grandes responsabilidades éticas y sociales, por lo tanto, una discusión seria y constante sobre los aspectos éticos que encierra el ofrecer un servicio de calidad, es algo que la comunidad psicológica debiera hacer regularmente. Esta pregunta explora el grado de responsabilidad y de preocupación que consideran los entrevistados que deben tener los terapeutas respecto de la mantención de elevados niveles de efectividad en todos los ámbitos de competencias señalados con anterioridad.

Pregunta 11: Finalmente, si tuviera que escribir tres indicaciones breves a modo de recordatorio para no perder el nivel de efectividad de su terapia y la que realizan otros, ¿cuáles serían éstas?

Como forma de finalizar esta entrevista, se ha pensado que puede resultar interesante que los entrevistados ofrezcan algunas indicaciones o sugerencias para mantener y potenciar el nivel de efectividad alcanzado por los terapeutas.

III.6. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para el análisis de los datos se utilizó una aproximación al método cualitativo desarrollado por Glasser y Strauss (1967, en Krause, 1995), denominado “Grounded Theory”, conocida como Teoría Fundamentada Empíricamente, la que permite trascender lo únicamente descriptivo para intentar generar modelos explicativos desde los datos obtenidos en la investigación. Estos autores se centran en dos estrategias para desarrollar la teoría. La primera de éstas, que fue la base de esta investigación, se refiere al muestreo teórico, donde *“se eligen los primeros sujetos, documentos o situaciones de observación y se analizan los datos obtenidos. Mediante el análisis de estos primeros datos, se generan conceptos, categorías conceptuales e hipótesis que son utilizadas para generar criterios mediante los cuales se seleccionan los siguientes sujetos que se integran a la muestra”* (Krause, 1995, p. 8). El análisis y recolección de los datos se realiza simultáneamente, hasta lograr la saturación teórica de las categorías conceptuales a partir del análisis. Es decir, se recoge información hasta que los nuevos datos no aporten nada nuevo a lo ya obtenido.

La segunda estrategia se refiere al método de comparaciones constantes, a través del cual el investigador, simultáneamente, codifica y analiza datos para desarrollar conceptos. Los resultados que se van generando se registran y se van constituyendo idealmente en *“piezas del modelo teórico que se va desarrollando e integrando a medida que progresa la investigación”* (Krause, 1995, p.9).

El análisis de datos se realiza a través de la codificación en tres etapas, que se pueden desarrollar en forma paralela:

1. Codificación Abierta

La Codificación Abierta hace referencia al proceso de fragmentar, examinar, comparar, conceptualizar y agrupar en categorías los datos obtenidos. Esto incluye dos etapas:

- **Conceptualización de los Datos:** Consiste en tomar, a partir de los datos, una observación, sentencia o frase y darle un nombre que lo identifique como fenómeno.
- **Categorización:** Se refiere a la agrupación de conceptos similares en un fenómeno más abstracto. A este fenómeno se le da un nombre representando una categoría.

Las categorías se desarrollan a partir de sus propiedades y dimensiones. Las primeras se refieren a las características o atributos de la categoría y las segundas a su ubicación en un determinado continuo.

2. Codificación Axial

La codificación axial alude al proceso de volver a agrupar los datos. Se realizan conexiones entre categorías y subcategorías, no llegando aún a la categoría central.

3. Codificación Selectiva

En esta fase se selecciona una categoría central que se relaciona sistemáticamente con otras categorías, completando las que necesiten más precisión y/o desarrollo. Se realiza una integración similar pero en un nivel de abstracción mayor que en la Codificación Axial. El objetivo de la Codificación Selectiva es desarrollar un modelo de realidad conceptual, comprensible y fundamentado en datos.

En esta investigación se consiguió llegar hasta el proceso de codificación axial, no pudiendo generarse una categoría central que lograra relacionarse con las categorías encontradas en el análisis previo.

III.7. CRITERIOS DE RIGUROSIDAD CIENTÍFICA

Existe consenso entre los investigadores cualitativos respecto de que los criterios de rigor científico deben referirse tanto al diseño de la investigación y de recolección de datos, como al análisis de datos y a la elaboración y presentación de los resultados. Sin embargo, existe discrepancia respecto de la posibilidad de considerar los criterios tradicionales de rigurosidad científica como validez, replicabilidad, etc. y modificarlos de manera de utilizarlos en metodología cualitativa o, generar nuevos criterios propios para la metodología cualitativa. Krause (1995) adscribe a la segunda posición, es decir, a la generación de conceptos nuevos, de los cuales se presentan a continuación aquellos que se aplican específicamente a la presente investigación:

- **Densidad, profundidad y aplicabilidad/utilidad:** Estos son criterios que se postulan en reemplazo del criterio tradicional de “validez”. La “densidad” se refiere a la inclusión de información detallada, de significados e intenciones, tanto en la recolección como en el análisis de datos. Con el concepto de “profundidad” se hace referencia al efecto de la triangulación (de métodos, investigadores o fuentes de datos) sobre los resultados. Finalmente, la “aplicabilidad/utilidad” se lograría a través de la complejidad de los resultados y de su cercanía con los datos empíricos.
- **Transparencia y Contextualidad:** Reemplazan los criterios de confiabilidad y replicabilidad y se aplican al análisis de datos, sobre todo a la presentación de resultados. La “transparencia” hace alusión a la posibilidad que tendría que tener el lector de entender cómo se llegó a los resultados. Implica incluir en la presentación de estudios cualitativos información clara y precisa de todo el procedimiento metodológico, desde la selección de la muestra hasta la presentación misma de los resultados. Por su parte, la “contextualidad” se refiere a la inclusión de la descripción del contexto de generación de datos y resultados, como también de un análisis de la interacción de resultados y contexto (Corbin y Strauss, en Krause, 1995).

- **Intersubjetividad:** Ocupa el lugar de la objetividad en estudios cuantitativos. Se refiere específicamente a la etapa del análisis de datos: implica la inclusión de más de un investigador y/o de los mismos “investigados” en el proceso de análisis (Krause, 1995).

III.8. CONSIDERACIÓN PARA EL ANÁLISIS DE LOS DATOS

La obtención de la muestra tuvo escasa dificultad, gracias a la excelente disposición que mostraron los terapeutas a quienes se contactó con el fin de ser entrevistados.

Las entrevistas fueron grabadas en cassettes de audio, puesto que ningún entrevistado manifestó dificultad cuando se les consultó al respecto. Adicionalmente, la entrevistadora consideró necesario tomar notas en relación con los contenidos de las entrevistas realizadas, tanto durante las mismas como en la transcripción de éstas.

III.9. PROCEDIMIENTO EMPLEADO PARA LA OBTENCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

La obtención de los datos se generó a partir de una muestra autogenerada, para lo cual se utilizó la Técnica de la Bola de Nieve (Taylor y Bogdan, 1992), que implica conocer algunos informantes y lograr que ellos faciliten el acceso a otros. Al principio se ubicaron informantes potenciales a través de psicólogos conocidos por los investigadores. Esto hasta lograr el número de doce potenciales entrevistados, de los cuales se entrevistaron efectivamente ocho.

Las entrevistas fueron realizadas en las consultas de los propios entrevistados. Antes de cada entrevista se dio lugar a la aclaración de dudas y a la explicación de algunas características generales de la entrevista, es decir, la duración de ésta (45-60 minutos aproximadamente), la utilización de la grabadora, el hecho que las preguntas estarían relacionadas con su quehacer como terapeuta y que si una pregunta incomodaba no estaban obligados a responderla.

Paralelamente a la realización de entrevistas, se dio inicio al proceso de análisis de los datos que éstas ofrecieron.

▪ **Análisis global**

1. En primer lugar, las respuestas fueron conceptualizadas, es decir, se denominaron los fenómenos utilizando un lenguaje común para las ideas similares.
2. Posteriormente, se realizó la primera categorización, la cual produjo una significativa cantidad de categorías, algunas de las cuales se relacionaban con los ámbitos temáticos propuestos en la entrevista y otras que emergieron con independencia de dichos ámbitos.
3. Luego se agruparon las categorías en categorías mayores, es decir, se generaron conceptos que daban cuenta de un rango más amplio de información.
4. Finalmente, se relacionó la información obtenida con los ámbitos temáticos especificados previamente, es decir, con respecto a las variables del terapeutas que inciden en la efectividad de la psicoterapia.

▪ **Discusión y Conclusiones**

En este punto se realiza una comparación e integración entre el análisis global y los ámbitos temáticos descritos inicialmente. Los datos anteriores resultaron ser un aporte para el desarrollo de nuevas conceptualizaciones en torno a los temas planteados al inicio de la investigación. Posteriormente se establecen proposiciones para futuras investigaciones relacionadas con este tema.

IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS

IV.1. ANÁLISIS GLOBAL

Antes de realizar el análisis global de la información recabada mediante las entrevistas realizadas, cabe mencionar que existe una serie de contenidos en el discurso de los entrevistados que se vinculan entre sí, razón por la cual algunas de las categorías se encuentran relacionadas estrechamente con otras. Por lo tanto, las siguientes categorías han sido delimitadas artificialmente sólo con fines de análisis.

▪ Categorías encontradas

En concordancia con el discurso de los entrevistados, los contenidos más relevantes encontrados son los siguientes:

1. El terapeuta asume un rol de *facilitador* del cambio terapéutico.
2. Los terapeutas efectivos poseen grandes habilidades para establecer una buena relación terapéutica con sus clientes.
3. Los terapeutas efectivos cuentan con un amplio repertorio cognitivo, afectivo y conductual.
4. El grado de efectividad de los terapeutas puede verse afectado por una serie de variables.
5. Los terapeutas efectivos son personas *relativamente* sanas, maduras y que atienden a su propio desarrollo y bienestar integral.
6. Los terapeutas efectivos poseen un *elevado* grado de flexibilidad.
7. Los terapeutas efectivos están constantemente interesados en aprender más sobre sí mismos.

8. Los terapeutas efectivos utilizan diversos criterios para evaluar constantemente su propia efectividad.
9. Los terapeutas efectivos confían firmemente en la capacidad para cambiar de sus clientes.
10. Un terapeuta efectivo requiere de una formación amplia, completa e integral.
11. La preocupación por la efectividad del terapeuta es una obligación ética.

CATEGORÍA 1: El terapeuta asume un rol de *facilitador* del cambio terapéutico.

Respecto de esta primera categoría, que por cierto recoge aquellos elementos más significativos con relación al rol que debe asumir el terapeuta a lo largo del proceso psicoterapéutico, resulta central señalar que la gran mayoría de los entrevistados se define como personas que cumplen la labor de *facilitar* el proceso de cambio terapéutico, y no como “agentes de cambio”, puesto que los verdaderos agentes de cambio son los clientes. De esta manera, se otorga mayor protagonismo al cliente y se abre un espacio de mayor creatividad con respecto a la participación de terapeuta y consultante, donde el primero pasa a ser un co-constructor de cambios y, por lo tanto, deja de lado su experticia y sentimientos de omnipotencia.

“...Para mi gusto el terapeuta es un facilitador de cambio, eso me parece algo menos pretencioso y más realista”.

“...A diferencia de cómo se decía anteriormente, creo que los terapeutas no somos agentes de cambios, sino que simplemente somos facilitadores de cambio”.

“...El terapeuta es un facilitador de los recursos que tiene el otro, de manera de posibilitar el contacto de esa persona con sus propios recursos”.

▪ Los terapeutas evitan asumir el rol de expertos.

En estrecha vinculación con la subcategoría anterior, gran parte de los terapeutas entrevistados sostiene que evitan ser distantes, interrogar a sus clientes o dar consejos. Consideran que serán contraproducentes si responden a sus clientes realizando juicios de valor, amonestándolos, o confrontándoles de una manera negativa. Adicionalmente, algunos terapeutas consideran que el encuadre de relación terapéutica que propone la

terapia-constructivista: la “relación de experto a experto” es más abarcativa y más potente terapéuticamente.

“...Yo no soy experta de nada, yo soy experta en el problema que voy a resolver ahora con ese paciente en particular, soy experta en el número 42 si ese caso lo resolví bien, pero en el problema 43, no soy experta”.

“...Me hace sentido la idea de Anderson y Goolishian de concebir al terapeuta desde una posición de no saber o de ignorancia”.

- **Los terapeutas ofrecen a los clientes una nueva perspectiva de sus problemas y de sus vidas.**

De manera consistente surgieron acuerdos respecto de la importancia de que el terapeuta ayude a sus clientes a contemplar sus problemas desde una nueva perspectiva y a considerar soluciones que nunca imaginaron que fueran posibles.

“... Yo pienso que lo que uno hace con la persona que consulta es ayudarla a mirarse de otra manera y a percibir la situación desde un lugar del cual pueda hacer algo con ella, lo que a su vez, le permitirá actuar de otra manera”.

“...El terapeuta ayuda a que la gente haga cosas distintas o pueda permitirse otras miradas respecto a aquellas que le han hecho ir a la consulta”.

“...Los buenos terapeutas son aquellos que inyectan novedad a las personas, que ayudan a los clientes a ver que la situación particular por la que atraviesan tiene una salida”.

“...El terapeuta debe facilitar la construcción de significados alternativos, otorgar reformulaciones, ofrecer una mirada distinta. Debe generar alguna novedad en el cliente y ofrecer soluciones originales, lo único que propone el terapeuta es una novedad”.

- **El terapeuta asume un rol predominantemente activo en el proceso terapéutico.**

Para los entrevistados, el rol de terapeuta implica acción, es decir, es necesario estar en constante movimiento tanto para facilitar el proceso terapéutico como para ayudar a los clientes a reconectarse con sus propios recursos o para generar nuevas perspectivas respecto de los problemas que los han llevado a terapia. De acuerdo con la opinión de estos terapeutas, una de las responsabilidades más importantes del rol de facilitador es la de establecer y mantener durante todo el proceso una actitud exploratoria, es decir, una posición de curiosidad y búsqueda activa, ya que para facilitar el proceso, el terapeuta requiere focalizarse activamente en lo que se debe explorar y en lo que se debe hacer para ayudar al cliente a cambiar.

“...El terapeuta tiene un papel activo y directivo en relación a la dirección del tratamiento para lograr los mejores resultados posibles”.

“...Se debe ser activo en el cambio que tiene que producirse en el cliente, ir ayudando a que se produzca un cambio, sin sentarse a mirar solamente”.

“...Si no somos activos en el proceso terapéutico, es menos que si la gente fuera a conversar con un amigo”.

CATEGORÍA 2: Los terapeutas efectivos poseen grandes habilidades para establecer una buena relación terapéutica con sus clientes.

▪ **Relación terapéutica significativa como base del proceso terapéutico.**

Aunque los terapeutas entrevistados representan una variedad de enfoques, todos concuerdan en que la calidad de la relación y la alianza terapéutica juegan un papel central en la generación de resultados terapéuticos positivos. Para estos terapeutas, el hecho de lograr una buena relación con quien consulta es la base del proceso terapéutico, en especial el hecho de transformarse en alguien significativo para el otro. De esta manera, el resultado de cualquier técnica aplicada por el terapeuta tiene como prerequisite el establecimiento de una adecuada relación. Asumiendo que gran parte de la responsabilidad de establecer una relación terapéutica significativa depende de la persona del terapeuta, es posible sostener que las competencias interpersonales del terapeuta son un componente crítico del éxito de la psicoterapia.

“...La relación terapéutica en el modelo psicoanalítico es de primordial importancia”.

“...La relación terapeuta-paciente es la base sobre la que descansa la psicoterapia, y sin la cual ésta no podría existir”.

“...Vivimos en un mundo en que queda muy poco espacio para lo personal...la relación personal entre paciente y terapeuta permite salvar ese espacio, esa posibilidad de encuentro con el otro y con uno mismo”.

“...Considero que la relación paciente-terapeuta es la plataforma que sostiene todo el proceso terapéutico... si la plataforma es débil, nada muy sólido se podrá construir sobre ella”.

“...La buena relación paciente-terapeuta aumenta la efectividad terapéutica y, a su vez, la mayor efectividad (percibida por el paciente) mejora la relación terapéutica”.

▪ **Capacidad para escuchar a sus clientes.**

Los terapeutas sostienen que cuando llega un cliente a consultar, la primera capacidad que el terapeuta debe poner en práctica, es la de escuchar. Sin embargo, esta escucha no sólo consiste en mantenerse en silencio escuchando el discurso del consultante, sino que incluye una enorme cuota de actividad para poder entender lo que el cliente está intentando comunicar, para captar los marcos de referencia del cliente y para distinguir las emociones implicadas a la base de los contenidos del discurso del consultante.

“...El terapeuta tiene que tener la capacidad de escuchar, pero realmente escuchar, porque cuando se escucha con el afán de ser eficiente, eficaz y rápido, prontamente los terapeutas catalogan lo que escuchan y después se mueven por esas categorías fijas y se deja de escuchar creyendo que ya sabemos realmente lo que el otro piensa y siente”.

“...La escucha no es sólo de cabeza, uno también debe escuchar las emociones a la base”.

“...Los buenos terapeutas han desarrollado habilidades de escucha, observación y de cuidado hacia los demás”.

▪ **Capacidad para sentir y expresar empatía, aceptación incondicional y acogimiento a sus clientes.**

Para la mayoría de los terapeutas, el clima emocional de empatía y aceptación, confianza y calidez afectiva constituyen los ingredientes básicos e iniciales del concepto de alianza terapéutica o de trabajo. De esta forma, los entrevistados señalaron como una actividad esencial en su quehacer clínico el escuchar, comprender y hacer que el cliente sienta que puede ponerse en su lugar. Es la capacidad del terapeuta para mirar desde la perspectiva del cliente, abstrayéndose momentáneamente de la propia. Así, el terapeuta se permite ser afectado por la experiencia del paciente, reuniendo, a la vez, información acerca de él.

“...Como regla de hierro los terapeutas deben estar focalizados tempranamente en el desarrollo de una relación cálida, de aceptación y de seguridad”.

“...El terapeuta debe tener un contacto empático que le permita entender lo que el paciente expresa desde la perspectiva del paciente, debe ser capaz de “ponerse en el lugar del paciente”, pero también debe ser capaz de salir de esta identificación”.

“...El terapeuta debe ser cálido y respetuoso y ser capaz de contener los sufrimientos del paciente”.

“...Amar incondicionalmente a la persona que sufre, descubrir su belleza y estar con él en las duras y en las maduras, cuando adoptes esa postura podrás hacer maravillas, y ser mucho más efectivo que la gente que ha pasado por los trainings más horribles”.

“...De las tres variables rogerianas, la más importante es la empatía, el paciente ante todo debe sentirse comprendido afectiva y cognitivamente. Pero las variables rogerianas son necesarias pero no suficientes...y deben ser complementadas de múltiples maneras”.

“...Para que la terapia cognitiva sea efectiva, el terapeuta debe generar rapport a través de métodos como la sinceridad, empatía y precisión”.

Cabe agregar que los terapeutas señalan que no basta con creerse y sentirse empático, cálido y aceptador, sino que son estas variables percibidas por el paciente las que hacen que el vínculo entre éste último y el terapeuta sea significativo para el proceso psicoterapéutico.

“...El terapeuta tiene que saber expresar el interés y la calidez, no sólo hay que haber empatizado con el otro, sino que haber mostrado que tú eres empático y eso es una cosa que se puede aprender”

▪ **Capacidad de facilitar un clima igualitario y de colaboración mutua.**

Según los entrevistados, los terapeutas efectivos tienen la habilidad de establecer y mantener una relación colaborativa e igualitaria con sus clientes. La concepción de la

relación terapéutica como colaboración supone el reconocimiento del saber mutuo y complementario. Por ser mutuo, ubica al cliente en un mismo nivel y, al mismo tiempo, delimita las responsabilidades de cada uno de los participantes de la interacción.

“...Paciente y terapeuta formamos un equipo de trabajo”.

“...Creo que la mejor manera de exponer mis ideas al respecto es que el terapeuta es un “aliado” del paciente” frente a los cambios que él quiere conseguir”.

CATEGORÍA 3: Los terapeutas efectivos cuentan con un amplio repertorio cognitivo, afectivo y conductual.

Los entrevistados coinciden en sostener que para llegar a ser un buen terapeuta se necesita de un amplio repertorio cognitivo, afectivo y conductual. La exigencia de efectividad hace que cada vez se necesite de un mayor número de elementos muy diversos entre sí, que hacen pensar casi en la imagen de un “superterapeuta”. Sin embargo, aún cuando los terapeutas señalan que es casi una utopía alcanzar la totalidad de habilidades y características que se requieren, consideran que deben esforzarse por ser lo más completos posibles, porque por cada característica o habilidad que no tenga el terapeuta, algo pierde el cliente. Así, el retiro de cualquiera de las capacidades y/o habilidades mencionadas por los terapeutas entrevistados tendrá un efecto importante en términos de disminución de la calidad de su trabajo.

“...Un buen terapeuta no puede ser como una flauta, tiene que ser como un piano, tiene que tener muchos tonos y muchas teclas, porque mientras más teclas tenga, más efectivo será en el trabajo con sus clientes”.

“...En un terapeuta deben coexistir una serie de factores aparentemente contradictorios entre sí, esto es un aspecto crucial para el terapeuta. Este necesita desarrollar una serie de potencialidades. Tanto en su corazón como en su cabeza; su capacidad de comprender, aceptar y acoger, tanto en su capacidad de guiar y poner límites, es todo un desafío”.

“...En mi opinión, el llegar a ser un buen terapeuta constituye una meta muy difícil de alcanzar porque involucra poseer múltiples habilidades intelectuales y de personalidad, a los que es preciso agregar un riguroso entrenamiento”.

“...Creo que los terapeutas deben tener un repertorio amplio y complejo, por un lado está lo cognitivo, la capacidad de decodificar y de entender lo que el paciente ve, de hacer distinciones y por otro lo emocional, cuál es el sentimiento que está presente en los discursos de los clientes”.

“...Para ser consecuente con la teoría, los buenos terapeutas son personas que operan más bien hacia la izquierda de las dimensiones operativas, es decir, a nivel de adaptación, flexibilidad, capacidad de abstracción, capacidad de verbalización, y con un amplio repertorio conductual”.

CATEGORÍA 4: El grado de efectividad de los terapeutas puede verse afectado por una serie de variables.

- **No se puede ser igualmente efectivo con todo tipo de clientes.**

La mayor parte de los entrevistados señala que es imposible ser igualmente efectivo con todos los clientes, puesto que las variables intervinientes en los procesos terapéuticos son variadas y complejas.

“...No todos somos igualmente efectivos con todos nuestros pacientes. Dos pacientes pueden tener un mismo diagnóstico, pero no ser equivalentes sus expectativas, sus creencias previas acerca del curso del tratamiento, pueden diferir de la disposición y motivación al cambio y esto inevitablemente va a verse reflejado en el proceso y el resultado del tratamiento, lo cual determinará que el terapeuta ponga al servicio del cliente diferentes capacidades”.

- **El emparejamiento entre las características de clientes y de terapeutas puede hacer variar el grado de efectividad.**

La mayoría de los entrevistados concuerda en que la diferencia entre las características personales de clientes y terapeutas, tales como la edad, el sexo, la etnia o el estatus socioeconómico, puede hacer variar considerablemente los resultados de una psicoterapia. Por lo tanto, en los casos en que se visualice que estas características pueden disminuir los progresos terapéuticos, los entrevistados recomiendan realizar una derivación cuidadosa o, en caso contrario, trabajar exhaustivamente dichas diferencias con el fin de superarlas.

“...Hay pacientes para terapeutas y terapeutas para pacientes”.

“...En casos en que los clientes y los terapeutas están mal emparejados es conveniente que el terapeuta los remita a otro profesional”.

“...Lo que es seguro es que las expectativas de los pacientes sobre como tiene que ser su terapeuta se ponen en juego en el proceso terapéutico y creo que esto es necesario de ser considerado a la hora de derivación”.

“...Las características sociodemográficas del terapeuta dependen mucho de la situación y las expectativas del paciente. En ciertas oportunidades la diferencia de edad, sexo, o la variable que consideremos puede ser altamente facilitadora y en otras, lo contrario. En algunos casos es mejor que el terapeuta sea de la misma religión porque el paciente se sentirá más comprendido y en otras oportunidades esto puede ser intrascendente”.

▪ **Existen diversas maneras de mantener e incrementar el nivel de efectividad de los terapeutas.**

Considerando la variabilidad en la efectividad terapéutica, los terapeutas entrevistados ofrecen una serie de indicaciones que sirven como recordatorio al resto de los terapeutas para no perder su nivel de efectividad. Puesto que las sugerencias establecidas por los entrevistados dictan una estrecha relación con muchas de las categorías señaladas en el presente análisis, en este apartado sólo se mencionarán algunas.

”Comprometerse con el sufrimiento humano”.

“No ponerse ansioso”.

“No aislarse profesionalmente”.

“Mantener la actualización del conocimiento”.

“Focalizar”.

“Mantener la flexibilidad”.

“Hacer terapia personal”.

“Mantenerse al día”.

“Cultivar la rigurosidad”.

CATEGORÍA 5: Los terapeutas efectivos son personas *relativamente* sanas, maduras y que atienden a su propio desarrollo y bienestar integral.

Los entrevistados concuerdan en señalar que el propio bienestar emocional de los terapeutas puede afectar la calidad de su trabajo, por lo que esta categoría hace referencia a la ausencia de disfunciones del terapeuta que puedan interferir en el trabajo con su cliente, pero también en cómo puede afectar positivamente al proceso el que los terapeutas sean capaces de atender a su propio desarrollo y bienestar personal.

▪ **Conciencia respecto de cómo los propios estados emocionales afectan la calidad del trabajo.**

Los terapeutas señalan que cuando los factores estresantes de la vida personal se vuelven demasiado grandes, sus competencias clínicas pueden verse comprometidas. Puesto que los psicoterapeutas están obligados a mantener elevados niveles de competencia y se deben a sí mismos el lograr que su profesión les sea lo más placentera posible, los entrevistados consideran fundamental que, en primera instancia, los clínicos tengan la capacidad de reconocer sus propias fluctuaciones emocionales, para luego asumir la responsabilidad de manejar o resolver tales perturbaciones. De esta forma, los entrevistados señalan que es fundamental que los psicoterapeutas sean capaces de admitir cuando se hallan demasiado perturbados para ser efectivos y tienen la obligación ética de abstenerse de trabajar con clientes y de buscar ayuda profesional.

“...Debemos ser conscientes de que el propio bienestar emocional del terapeuta puede afectar absolutamente su quehacer...cuando una persona se encuentra en un momento de inestabilidad emocional, está inundada por todos lados y hasta manejar el auto se puede hacer complicado, por lo que hay que estar atento a que si no andamos bien, escuchar a otro, recibirlo, acogerlo y ver cómo ayudarlo, es algo que va a requerir un esfuerzo mucho mayor que si estás pasando por un buen momento de tu

vida...nuestra profesión no es un ejercicio mecánico, y requiere un alto grado de creatividad, de concentración para realizar bien nuestro trabajo”.

▪ **Manejo de la ansiedad y la impulsividad.**

La “salud psicológica” del terapeuta resulta fundamental, puesto que esto lo implica directamente como persona, dirigiendo la forma en que enfrenta y guía su accionar terapéutico, orientando a su vez las técnicas, conocimientos y habilidades que poseen. Por esta razón, los entrevistados señalan que los terapeutas deben tener la capacidad de afrontar y aliviar sus propias perturbaciones y consecuentemente no estar ansiosos, hostiles o sentirse disminuidos o atacados en su integridad personal.

“...El mal manejo de la ansiedad y de la impulsividad, el ser muy sensitivo o con fácil tendencia a la humillación son problemas serios. Yo creo que un buen terapeuta no debiera presentar ser muy autorreferente, porque si es así te puedes meter en hartos problemas en la relación con el otro”.

“...En general, los buenos terapeutas son aquellas personas que llamaríamos “más sanas”, es decir, menos ansiosas, menos neuróticas, más productivas y más prometedoras”.

▪ **Congruencia entre la vida personal y la vida profesional.**

Según señalan parte de estos terapeutas, uno de los indicadores de desarrollo y bienestar integral es la congruencia entre la vida personal del terapeuta y su vida profesional. Muchos describen la importancia de ser consecuentes, auténticos y honestos con sus clientes, esto es, “practicar lo que se predica”.

“...Yo creo que es básico que la vida personal del terapeuta tenga congruencia con la vida profesional del mismo, que las cosas que uno hace con los clientes las incorpore consigo mismo también”.

“...Yo pienso que el objetivo del terapeuta es ser un modelo para sus pacientes y mostrar que en su vida también ha podido demostrar competencias de afrontamiento y de solución de sus propios problemas”.

No obstante lo mencionado, aisladamente surge una opinión que discrepa de las anteriores.

“...Yo me atrevo a decirte que no se necesita ser una buena persona para ser un buen terapeuta, lo importante es sólo no tener un grado alto de desequilibrio”.

- **Autocuidado mediante instancias de supervisión, de trabajo en equipo y de terapia personal y otras actividades.**

Según los entrevistados, la profesión de psicoterapeuta entraña un peligro para los clínicos debido a que pueden trabajar física y psicológicamente aislados. La mejor forma de que los terapeutas eviten el aislamiento que los puede llevar a un deterioro progresivo tanto de su bienestar personal como de su calidad profesional, es que mantengan una postura activa en organizaciones profesionales y participen de instancias de supervisión, de terapia personal y de otras actividades, de manera de poder compartir sus impresiones y emociones con otros colegas. De esta forma, se ha encontrado acuerdo entre los terapeutas en que el trabajo en equipo es una actividad que debe prolongarse en el tiempo porque ello los protege de los peligros del aislamiento.

“...Creo que es fundamental que los terapeutas pertenezcan a redes de relaciones profesionales, la psicoterapia es peligrosa si se transforma en una práctica aislada y solitaria, por eso deben relacionarse en grupos donde halla supervisión y contención”.

“...Los terapeutas requieren trabajar en equipo con otros profesionales, puesto que ello provee un mayor espectro de recursos para las variadas situaciones clínicas, mayor intercambio científico, así como soporte para una tarea tan ardua como gratificante”.

“...Los nuevos terapeutas ya no podrán trabajar aislados...”.

“...No comprendo que un terapeuta pueda trabajar en soledad. La soledad tiene riesgos importantes porque nos puede llevar a graves confusiones emocionales que mellan el instrumento básico de la psicoterapia, que es nuestra personalidad, en su posibilidad de observar y objetivar la relación terapéutica”.

CATEGORÍA 6: Los terapeutas efectivos poseen un elevado grado de flexibilidad.

Entre las características más destacadas por los entrevistados resalta la flexibilidad del terapeuta como una de las más importantes.

“...La flexibilidad es tan básica... ser psicoterapeuta es como ser un equilibrista, es caminar por la cuerda y no sólo debes llegar hasta el otro lado, lo que ya es una tremenda meta, sino que además debes equilibrarte con gracia. Entonces debemos tener la flexibilidad para ser equilibristas y para no querer tener siempre toda la información, saber todo o no tolerar quedarnos en el vacío o asustarnos. Si el psicoterapeuta es una persona demasiado rígida o demasiado obsesiva y no tiene flexibilidad, no puede ayudar efectivamente”.

De esta manera, los terapeutas deben poseer un repertorio cognitivo, emocional, conductual y mediacional variado, de modo que puedan ir adaptándose flexiblemente a las exigencias de cada caso.

▪ **Capacidad de establecer una relación flexible entre la teoría y la práctica.**

Desde la perspectiva de la mayoría de los psicólogos entrevistados, el hecho de adherir dogmáticamente a los modelos tiene una serie de desventajas. Cuanto más rígida sea la aplicación de una línea teórica, esta rigurosidad termina cercenando la creatividad del terapeuta. El sobreadaptarse a un modelo determinado genera la imposibilidad de explotar la originalidad, temiendo apartarse del "manual de instrucciones de la correcta aplicación del modelo" y por ende, malograr las diferentes inventivas que puedan surgir en el desarrollo de una sesión. Por esta razón, se considera que el modelo teórico servirá como plataforma a partir de la cual el terapeuta deberá jugar con su iniciativa, su

flexibilidad y su creatividad, teniendo en claro que una adherencia ortodoxa coartará estas últimas condiciones.

“...Si el terapeuta adhiere a un modelo teórico que se cuestiona a sí mismo, va a ser mucho mejor terapeuta si se adhiere a un modelo teórico que se sienta el portador de la verdad...afortunadamente hay muchas escuelas que se comen la cola, y se cuestionan a sí mismas...el terapeuta debe tener un modelo teórico que le permita automirarse...creo que los formadores debiéramos propugnar modelos autoreflexivos”.

“...Un buen terapeuta necesita de marcos teóricos flexibles que permitan la diversidad y la aceptación de muchas maneras distintas de vivir la vida...eso implica salirse de los marcos teóricos rígidos de escritorio, y renunciar a andar con tu sesgo teórico para arriba y para abajo, y las teorías respecto a cómo debe ser la gente las debes dejar en un cajón guardado bajo llave, debes ir de la práctica a la teoría y no al revés”.

“...No hay ninguna teoría que sea mejor que otra, eso depende del paciente, del terapeuta y del tipo de problema”.

▪ **Flexibilidad para adaptarse a las características particulares de sus clientes.**

En congruencia con lo expresado por los entrevistados, se desprende que el terapeuta debe ser capaz de adaptarse con flexibilidad a las características de la persona que consulta. Los entrevistados sostienen que todo terapeuta que no tenga en cuenta las diferencias entre sus clientes, estará condenado a reducir su efectividad. Por esta razón, todas las intervenciones terapéuticas debieran estar pensadas de tal manera que “encajen” en el particular mundo de significados de cada consultante. De esta manera, la riqueza y la diversidad de cada proceso requiere que el terapeuta tenga la suficiente flexibilidad para adaptar su propio estilo a una cantidad insospechada de estilos personales. Así, el terapeuta se transforma en una especie de sastre que debe ser capaz

de construir sus intervenciones como si fuera un *traje a medida* para cada cliente en especial.

“...La terapia es cortada a la medida y el terapeuta debe hacer como hace el sastre, debe reacondicionarse constantemente, no existen las recetas en este quehacer”.

“...Los terapeutas deben tener la capacidad de adaptarse a las características de sus clientes y ser capaces de realizar una terapia individualizada...esto significa que debe desarrollar la habilidad de poder establecer distintos tipos de relaciones terapéuticas y poseer la flexibilidad para introducirse en diversos mundos de significados o en distintas visiones de mundo”.

“...El terapeuta requiere de una enorme flexibilidad para trabajar desde el mundo del otro, para realizar una terapia cortada a la medida”.

“...Se debe dar forma y organizar las diversas intervenciones creativamente, de manera de adaptarlas a las únicas y específicas cualidades del paciente”.

“...El terapeuta es un arquitecto de cada proceso psicoterapéutico y crea sus intervenciones idiosincráticamente a partir de las características de cada paciente”.

Cabe señalar que lo anterior no excluye que el terapeuta pueda estar atento a ciertas regularidades que, de forma general, se presentan en muchos consultantes, sin embargo, no debe perder nunca de vista la unicidad de cada existencia concreta.

- **Capacidad para adaptarse a las necesidades particulares de los contextos en que trabajan.**

El respeto por la idiosincrasia y la particularidad de cada cliente, influye en que el terapeuta se vea motivado a tomar muy en cuenta el contexto donde se desarrolla esa realidad. De esta manera, los psicoterapeutas deben ser flexibles a la hora de acomodar sus acercamientos terapéuticos a los contextos que rodean al cliente con el que se está trabajando.

“...Los terapeutas deben tener una serie de competencias culturales...deben tener la capacidad de leer los contextos en los que se producen determinadas situaciones y cuáles son las necesidades de esos contextos, porque no es lo mismo trabajar en un contexto que en otro y uno debe adaptarse a las distintas necesidades de los lugares en que está”.

CATEGORÍA 7: Los terapeutas efectivos están constantemente interesados en aprender más sobre sí mismos.

▪ **Interés en el autoconocimiento y autodesarrollo.**

Los terapeutas mencionan que es fundamental poseer la capacidad de explorarse y aceptarse a sí mismo, como también tener la sensibilidad suficiente para comprender las propias necesidades y valores dominantes de manera de sacar el máximo rendimiento a su efectividad personal con los clientes.

“...Los terapeutas debemos prestar atención a nuestros aspectos personales que se ven implicados en la práctica de la psicoterapia...”.

“...Esto es mucho más que ir a terapia personal, es haber podido recoger en la vida muchas otras cosas aparte de lo que los libros te enseñan, es tener un bagaje experiencial”.

“...Si la riqueza del mundo personal del terapeuta está a disposición del mismo, este tiene más posibilidades de ayudar a sus clientes”.

“...Los terapeutas deben tener una experiencia de vida variada y un grado de madurez y autonomía que permita hacer realmente de figura paterna auxiliar de otros”.

▪ **Constante actualización.**

La mayor parte de los terapeutas señalan que el aprendizaje es un proceso continuo que no finaliza nunca y que, por lo tanto, quienes dediquen su vida a este quehacer deben mantenerse en una constante actualización de sus conocimientos.

“...No puedo estar contenta con lo que sé, siento una enorme curiosidad y amor por seguir aprendiendo”.

“...Yo creo que es fundamental mantenerse al día, vigente, constantemente actualizada...si hay algo que yo no tolero es la autocomplacencia de algunos terapeutas en el sentido de que ya descubrieron la papa y de creerse el cuento de que ya no hay nada que aprender, y que son expertos”.

“...Un buen terapeuta necesita de un espíritu riguroso, que requiere de una actitud de revisión y evaluación contante”.

▪ **Capacidad para reconocer sus propias limitaciones.**

Los entrevistados mencionan que un terapeuta debe tener suficiente capacidad de autocrítica cuando otro colega conoce mejor las técnicas recomendables para un paciente en particular, así también como ser capaz de suspender un tratamiento cuando éste no funciona o puede ser reemplazado por otro más económico.

“...Cuando no me siento con la competencia necesaria, o siento que puedo ser menos efectiva, derivo y prefiero no tomar ese paciente”.

CATEGORÍA 8: Los terapeutas efectivos utilizan diversos criterios para evaluar constantemente su propia efectividad.

Los terapeutas entrevistados señalan que el tema de la evaluación de los resultados terapéuticos es uno de los aspectos más complejos del trabajo clínico y, por lo tanto, no creen que existan criterios enteramente satisfactorios y definitivos. Sin embargo si poseen una serie de criterios para juzgar la efectividad de los procesos terapéuticos que llevan adelante.

“...El terapeuta debe revisar constantemente lo que está haciendo, con el fin de aumentar los aciertos y disminuir los errores, aprendiendo de ellos”.

“...Un buen terapeuta debe tener la capacidad de autocrítica, de evaluar su trabajo y tener interés y compromiso con su quehacer clínico”.

▪ **Los terapeutas evalúan positivamente su grado de efectividad.**

La mayor parte de los entrevistados evalúa positivamente los resultados alcanzados con sus clientes. Al estimar un porcentaje total de las personas que creen haber ayudado a lo largo de su carrera sitúan su efectividad en alrededor de un 80%.

“...Tengo la sensación que he ayudado a muchos más clientes que los que he desayudado, yo he hecho estadísticas con las fichas de mis casos y realmente la efectividad era como del 80%”.

“...Yo pensaría que he ayudado a un 80% de los pacientes que me han llegado, al 20% restante no las he ayudado como a mi me hubiera gustado ayudarlas”.

“...Me es muy difícil dar un porcentaje, creo haber ayudado a más pacientes de los que no ayudé. Creo que hay ocasiones en las que sobreestimo la ayuda y otras en las que la subestimo, pero a la hora de dar un porcentaje estimo que he ayudado a alrededor del 80% de mis pacientes”.

- **Capacidad para evaluar cambios y progresos en el proceso terapéutico mediante los signos del propio cliente.**

Los terapeutas sostienen que un criterio para evaluar y reconocer cambios positivos en psicoterapia, es la observación de las conductas, las creencias y los sentimientos del cliente.

“...Yo pregunto a mis clientes, voy chequeando con ellos si han habido cambios en la línea de lo esperado, y cuando es evidente que estamos los dos de acuerdo en que vamos caminando juntos hacia el lado que hay que caminar, vienen con ejemplos de cosas diferentes, pasa algo distinto...voy preguntando y evaluando constantemente”.

“...Yo evalúo mi efectividad mediante la impresión de los clientes, su grado de satisfacción, su bienestar, la cara con que llegan, el clima emocional con que empiezan a hablar de ciertas cosas, cuando ya no necesitan tanto venir...además, evalúo cada 3 a 4 sesiones, siempre estoy evaluando...”, “...les digo también que quiero que ellos evalúen, creo que es un deber porque nosotros brindamos un servicio profesional y el cliente tiene derecho a elegir lo mejor para él, a lo mejor así se ahorra plata, tiempo y un problema menos”.

“...Otro criterio que considero es cuando las personas comienzan a distanciar sesiones, rápidamente paso a quince días y me doy cuenta como ha cambiado el discurso de la gente, el lenguaje corporal, la expresión del rostro, la forma de sentarse, de vestirse, la tonalidad de la voz”.

- **Capacidad para establecer metas claras, alcanzables y significativas para el cliente.**

Parte importante de los terapeutas entrevistados sostiene que es más probable que los clientes colaboren y trabajen hacia la consecución de cambios si se tiene metas claras, alcanzables y significativas para ellos. Para ello, el terapeuta mediante una relación colaborativa, debe tener la capacidad de establecer junto a sus clientes metas lo

suficientemente realistas y alcanzables de manera de ir evaluando los progresos en el proceso terapéutico. Las metas permiten a los terapeutas evaluar su competencia puesto que ayudan a los mismos a determinar si poseen las competencias necesarias para trabajar con un cliente particular en la búsqueda de un resultado concreto. Finalmente, los terapeutas sostienen que las metas permiten a terapeutas y clientes vigilar sus progresos, es decir, evaluar qué estrategias funcionan y cuáles requieren ser modificadas.

“...Como trabajo orientado a metas y realizo muchas tareas, sesión a sesión evalúo las tareas, y según lo que le pasa a la gente”.

“...Un buen terapeuta debiera trabajar en la consecución de buenas metas terapéuticas”.

▪ Realización de seguimientos.

Los terapeutas sostienen que un aspecto muy importante de la evaluación del proceso terapéutico es la realización de seguimientos tanto en las fases finales de la terapia como luego de un tiempo de concluido el proceso. Mediante este criterio es posible evaluar la mantención de los cambios en la vida del cliente a lo largo del tiempo.

“...En la etapa final de la terapia, voy distanciando la frecuencia de las sesiones, procurando realizar una especie de seguimiento antes de dar por concluido el proceso terapéutico”.

“...Además realizo seguimientos cada cuatro meses sobre todo cuando trabajo con parejas y si me baso en los resultados que he obtenido, tiendo a pensar que soy efectiva”.

Por otra parte, existen entrevistados que, si bien mencionan no realizar seguimientos, lo consideran fundamental y desearían sistematizar sus procesos terapéuticos.

“...No he empezado a hacer seguimientos y lamentablemente no tenemos la costumbre de hacerlos... me parecen fundamentales y me gustaría que se hicieran en mi instituto”.

▪ **Sometimiento a instancias de supervisión.**

Otro criterio mencionado por los terapeutas para evaluar su propia efectividad en los procesos terapéuticos que llevan a cabo, es el someterse a instancias de supervisión.

“...La supervisión constante ha sido para mi fundamental para evaluar los avances en los procesos terapéuticos que he realizado”.

CATEGORÍA 9: Los terapeutas efectivos confían plenamente en la capacidad para cambiar de sus clientes.

Los entrevistados confían firmemente en la capacidad para cambiar de sus clientes, y manifiestan una fuerte creencia en los derechos de autodeterminación los mismos. Por esta razón, consideran que un objetivo principal de una psicoterapia exitosa es fortalecer la sensación de dominio, competencia y autoresponsabilidad de sus clientes.

▪ **Respeto y valoración de la complejidad y diversidad de la naturaleza humana.**

Los terapeutas respetan los puntos de vista que sus clientes sostienen, lo que no significa que se vean impedidos de manifestar su propia opinión profesional y de ayudar al cliente a contemplar las cosas desde otro punto de vista. Esta categoría se relaciona estrechamente con la capacidad de aceptar a sus clientes tal cuales son, en su totalidad y sin intentar cambiarlo ni imponerle criterios externos, porque la capacidad de apreciar la dignidad y el valor inherentes al cliente, considerando válidas sus elecciones y estableciendo una relación cooperativa, implica también, aceptarlo tal cual es. De esta manera, es la confianza en el potencial humano lo que permite que el terapeuta confíe en el crecimiento y desarrollo del cliente.

“...La aceptación por la diversidad humana es una cualidad esencial, y creo que es el valor más hermoso en el ser humano”.

“...Los terapeutas no sólo deben tolerar la ambigüedad y complejidad de la condición humana, sino que también valoran lo complejo y desconocido como un desafío”.

▪ **Capacidad de comprender el mundo de significados de sus clientes.**

En congruencia con lo anterior, es fundamental para estos terapeutas comprender a cabalidad cómo es que los pacientes ven su propio mundo y cuál es su mundo de significados, para desde allí, poder ofrecer una visión novedosa.

“...El terapeuta debe tener la capacidad de ver al otro desde su mundo o perspectiva, escucharlo y adaptarse a lo que puede ser significativo para el otro”.

“...Debemos revelar y relevar lo idiosincrático de cada persona, zambullirnos en el mundo de significados del cliente”.

“...El terapeuta siempre debe manejar como referente los contenidos del cliente, debe navegar en sus contenidos”.

▪ **Habilidad de motivar a sus clientes mediante la exploración y el énfasis en sus recursos.**

Los terapeutas consideran que el explorar y resaltar los recursos con los que cuentan quienes consultan es una tarea central. El énfasis en los recursos y fortalezas de los clientes es fundamental a la hora de ampliar las posibilidades de cambio y, por lo tanto, los objetivos que se pueden plantear para la terapia. Poder ver más allá de los problemas de la gente hace que las personas aparezcan de una forma distinta ante los ojos del terapeuta y ante los propios. De esta forma, los entrevistados, en general, plantean que los procesos terapéuticos necesariamente debieran enfocarse a la búsqueda de recursos tanto personales como también del contexto en el que vive esa persona en particular. Mediante esta búsqueda es posible que los clientes se perciban a sí mismos distintos, consideren sus propias competencias y aumenten su sentimiento de confianza y esperanza.

“...Un buen terapeuta desrotula y hace que el cliente encuentre sus propios recursos”.

“...El terapeuta narra cuentos que hacen a los otros sentirse dueños de sí mismos, es capaz de empoderar a sus clientes”.

“...Un buen terapeuta debe tener la capacidad de fomentar el empoderamiento de sus clientes y de realizar entrevistas generativas que enfatizen los recursos de los mismos. Para mí esa es una habilidad esencial que debieran desarrollar los terapeutas de todos los enfoques terapéuticos”.

▪ **Promoción de expectativas positivas de cambio en sus clientes.**

Los terapeutas, independientemente de su enfoque teórico, señalan que es fundamental promover expectativas positivas de cambio en sus clientes, es decir, fomentar las ideas que tienen los consultantes de que la terapia les puede servir, que el terapeuta les va a ayudar y que, finalmente, lograrán salir adelante. Para ello, los terapeutas deben creer firmemente en la capacidad para cambiar de sus clientes y, de esa manera, fomentar la sensación de confianza en las competencias de los mismos para encontrar el camino más adecuado que los lleve a alcanzar sus metas.

“...Creo que es fundamental que los terapeutas no perdamos nunca la esperanza y la confianza en nuestros clientes”.

“...Los terapeutas tenemos que inspirar y mantener las expectativas que tiene el cliente de recibir ayuda”.

▪ **Promoción de la responsabilidad de sus clientes.**

Según la mayoría de los terapeutas, los clientes deben ser instruidos de que el éxito de la psicoterapia depende en gran parte de sus propios esfuerzos, más que de cualquier conocimiento experto que pueda poseer el terapeuta. De esta forma, los clientes son

estimulados a mostrar una postura activa en la solución de sus problemas, lo que tiene como ventaja el estimular el dominio y el control interno, al mismo tiempo que evita la posición de víctima pasiva a la que lleva la autoculpabilización y el autocastigo.

“...Los responsables del cambio, los verdaderos agentes son los clientes, nosotros debemos facilitar su proceso, pero no podemos vivir sus vidas ni estar en sus zapatos, son ellos los que deben tomar las riendas de sus propias vidas”.

“...El poder debe ser recibido temporalmente por el terapeuta y devolverlo lo más pronto posible a la persona”.

“...Una de las tareas del terapeuta es animar al cliente a emplear un lenguaje de responsabilidad”.

CATEGORÍA 10: Un terapeuta efectivo requiere de una formación amplia, completa e integral.

En relación con las preguntas dirigidas a indagar la opinión de los entrevistados respecto de la formación de terapeutas, por lo general éstos señalan que muchas veces las características del entrenamiento recibido puede afectar la eficacia terapéutica, aún cuando la evidencia empírica respecto de este punto es limitada e incluso de cuestionable valor. Por otra parte, según el reporte de los mismos terapeutas, existe acuerdo en considerar que el nivel de formación en pregrado resulta insuficiente al momento de ejercer como clínico.

“...Siento que existe un verdadero caos en el proceso de formación en las universidades, las escuelas no forman terapeutas, son deficitarias, no se ven pacientes, pero lamentablemente cualquiera que sale de la Universidad puede ser terapeuta en este país, está todo sin reglamentación...”

“...Está claro que con un año de psicología clínica y un cuarto de semestre de psicoterapia no es mucho lo que puedes aprender para decir que eres un psicoterapeuta, desgraciadamente, la mayoría de la gente que sale puede ejercer como terapeuta, por lo que me parece una obligación ética otorgar ciertas herramientas mínimas para que cuando salga a trabajar lo hagan en forma más o menos competente”

Por otra parte, al hablar de la formación de psicoterapeutas, los entrevistados no pueden dejar de resaltar el que —como en toda profesión— el ser un buen profesional implica un proceso constante, pero quizás en el ámbito del desarrollo de un terapeuta esto resulta de una significancia aún más central. A continuación se especifican los hallazgos respecto de los elementos específicos que mencionan los entrevistados deben estar presentes en un programa de formación, de manera de contribuir a la efectividad de los psicoterapeutas.

▪ **El terapeuta requiere de una sólida formación teórica.**

Según refiere la mayoría de los entrevistados, los terapeutas necesitan una adecuada, sólida, fundamentada y amplia formación teórica, porque un marco teórico claro y sólido otorga a los terapeutas una guía a partir de la cual orientar responsablemente su proceder.

“...Yo creo que es muy importante que los terapeutas tengan una buena formación teórica, independiente de cuál sea...tienes que tener un mapa de ruta que sea coherente, porque en caso contrario, las terapias se convierten en conversaciones muy simpáticas y a lo mejor cálidas, pero sin ninguna dirección. Entonces, la teoría es muy importante, porque te dice hacia dónde vas y qué necesitas hacer para llegar a la meta”.

“...Es fundamental la formación teórica y la adquisición de algunos dispositivos cognitivos para poder pensarse y pensar a los demás de manera coherente, para poder ver y darse cuenta de lo que ocurre a su alrededor, y luego, debe apoderarse de ese conocimiento como acción...”.

“... Yo pienso que la teoría ayuda mucho, hay que saber preguntarle a la teoría lo que uno quiere”.

“...Soy de las terapeutas que creen que el marco teórico es indispensable para guiar nuestras intervenciones y que las mismas están al servicio de la comprensión del problema que traen los pacientes, por eso, los terapeutas debieran aprender teoría psicopatológica y de la psicoterapia, teoría del cambio, entre otras cosas”.

▪ **El terapeuta requiere de un adecuado entrenamiento referido a la investigación en psicoterapia.**

Algunos entrevistados señalan que es necesario que los terapeutas tengan un actualizado entrenamiento en materias referidas a la investigación. Los buenos terapeutas deben ser capaces de evaluar estudios de investigación y, lo más importante, deben ser capaces de

transferir el conocimiento de las investigaciones a la práctica clínica, teniendo una apertura a todo lo que pueda ser clínicamente efectivo.

“...Lo otro es realizar investigación, o sea, ser capaz de estar constantemente renovando los dispositivos y habilidades terapéuticas, mediante nuevos datos y nuevas luces sobre nuevos conocimientos”.

“...Considero que es fundamental que los terapeutas se formen en una actitud académica más seria, de revisión e investigación constante. Por ejemplo, son muy pocos los terapeutas que abordarían sus casos a partir de las últimas revisiones de los últimos papers de investigación en psicoterapia, no tenemos esa cultura...no leemos los resultados de las investigaciones y realizamos la práctica independientemente de esos resultados...los profesores no estimulan eso...”.

“...Los terapeutas deben seguir las vías marcadas por los trabajos de investigación, porque la investigación en psicoterapia nos ha mostrado que hay factores comunes que se asocian a buenos resultados más allá de las diferencias de escuelas”.

▪ **El terapeuta debe entrenarse en habilidades terapéuticas.**

Otro aspecto que los entrevistados señalan que debe estar presente en la formación de terapeutas, es el referido al entrenamiento en habilidades clínicas o terapéuticas. En esta materia, existe en general la percepción de que el entrenamiento es insuficiente. Las críticas más comunes son el escaso tiempo asignado al entrenamiento de estas habilidades y la insuficiente supervisión de clínicos expertos. Así los psicólogos entrevistados fueron consistentes en dar lugar a un mayor énfasis de la enseñanza de habilidades clínicas y proveer de la supervisión de clínicos expertos, para la práctica de aquellas habilidades.

“...Considero que hay que fomentar habilidades terapéuticas más que adscribirse a ciertos marcos teóricos, las escuelas de pregrado y postgrado deberían ofrecer algunos cursos que tengan que ver con habilidades de conversación, de desarrollo de empatía, de utilización del lenguaje del cliente...”.

“...Los terapeutas debieran desarrollar una serie de habilidades terapéuticas tanto de receptividad como de expresividad”, “...el terapeuta debe saber intervenir y operar sobre el fenómeno que observa, y para ello debe desarrollar la habilidad de impregnarse de lo que pasa y después mostrar lo que observa”.

“...Una de las habilidades maestras de un buen terapeuta es hacer buenas preguntas”.

▪ **El terapeuta debe entrenarse en habilidades relacionales.**

Otro factor que se ha enfatizado en la formación corresponde al entrenamiento en competencias o habilidades relacionales. Según la gran mayoría de terapeutas entrevistados, más que las variables técnicas, las características personales del terapeuta y del cliente y la calidad de la relación terapéutica, han sido individualizadas como las variables críticas que contribuyen al resultado positivo de la psicoterapia. Por lo tanto, sostienen que los programas de formación deberían otorgar al estudiante la oportunidad de desarrollar las habilidades personales necesarias para desarrollar y mantener una relación terapéutica facilitadora de cambio.

“...Necesita de habilidades terapéuticas como la escucha activa, el señalamiento, el reflejo empático”.

“...Considero fundamentales formar habilidades de contacto interpersonal, tales como la autenticidad, la calidez y la capacidad de empatía”.

▪ **El terapeuta requiere de espacios de supervisión.**

Un elemento muy importante, tanto desde el punto de vista teórico como de la evaluación de los terapeutas en su formación, es el de la supervisión. De esta manera, la necesidad de supervisión es un factor indicado consistentemente como central, como un eslabón entre el aprendizaje didáctico formal y el aprendizaje práctico clínico, sea cual sea el modelo de supervisión (sistémico, cognitivo-conductual, humanista o psicoanalítico), dado que provee de un importante crecimiento personal experiencial y además permite la reflexión y la autocrítica.

“...En distintos momentos muchos colegas me han pedido supervisión... Creo que es fundamental sentarte a analizar con otros lo que haces, lo que no haces, cómo lo haces, cómo no deberías hacerlo, qué cosa daña, qué cosa ayuda. El reflexionar con otros sobre la práctica es una herramienta para que los terapeutas vayan mejorando e incrementando su efectividad, es un arma de mucha ayuda y de perfeccionamiento”.

“...El psicoterapeuta en formación necesita de experiencias de supervisión tanto grupales como individuales donde pueda entrenar su capacidad de autoobservación”.

▪ **El terapeuta necesita espacios de trabajo personal.**

Al parecer, existe consenso entre los entrevistados sobre la importancia del autoconocimiento y el trabajo personal del terapeuta, aún cuando reconocen que su utilidad no ha podido ser demostrada empíricamente. De esta manera, los terapeutas que consideran necesario el participar en instancias de entrenamiento y desarrollo personal concuerdan en que a través de éstas pueden reconocer conflictos que pudieran bloquear el trabajo terapéutico, facilitando la capacidad de autoobservación y autocrítica, lo que para ellos resultaría en terapias más exitosas.

“...Es fundamental un proceso terapéutico individual de autoexploración del terapeuta, el trabajo con su propia historia...afortunadamente hoy en día existen elaboradas una serie de metodologías cualitativas que permiten que los terapeutas se miren a sí mismos, como el trabajo con las historias de vida, por ejemplo, que considero muy útil”.

“...El terapeuta debe trabajar en su autoconcepto y preguntarse ¿quién soy yo? como terapeuta y como persona...”.

“...Creo que lo más importante dentro del proceso de formación de un terapeuta es estimular el crecimiento personal”.

“...Otro de los aspectos fundamentales en la formación es que los terapeutas trabajemos la autoexploración...deben haber espacios para que la gente se mire y converse de sí misma”.

“...Es fundamental promover el desarrollo personal como requisito para la eficacia terapéutica...en particular, creo que esto está orientado al desarrollo de habilidades de autoconocimiento”.

“...Yo creo que es fundamental haber hecho psicoterapia uno mismo y haber indagado sobre sí mismo es fundamental, no hay que ser psicólogo de libro”.

▪ **El terapeuta requiere una formación transdisciplinaria.**

Un elemento destacado por parte de los entrevistados es la necesidad de los psicoterapeutas de ser formados en otras disciplinas aparte de la psicoterapia, como las diversas disciplinas artísticas o científicas, porque esto otorga una oportunidad para ampliar y flexibilizar el repertorio experiencial de los estudiantes, y sirve como medio para conocer la diversidad y complejidad de la naturaleza humana.

“...Si un terapeuta quiere ser buen terapeuta debería leer novelas y leer poesía para lograr entender la lógica de las emociones y conocer diversos mundos de significados. Yo creo que la psicología va mucho más allá de los límites de la psicología. La literatura, la música, el teatro, la historia son fuentes ricas de aprendizaje para los terapeutas...”.

- **Los supervisores deben fomentar actitudes de respeto y tolerancia en sus estudiantes.**

Algunos entrevistados sostienen haber observado a otros supervisores, caer en la trampa de imponer sus teorías, sus técnicas y la forma en que perciben a sus clientes, en lugar de ayudar a sus alumnos a encontrar su propio camino. De esta manera, consideran que esta forma de instrucción puede ayudar al estudiante a conocer lo que el formador sabe, pero también puede ayudarlo a volverse rígido, inflexible con sus consultantes, poco creativo y desprovisto de una identidad propia como terapeuta. Por esta razón, señalan que es más deseable inspirar creatividad en lugar de conformidad en el entrenamiento, para que los alumnos se sientan estimulados y apoyados a desarrollar su propio estilo terapéutico y todos sus recursos personales.

“...Me interesa formar buenos terapeutas, por eso me intereso e incentivo que sean busquillas, sensibles, curiosos, no autocomplacientes, inquisitivos, transgresores, capaces de complejizar, capaces de dar nuevas lecturas, de mostrar algo nuevo, cuando ven cosas que yo no veo me alegro, porque me ayuda a mí también, yo también aprendo y me tranquilizo pensando que serán efectivos en su labor...”

“...Los supervisores que formamos nuevos terapeutas debemos fomentar la tolerancia hacia los diversos modelos, así como la tolerancia y el respeto hacia nuestros clientes”.

CATEGORÍA 12: La preocupación por la efectividad del terapeuta es una obligación ética.

Los entrevistados se muestran preocupados por el estado actual de la profesión debido a su observación de la calidad del trabajo realizado por los psicoterapeutas del medio. Por esta razón, señalan que los terapeutas debieran tener el compromiso ético de realizar un continuo control de calidad a su trabajo. Como profesionales que prestan un importante servicio a otras personas, los psicoterapeutas se sienten obligados a mantener elevados niveles de competencia. De esta forma, se espera que los terapeutas reconozcan los límites de su competencia y las limitaciones de sus técnicas, debiendo ofrecer sólo aquellos servicios para los que se encuentren calificados mediante la experiencia o la formación profesional. Asimismo, cuando los terapeutas se enfrentan a problemas o situaciones en las que no se sienten capacitados, debe buscar información y supervisión o sencillamente remitir el caso a otro profesional.

Los terapeutas tienen que poseer la capacidad de comprometerse responsablemente en el trabajo terapéutico, dirigiendo claramente su propio proceder de la manera más efectiva posible.

“...Me preocupa la falta de calidad de profesional que observo en el medio, hay mucho abuso con los clientes, siendo bien franca yo no creo que hayan muchos buenos terapeutas, yo no tengo muy buena impresión y me doy cuenta que cuando necesito derivar a alguien no tengo a quien hacerlo, lo que me parece deprimente”.

“...Los terapeutas deben ser consecuentes y responsables”.

“...El terapeuta tiene la obligación ética de comprometerse con su paciente, jugársela por él, con el fin de que esté lo mejor que pueda”.

“...Los terapeutas tienen la obligación ética de establecer objetivos y ser tan efectivos como les sea posible en el cumplimiento de esos objetivos, pero ser efectivo no es igual a ser exitista”.

V. SÍNTESIS DE PRINCIPALES RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Luego de revisar, codificar y relacionar la información obtenida mediante las entrevistas, se ha logrado establecer una serie de conceptos que dan cuenta de las conclusiones de la presente investigación. Cabe señalar que muchos de estos conceptos han surgido directamente de los ámbitos temáticos planteados al inicio del trabajo, sin embargo, otra serie de conceptos han emergido de manera tal que superan y amplían el tema investigado. Lo anterior genera un cúmulo de ideas que producen una apertura de la discusión respecto de qué variables deben estar presentes en aquellos terapeutas que aspiren a realizar un trabajo exitoso con sus clientes, y de los factores comunes a los buenos terapeutas que trascienden las diferencias entre enfoques teóricos.

En primer lugar, en relación con el objetivo central de esta investigación, se ha llegado a postular un conjunto de características comunes compartidas por todos aquellos terapeutas considerados efectivos, independientemente de su postura teórica. Desde esta perspectiva, todo psicoterapeuta debiera tener la capacidad de actuar como *facilitador* del proceso terapéutico; poseer grandes habilidades para establecer una buena relación terapéutica con sus clientes; contar con un amplio repertorio cognitivo, afectivo y conductual; ser personas *relativamente* sanas, maduras y que atiendan a su propio desarrollo y bienestar integral; poseer un *elevado* grado de flexibilidad; estar constantemente interesados en aprender más sobre sí mismos; evaluar constantemente su propia efectividad; valorar y respetar la complejidad y diversidad de la naturaleza humana; confiar firmemente en la capacidad para cambiar de sus clientes; poseer una formación amplia, completa e integral; y, finalmente, tener la obligación ética de realizar un trabajo competente. Si bien estos resultados encontrados representan, en sentido estricto, sólo a los terapeutas entrevistados en esta investigación, surge la noción de que si se continuara entrevistando a otros terapeutas, los resultados no necesariamente variarían significativamente.

Como se adelanta, la primera afirmación que se puede hacer referente al tema de esta investigación, es que la gran mayoría de los entrevistados manifiesta que el terapeuta tiene la responsabilidad de cumplir con el rol de *facilitar* el proceso terapéutico, más que de actuar como agente de cambio, puesto que el verdadero agente de cambio lo constituye el cliente. De esta manera, se cristaliza la creencia de que no es el psicoterapeuta el elemento más importante al interior del proceso terapéutico. Por el contrario, de acuerdo con lo expresado por los entrevistados, el cliente adquiere un lugar central en el proceso terapéutico, lo que resulta congruente con los datos sobre la contribución del cliente al resultado de la psicoterapia (Lambert, 1992) y sirve para avalar la noción de que la psicoterapia no es un tratamiento que un técnico experto administra a un paciente pasivo, sino una forma de relación que se ofrece al cliente para que éste se cambie a sí mismo. En vista de esto, resultan mucho más lógicos los esfuerzos de sistematización que permitan adaptar los recursos disponibles dentro del campo de las psicoterapias a las necesidades del cliente.

La segunda afirmación dice relación con las enormes habilidades que debiera poseer un terapeuta para establecer una buena relación terapéutica con sus clientes. Así pues, los entrevistados en su totalidad coinciden en que el tipo de relación que el terapeuta establece con el cliente puede constituir uno de los factores de cambio más potentes. Así también, asumen los planteamientos de Rogers (1957) relacionados con las actitudes del terapeuta, y que han sido confirmados por la investigación en factores comunes. De este modo, coinciden en que la experiencia del cliente de relacionarse con un terapeuta que acepta plenamente su cosmovisión y su postura, que es sincero y que expresa sus sentimientos y que es capaz de ponerse en su lugar, resulta altamente terapéutica. Adicionalmente, se considera que el encuadre de relación terapéutica que proponen las terapias de corte más constructivista, esto es, la relación de "experto a experto" es más abarcativa y más potente terapéuticamente, puesto que una concepción de la relación terapéutica como colaboración entre dos expertos, supone el reconocimiento del saber mutuo y complementario. Adicionalmente, el considerar la relación terapéutica como un

tema central, abre un nuevo panorama con relación a la importancia de las características personales del terapeuta. Esta visión, cada vez más consolidada, permite el dejar de sobrevalorar la teoría y la técnica utilizadas por las diferentes escuelas psicológicas y da lugar a una visión de la relación terapéutica como una experiencia al servicio del desarrollo humano y no necesariamente como la curación de un "enfermo mental".

Otra afirmación derivada de los hallazgos de la investigación, se relaciona con la idea de que un psicoterapeuta efectivo debe poseer una mentalidad investigadora y la capacidad y la voluntad de evaluar de forma constante su propio trabajo y aprender a realizar seguimientos. Dado el impacto que tiene la persona del terapeuta, tanto desde el punto de vista emocional como de la calidad profesional, es fundamental que éste evalúe su trabajo en forma permanente. Para ello, debe utilizar el feedback de los propios clientes, basarse en el intercambio de experiencias con otros terapeutas experimentados y, lo que es más importante, evaluar sistemáticamente sus procesos y resultados terapéuticos. El psicoterapeuta debe ser lo suficientemente flexible como para basar su trabajo en el estado actual del arte que, por ser dinámico, hará que someta su propio trabajo a revisiones periódicas. Como consecuencia de lo anterior, se estará en condiciones de ofrecer un mejor servicio a los clientes y, por añadidura, se estará reduciendo el tradicional abismo que separa a clínicos de investigadores.

Otro gran tema, en el desarrollo de estas conclusiones, tiene que ver con la creencia en la gran mayoría de los entrevistados, de que la característica que al parecer se asocia más frecuentemente a los resultados positivos de la psicoterapia es el grado de flexibilidad que posee el psicoterapeuta. La flexibilidad permite al psicoterapeuta adaptarse fácilmente a las exigencias planteadas por cada situación terapéutica y potenciar sus recursos en la forma más óptima posible, es decir, su bagaje técnico, su gama de conductas, sus características personales y sus características socioculturales. Esta conclusión fomenta un tipo de terapeuta creativo e innovador que intenta encontrar su

propio modo de estar en la terapia, en lugar de seguir minuciosamente el “manual de técnicas del perfecto terapeuta”. También resulta interesante pensar que si se mantiene viva la flexibilidad, la creatividad y la libertad respecto de la elección de las técnicas, puede ayudar a que el terapeuta no caiga en la rutina y no se autoconsume (burn out), por lo tanto, afecta directamente la variable de bienestar emocional, considerada importante desde la investigación empírica, así como también su grado de efectividad terapéutica.

Otra categoría considerada fundamental dice relación con la creencia de los entrevistados de que los terapeutas deben ser personas relativamente sanas, maduras y que atiendan a su propio desarrollo y bienestar integral. Desde esta perspectiva, parece que muchas de las características de los terapeutas iluminadas en este estudio se relacionan con la idea de Rogers (1961), del terapeuta como una persona con un funcionamiento completo e integral. Asimismo, Skovoholt y Ronnestad (1995) sugieren que los terapeutas con mayor experiencia se encuentran en un estado de integridad mayor del desarrollo humano, lo que puede explicar la importancia asignada por los entrevistados al desarrollo y bienestar integral del psicoterapeuta.

En cuanto a la dimensión ética, también abordada en una de las categorías de esta investigación, se cree que como profesionales que prestan un importante servicio a otras personas, los psicoterapeutas se encuentran obligados éticamente a mantener elevados niveles de competencia. En la medida en que se garantice a los clientes una terapia efectiva, se estará cumpliendo voluntariamente con la mayoría de los principios éticos que rigen esta práctica. Un terapeuta ético y responsable, tiene por obligación que enfrentarse a una situación de auténtico dilema cuando se pregunta si realmente está asistiendo de la forma más eficaz posible a sus clientes. Además de tener que optar por una línea de actuación que le parezca útil, debe tener en cuenta innovaciones y aportaciones que constantemente se divulgan como contribuciones valiosas. Los múltiples cambios crean una maraña de tendencias y variables que deben valorarse de

modo adecuado. Directamente relacionado con el punto anterior, los hallazgos de la investigación enfatizan enormemente el rol que cumple la supervisión y el trabajo en equipo como medio para evaluar e incrementar su propia efectividad, para actualizar sus conocimientos, para desarrollar su propio estilo terapéutico, como también para librarse del deterioro que puede generar el trabajar física y psicológicamente aislados.

Por otra parte, y considerando los resultados obtenidos a partir de esta investigación, cabe preguntarse por el proceso de formación de la gran cantidad de psicólogos que desean especializarse como psicoterapeutas. Respecto de la categoría sobre formación de psicoterapeutas, es posible señalar que los entrevistados en su totalidad coinciden en la obligatoriedad de realizar un programa de formación en que los terapeutas aprendan a resolver problemas, y a desarrollar una serie de habilidades específicas, lo que podría entenderse como un entrenamiento técnico y teórico más que como una formación. Esto lleva a reflexionar sobre la importancia –quizá excesiva- atribuida a las técnicas en los programas de formación tanto de pregrado como de postgrado, así como el papel de las habilidades técnicas en la práctica clínica. Adicionalmente, dependiendo de la importancia que le otorguen a la relación terapéutica y a las características personales del terapeuta, algunos entrevistados enfatizan la necesidad de que los terapeutas en formación alcancen una amplia experiencia de sí mismo o realizar una terapia personal. En cualquier caso, parece ser que se extiende cada vez más la idea que el proceso de cambio psicoterapéutico requiere de que los terapeutas aprendan a integrar lo técnico con lo personal en sus intervenciones. De esta forma, considerar las variables del terapeuta y entrenar a la persona del terapeuta a integrar lo personal con lo técnico en el encuentro humano mutuamente compartido hace que la experiencia terapéutica sea completa.

Si bien los procesos formativos se han centrado tradicionalmente en el marco de algunas orientaciones teóricas particulares, la multiplicidad de desafíos, cambios y necesidades cambiantes de un campo cada vez más competitivo y especializado, están modelando

los programas de formación más recientes. De esta forma, los desafíos del panorama actual y futuro de la psicoterapia requieren del terapeuta una amplia gama de habilidades y destrezas para conducir de manera efectiva el proceso terapéutico. Por esta razón, se observa que existe cierta disposición en algunos formadores a brindar a los terapeutas noveles una amplia variedad de técnicas y enfoques de tratamiento. Como sostiene Lambert (1986) adoptar una perspectiva integradora puede incrementar la efectividad del terapeuta en la medida que conlleva una mayor flexibilidad en la aplicación de técnicas en función de las características del cliente. Es por eso que últimamente ha cobrado fuerza la idea de fomentar la flexibilidad teórica y técnica para adaptarse a cada caso concreto en detrimento de la adhesión rígida a un modelo. En este sentido, la flexibilización que conllevan los enfoques eclécticos e integradores reporta de por sí una mayor adaptación del proceder terapéutico a las particularidades del cliente. En la actualidad, la cuestión de la posibilidad de la integración parece de suma importancia. Importancia posiblemente más sentida aún por los que se ocupan de la formación de futuros psicoterapeutas, a quienes es preciso introducir en un espacio en donde asisten sorprendidos al espectáculo de una auténtica babel teórica y metodológica. La sensibilidad hacia la integración podría ser un componente interesante en la formación de psicoterapeutas de diversas escuelas. Esta sensibilidad supondría un espíritu no dogmático, con el mensaje implícito de que no existe una verdad terapéutica y que es posible aprender de otras orientaciones. Mantener una mente abierta y una actitud de investigación curiosa puede proteger del dogmatismo y de la exclusión de la diversidad tanto con los clientes como con los colegas.

Otro elemento que cabe destacar es que, para sorpresa de la entrevistadora, parte importante de los entrevistados fundamentaron su discurso a partir de los hallazgos de la investigación en psicoterapia, lo que parece interesante si se piensa que la relación entre investigación psicoterapéutica y práctica clínica históricamente no ha sido tan fluida como hubiera sido deseable. De hecho, son muchos los clínicos que repetidamente han denunciado la irrelevancia clínica de buena parte de la investigación y

el desinterés es tal que son muy pocos quienes leen los estudios que se publican. Sin embargo, al analizar el discurso de los entrevistados, surge una señal de optimismo, puesto que se observa que la actitud de los psicólogos académicos está cambiando. De hecho, los terapeutas que deseen centrar sus energías y recursos en proporcionar una atención de calidad a los pacientes, comprobarán que la cooperación entre la teoría, la práctica y la investigación facilita significativamente este empeño. Es de esperar que el interés mostrado por los entrevistados por la investigación en psicoterapia lleve finalmente a una mayor colaboración y una menor confrontación futura entre los psicoterapeutas capaces de ver más allá de las actuales fuentes de controversia.

Como es posible observar en el desarrollo de estas conclusiones, han emergido en el transcurso de las entrevistas una serie de factores comunes que coinciden plenamente con los planteamientos de distintos autores, descritos con anterioridad en el Fundamento Teórico de esta investigación. Desde esta óptica, según la opinión de la mayor parte de los entrevistados, el centro de efectividad de las psicoterapias corresponde a los factores comunes propios del proceso terapéutico más que los métodos específicos de tratamiento. En este sentido, parece interesante observar que la presente investigación confirma algunas conclusiones que Fiedler (1950) refirió hace más de cincuenta años atrás. Asimismo, este autor identificó una serie de factores comunes en los conceptos que los diferentes terapeutas tienen sobre la naturaleza de un proceso terapéutico exitoso, lo cual indica que los terapeutas de escuelas diferentes ven esencialmente los mismos elementos como más o menos importantes en la psicoterapia, y que las distinciones de escuela y método no les llevan a diferir en esencia de la de los colegas de otras escuelas y métodos. Por otra parte, Fiedler encontró en su investigación que los terapeutas de mayor experiencia y reputación concordaban más entre sí, aunque fueran de diferentes escuelas, que con los no-experimentados y no-exitosos de su propia escuela, lo que indicaría que la efectividad terapéutica es, sobre todo, una función de la persona del terapeuta, más que de la escuela y de sus métodos.

Haciendo el paralelo con la presente investigación, que claramente dista de ser tan exhaustiva como la realizada por Fiedler, es posible llegar a conclusiones similares seguramente porque la muestra de la misma estuvo compuesta por psicoterapeutas con elevados años de experiencia y experticia que expresaron su opinión respecto de las variables del psicoterapeuta que consideraban esenciales de desarrollar para resultar efectivos. Sus respuestas resultaron considerablemente similares pese a las diferencias entre los enfoques a los que adhieren, lo que se explica metodológicamente por la rápida saturación de variables. Esto lleva a la reflexión acerca de que es posible llegar a los mismos resultados a través de caminos distintos, pues lo que se logró finalmente fue verificar cómo en la práctica se pone de manifiesto un principio que está establecido, desde la teoría de los factores comunes, como necesario para el buen desarrollo de un proceso de psicoterapia.

De esta forma, cabe señalar que el espíritu que ha estado presente en quienes representan el movimiento de los factores comunes, es justamente el mismo espíritu de la sistematización propuesta en este trabajo, puesto que se pretende propiciar un clima de cooperación y esfuerzo común para que quienes practiquen la psicoterapia obtengan una visión más coordinada y consensuada de los recursos disponibles y de la experiencia acumulada durante décadas por los terapeutas e investigadores de las distintas orientaciones. Entonces, de manera de potenciar la efectividad de los futuros psicoterapeutas se considera de vital importancia contar con el aprendizaje de los factores comunes, que incluyen aspectos tan importantes como la creación de una alianza terapéutica y que son los que de modo más consistente se han relacionado en la investigación con la buena evolución del proceso terapéutico y con los buenos terapeutas. Por otro lado, cursos generales acerca de las propuestas y opciones de integración existentes deberían también incluirse en los programas de formación establecidos. De esta manera, se aboga por una integración de habilidades terapéuticas básicas, orientada por la investigación en psicoterapia. El objetivo de esta integración es la búsqueda por potenciar la efectividad del psicoterapeuta, complementando la línea de

investigación sobre técnicas, desarrollada a partir del paradigma de la especificidad, junto con los hallazgos de las investigaciones sobre factores comunes, realizadas desde el paradigma de la inespecificidad. (Hubble, Duncan y Miller, 2000). Y más allá de todo, tal vez lo más importante es que los formadores, más allá de enseñar una línea de trabajo, generen profesionales responsables y comprometidos en el difícil rol de modificar la vida de un ser humano.

Para finalizar, si bien no es posible desconocer que de las filas de la psicoterapia moderna han surgido una serie de psicoterapeutas que, al parecer realizan su trabajo con una facilidad única y propia de un mago, ello no quita que otros terapeutas puedan ayudar efectivamente a las personas. Como señalan Bandler y Grinder (1980) la magia que los buenos terapeutas realizan, al igual que otras formas complejas de la actividad humana, tiene una estructura y, por lo tanto, se puede aprender, siempre y cuando se den los recursos apropiados. Es por esta razón, que una de las pretensiones de esta investigación ha sido ofrecer un conjunto de elementos que caracterizan a los buenos terapeutas, con la creencia implícita de que es posible perfeccionar, enriquecer y acrecentar sus destrezas para ayudar a las personas e incrementar su grado de efectividad.

V.1. DIFICULTADES QUE PRESENTA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS SOBRE LA VARIABLE PSICOTERAPEUTA.

Si bien se han encarado numerosos estudios en torno a la variable terapeuta, quedan muchas áreas de estudio que aún hoy no han sido abordadas. Como señala Caspar (1997), el estudio de las características del terapeuta se ha vuelto muchas veces un tema complejo y con resultados poco claros. Esto tiene su origen en el hecho que este tipo de estudios necesita involucrar, de una forma u otra, al paciente. Las características del terapeuta interactúan de forma compleja con las características del cliente, lo que dificulta la discriminación acerca de lo que realmente aporta cada uno de estos actores al proceso terapéutico. Caspar (1997) plantea una serie de factores que, combinados, inciden en forma directa sobre la producción de conocimientos en el área y dificultan su traslado a la práctica terapéutica.

- Los conceptos psicológicos tradicionales no son significativos a la hora de explicar una gran parte de los procesos que sí son relevantes en situaciones clínicas.
- Muchos conceptos teóricos, como los psicoanalíticos, no son fácilmente observables por medio de un examen y una validación empírica.
- La mayoría de los resultados obtenidos por las investigaciones referidas al procesamiento de información clínica están lejos de ser comprensibles para los terapeutas, debido al lenguaje técnico en el que se suelen presentar.
- Las investigaciones de calidad sobre procesos clínicos observables son realmente complejas, pero las investigaciones sobre procesos encubiertos lo son aún más. El acceso a información correspondiente a procesos internos, está dificultado por una variedad de problemas.

La combinación de todos los factores mencionados potencia la complejidad de estas investigaciones. A estos factores planteados por Caspar (1997) se le podrían agregar al menos otros dos de características regionales. Por una parte, a la escasez de investigadores formados que trabajen sobre problemas de esta naturaleza debido, sobre todo, a la falta de tradición de investigaciones empíricas en la psicología clínica de Latinoamérica. Y, por otra parte, a la falta de financiamiento para programas de investigación sobre esta área, producto del hecho que sólo dentro del ámbito académico este tipo de estudios encuentra fuentes de financiamiento. A lo anterior se agrega una dificultad asociada al entorno, ya que para los centros académicos, el acceso a la casuística clínica se encuentra limitado por no contar, en su mayoría, con centros de atención asociados.

V.2. PROYECCIONES DEL ESTUDIO

Pese a las dificultades recién mencionadas, se piensa que el presente estudio puede constituirse en un útil aporte para la comprensión de qué variables deben desarrollar los terapeutas para resultar efectivos con sus clientes. Sin embargo, es fundamental no idealizar un patrón típico de psicoterapeuta y se debe atender a las diferencias individuales entre terapeutas. Ahora bien, tomando en cuenta los desafíos de realizar este tipo de investigaciones, las sugerencias para la investigación futura en esta área son varias:

En primer lugar, es importante mencionar que el presente estudio se ha basado íntegramente en el *discurso* de los terapeutas de diversos enfoques del ámbito nacional respecto de las variables del psicoterapeuta que inciden en la efectividad de la psicoterapia, por lo tanto, los resultados se basan en aquello que los terapeutas *dicen que hacen*, dato que es conveniente no perder de vista.

Con respecto a lo anterior, Seligman (1995) realizó en Estados Unidos un muy interesante y polémico análisis de una investigación basada en los resultados obtenidos a través del "Consumer Report" (reporte del consumidor), la que dedicó un número especial a los servicios en el área de salud mental. En este análisis se denuncia que múltiples estudios se centran en aquello que supuestamente dicen los terapeutas que se debería y no en lo que realmente hacen. Por esta razón, parece fundamental que las futuras investigaciones confronten estos discursos con una observación en terreno. En este sentido, Wampold (1997) señala la importancia de estudiar lo que realmente pasa en la psicoterapia, es decir atender al estudio de constructos que tengan una aplicación genuina. Este autor, siguiendo el planteamiento de Seligman (1995) propone observar lo que realmente hacen los terapeutas para conocer la correspondencia entre su accionar y la filosofía a la base. De esta manera, a partir de ciertas pautas de observación, se podría

contrastar la información obtenida con nuevos datos que den una visión más integral del tema investigado.

En segundo lugar, en la presente investigación el éxito en el proceso psicoterapéutico es considerado en función del criterio por el cual el terapeuta juzga la efectividad, influenciado directamente por su enfoque teórico, el que determina qué es un resultado efectivo y desempeña un papel importante en la elección del tipo de medida de cambio, lo que puede resultar tremendamente subjetivo. Por lo tanto, si se es consecuente con la idea de que los clientes o consultantes ocupan un lugar central en la terapia, el paso lógico sería realizar estudios que entrevisten a pacientes, de manera que sean ellos quienes describan los cambios que han experimentado como resultado de la terapia y que indiquen los factores del terapeuta a los cuales atribuyen tales cambios. De hecho, actualmente, las evaluaciones se basan usualmente en utilizar las observaciones de los clientes durante las entrevistas, las cuales pueden reflejar o no su actual funcionamiento en el mundo externo, así como también en la realización de autoreportes de clientes sobre cuánto han mejorado después del tratamiento.

En tercer lugar, aunque la presente investigación ilumina un número potencial de características deseables en un buen terapeuta, las investigaciones futuras podrían explorar mucho más detallada y específicamente la manera en que los terapeutas pueden obtener mejores resultados que otros terapeutas. Es decir, no sólo es fundamental aportar un marco de referencia heurístico más comprehensivo que de cuenta de las diversas características de un terapeuta efectivo, sino que también es importante sugerir estrategias potenciales para maximizar dicha efectividad. Por lo tanto, futuras investigaciones pueden replicar estos hallazgos y estas características pueden servir de guía para el entrenamiento de terapeutas que promueva un desarrollo más integral de los mismos. El tema de la investigación de los procesos de formación de psicoterapeutas se encuentra estrechamente vinculado a la identificación de elementos del terapeuta que

potencian la efectividad de un tratamiento y la puesta en marcha de dichos elementos en el proceso de entrenamiento de psicoterapia.

En cuarto lugar, cabe destacar que entre las categorías encontradas las variables del psicoterapeuta no tiene un efecto unidireccional relevante y, por el contrario, sugieren importantes efectos interactivos. En este sentido, las características del terapeuta interactúan de manera sistémica y circular con las del cliente y por ende, para la mayor parte de los entrevistados se hace muy complejo precisar qué variable específica produjo qué resultado específico. Además, las particulares necesidades clínicas de cada cliente, complican adicionalmente las cosas. En este sentido, algunas variables del terapeuta resultarán necesarias para casi todos los pacientes (por ejemplo, la calidez o la capacidad empática), otras serán más necesarias sólo con algunos (por ejemplo, la directividad), e incluso, las mismas variables del terapeuta podrán resultar terapéuticas para ciertos pacientes y iatrogénicas para otros. Por lo tanto, cabe considerar que un mismo terapeuta puede no ser igualmente efectivo con todo tipo de pacientes. Esta situación a llevado a pensar en la artificialidad que significa establecer límites rígidos respecto de los diferentes factores que interactúan en el proceso terapéutico. Es posible pensar dicha separación con una utilidad didáctica y para fines investigativos, ya que de otra forma no sería posible. Sin embargo, para investigaciones futuras se cree que debiera realizarse en esfuerzo de estudiar las variables abordadas en este estudio en el contexto de la interacción con las variables del cliente, aún cuando esto entrañe una alta complejidad tanto conceptual como metodológica.

Finalmente cabe señalar que, puesto que aún se considera que el conocimiento existente acerca de los efectos de los procesos psicoterapéuticos es escaso y tampoco se conoce demasiado bien cuáles de los múltiples aspectos que componen un tratamiento terapéutico son específicos o comunes, es fundamental que las futuras investigaciones posibiliten el acceso a un conocimiento más detallado de lo que acontece en los procesos psicoterapéuticos. Goldfried (1991, en Seligman, 1995) comenta irónicamente

que si en lugar de académicos los investigadores fueran altos ejecutivos de una empresa, ya habrían analizado minuciosamente sus errores para saber por qué sus productos no se venden entre aquellos que potencialmente son su público. Esta reflexión es completamente oportuna y merece una segunda consideración. Por lo tanto, en lugar de justificaciones, enraizadas en las dificultades metodológicas que impiden investigar en psicoterapia, son necesarias líneas programáticas que marquen el rumbo de las futuras investigaciones a desarrollar.

De no lograr dar cuenta de estos elementos, se está a merced de una planificación y reorganización de los recursos basada solamente en una visión económica, o de políticas que no necesariamente tengan en cuenta, en forma prioritaria, lineamientos de salud mental y criterios de abordajes terapéuticos sustentados en criterios de eficacia, eficiencia y efectividad de la psicoterapia (Seligman, 1995). Por esta razón, se considera que la reorganización de los recursos técnicos y humanos en el ámbito de la psicoterapia en aras de una mayor eficacia y efectividad clínica sólo se podrán realizar seriamente una vez que se conozcan los elementos y los pasos necesarios y suficientes para establecer diferencias y prescribir los tratamientos adecuados.

VI. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y REFERENCIADA

Arias, Sergio y Cañas, Karina (2002): *Utilización de los factores extraterapéuticos en el enfoque estratégico*. Memoria para optar al título de psicólogo. Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Asay, T. y Lambert, M. J. (1999): The Empirical Case for the Common Factors in Therapy: Quantitative Findings, en Hubble, Mark; Duncan, Barry y Miller, Scott D., Editores. (1999): *The Heart and Soul of Change. What Works in Therapy*. A.P.A. Books. Washington, D.C.

Ávila, A., Caro, I., Orlinsky, D. y cols. (2000): El desarrollo profesional de los psicoterapeutas españoles. *Boletín de Psicología*. 69. Pp.43-69.

Bandler, R. y Grinder, J. (1980): *La estructura de la magia*. Editorial Cuatro Vientos. Santiago de Chile.

Bagladi, V., Carrasco, E. y Lira, M.I. (1992): Convergencias y Divergencias en psicoterapia. En Opazo Ed. *Integración en Psicoterapia*. Ediciones CECIDEP, pp. 381-391.

Becker, A.M. (1975): Técnica de Tratamiento psicoanalítico. En W.J. Schraml (comp.), *Psicología Clínica*. Editorial Herder. Barcelona.

Beutler, L., Crago, M. y Arizmendi, T., (1986): Research on therapist variables in Psychoterapy, en S.L. Gardfield y A. E. Bergin Eds. (1986): *Handbook of Pshychotherapy and Behavior change*. 4º Edición, Ed. John Wiley y Sons. Nueva York.

- Beutler, L. (1992): El estado actual y las contribuciones de la investigación en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. Vol. 1, pp. 203-214.
- Beutler, L., Machado, P. y Allstetter, S. (1994): Therapist Variables, en S.L. Gardfield and A. E. Bergin Eds. (1994): *Handbook of Psychotherapy an Behavior change*. 4º Edición, Ed. John Wiley y Sons. Nueva York.
- Blatt, Sidney y Sanislow, Charles. (1996): Characteristics of effective therapist. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 64. N°. 6, pp. 1276-1284.
- Botella, L., y Feixas, G. (1994): Eficacia de la psicoterapia: Investigaciones de resultados. En M. Garrido y J. García Eds. *Psicoterapia:: Modelos contemporáneos y aplicaciones*. Promolibro, Valencia, España.
- Bowen, Murray (1991) *De la familia al individuo*. Ediciones Paidós. Barcelona.
- Brenner, David (1982): *The effective therapist*. Pergamon, Nueva York.
- Cade, Brian y O'Hanlon, William (1995): *Guía breve de terapia breve*. Ediciones Paidós. Barcelona.
- Casanova, A. y Goldberg, Y. (1995): *El proceso psicoterapéutico: algunas consideraciones y distinciones*. Seminario para optar al grado de licenciado en Psicología. Universidad la República, Santiago, Chile.
- Caspar, Franz (1997): What goes on in psychotherapist's mind?. *Psychotherapy Research*, 7 (2), pp.105-125.

- Contreras, A. y Toloza, M.S. (1995): *Entrenamiento personal y auto-desarrollo como variables inespecíficas en Psicoterapia*. Memoria para optar al título de Psicólogo, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- De la Parra, G., Araos, F. e Isla, R. (1989). La Unidad de Psicoterapia Breve (UPTB) del Hospital Psiquiátrico de Santiago. *Revista de Psiquiatría*. 6. 219-228.
- Duncan, Barry y Miller, Scott (2000): *The Heroic Client: Doing Client-Directed, Outcome-Informed Therapy*. Editorial Jossey-Bass. San Francisco
- Elliot, Robert (1985): Helpful and nonhelpful events in brief counselign interviews: an empirical taxonomy. *Journal of Counseling Psychology*. Vol. 32. Pp. 307-322.
- Ellis, Albert (1985): *Overcoming resistance: rational-emotive therapy with difficult clients*. Springer Publishing Company. Nueva York.
- Fachinelli, E. y Persanti, F (1971) *Freud y Pavlov*. Centro Editor de América Latina. Argentina.
- Frank, Jerome (1988): Elementos terapéuticos compartidos por todas las psicoterapias, en Mahoney, M. y Freeman, A. (1988): *"Cognición y Psicoterapia"*. Editorial Paidós, Barcelona.
- Feixas, Guillem y Miró, Beatriz (1993): *Aproximaciones la psicoterapia*. Editorial Paidós. Barcelona.
- Feixas, G. y Villegas, M. (2000): *Constructivismo y Psicoterapia* Editorial Desclée de Brouwer. Bilbao, España.

- Fernández-Álvarez, Héctor (1997): *Desarrollos en Psicoterapia*. Editorial de Belgrano. Buenos Aires.
- Fernández-Álvarez, H. y Mahoney, M. (1998): La vida personal del psicoterapeuta. *Revista de Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, Volumen 16, pp. 9-22.
- Fernández-Álvarez, Héctor (1999): *La psicoterapia vista por los médicos*. Grupo Editor latinoamericano Nuevohacer. Buenos Aires.
- Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B. (2001): *La práctica de la Psicoterapia: la construcción de narrativas terapéuticas*. Editorial Desclée de Brouwer. Bilbao, España.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1984): *La táctica del cambio*. Editorial Herder. Barcelona.
- Florenzano, Ramón (1991): *Técnicas de Psicoterapias Dinámicas*. Editorial Universitaria. Santiago de Chile.
- Freud, Sigmund (1985): Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico, *Obras completas*, tomo XII, Amorrortu editores, Buenos Aires.
- Garb, H. (1998). Studying the Clinician. *Judgement Research and Psychological Assesment*. APA. Washington.
- Gardfield, S.L. y Bergin, A.E. (1994): *Handbook of Psyhchotherapy and behaviour change*. 4º Edición, Ed. John Wiley y Sons. Nueva York.
- Gergen, Keneth (1992): *El Yo saturado*. Editorial Paidós. Buenos Aires.

- Goldfried, M. y Davidson, G. (1981): *Técnicas Terapéuticas Conductistas*. Editorial Paidós. Barcelona.
- Goldfried, Marvin R. y Newman, Cory F. (1992.): A history of Psychotherapy Integration, en Norcross, John C. y Goldfried, Marvin R., Editores. (1992): *Handbook Of Psychotherapy Integration*. Nueva York. Basic.
- Hirsch, Hugo (1992): Existe la vida más allá de la muerte? La moribunda revolución sistémica lega órganos vitales para el futuro de la terapia, en *Integración en psicoterapia*, Ediciones CECIDEP, Santiago de Chile, pp.369-373.
- Henry, W.E., Sims, J. y Spray, S. (1971): *The fifth profession*. Jossey Bass Publishers. Nueva York.
- Hesedenz, M. y Pertuzé, N. (1996): *Modo de Conceptualizar la empatía: importancia y funciones asignadas a la misma como posibles variables de incidencia en el rendimiento en agudeza empática en un grupo de terapeutas evaluados a través de la escala de Truax*. Memoria para optar al grado de Licenciado en Psicología y al Título de Psicólogo. Escuela de Psicología. Universidad Central, Santiago, Chile.
- Hubble, M., Duncan, B. y Miller, S. (1999): *The heart and soul of change*. APA press, Washington, D.C.
- Jennings, L. y Skovholt, T. (1999): The cognitive, emotional and relational characteristics of master therapists. *Journal of Counseling Psychology*. Vol. 46.Nº.1. pp. 3-11.
- Jiménez, Juan Pablo (1999). Los (anchos) caminos de la psicoterapia psicoanalítica, *International Psychoanalysis*. Vol. 8. Nº1.

- Jiménez, Juan Pablo (1995). *Investigación en Psicoterapia: Procesos y Resultados*. Corporación de Promoción Universitaria. Santiago de Chile.
- Jung, Carl Gustav (1961). *Recuerdos, sueños y pensamientos*. Editorial Seix Barral. Barcelona.
- Kleinke, Chris (1995): *Principios comunes en psicoterapia*, Desclée de Brouwer, 1995, Bilbao, España.
- Knobel, M. (1987): *Psicoterapia Breve*; Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Kottler, Jeffrey (1991): *The complete therapist*. Jossey-Bass publishers. San Francisco.
- Krause, Mariane (1995): La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*, N° 7, pp. 19-39.
- Kriz, Jurgen (1990): *Corrientes Fundamentales en Psicoterapia*, Amorrortu editores, Buenos Aires.
- Lafferty, P., Beutler, L. y Crago. M. (1989): Differences between more and less effective psychotherapist: a study of selected therapist variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 57. N°1, pp. 76-80.
- Lambert M. y Bergin, A. E. (1983): Therapist characteristics and their contribution to psychotherapy outcome. En Walker (Ed.) *The Handbook of clinical psychology*. Vol. 1, pp. 205-241.

Lambert, Michael (1992): Implications of psychotherapy outcome research for eclectic and integrative psychotherapies. En J. C. Norcross y M. V. Goldfried (Eds.). *Handbook of Psychotherapy Integration*, Basic Books. Nueva York.

Lambert, M. J. y Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. En A.E. Bergin y S.L. Garfield Eds. *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4° Ed., Wiley, Nueva York.

Luborsky, L. (1985): Therapist success and its determinates. *Archives of General Psychiatry*. Vol. 42. Pp. 602-611.

Luborsky, L., Crits-Christoph, P., McLellan, T., Woody, G y colaboradores (1986): Do therapist vary much their success? *American Journal of Orthopsychiatry*. Vol 56. N°4, pp. 501-512.

Malugani, Marilla (1990): *Las Psicoterapias Breves*, Editorial Herder, Barcelona.

Miller, S.D., Duncan, B.L. y Hubble, M.A. (1997): *Escape from babel: Toward a unifying language for psychotherapy practice*. W.W. Norton (Ed.). Nueva York.

Najavits, Lisa y Strupp, Henry (1994): How do psychodynamic therapist differ in their effectiveness with patients? A process-outcome study. *Journal of consulting and Clinical Psychology*. 46. pp. 713-726.

Najavits, L. y Weiss, R. (1994): Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: an empirical review. *Addiction*. Volume 89, pp. 679-688.

Nardone, Giorgio y Watzlawick, Paul (1994): *El arte del cambio. Manual de terapia estratégica e hipnoterapia sin trance*. Editorial Herder. Barcelona.

O'Hanlon, William Hudson (1993): *Raíces Profundas: principios básicos de la Terapia y de la Hipnosis de Milton Erickson*, Ediciones Paidós Barcelona.

Opazo, Roberto y colaboradores (1992): *Integración en Psicoterapia*, Ediciones CECIDEP. Santiago de Chile.

Opazo, Roberto, (2001): *Psicoterapia Integrativa: delimitación clínica*. Ediciones ICPSI. Santiago de Chile.

Orlinsky, David (1999): The Master Therapist: ideal character or clinical fiction?. *Journal of Counseling Psychology*. Vol. 46.Nº.1, pp. 12-15.

Orlinsky, D., Hasruedy Ambuhl, M., Ronnestad, H., Davis, J., Gerin, P. y cols. (1999): Developments of Psychotherapist: Concepts, questions and methods of a collaborative international study. *Psychotherapy Research*. 9 (2), pp. 127-153.

Pacheco, Mario (1999): *Características distintivas del enfoque Ericksoniano y notas introductorias a la psicoterapia e hipnoterapia Ericksonianas*. Instituto Milton H. Erickson. Santiago, Chile.

Poch J. y Ávila, A. (1998): *Investigación en psicoterapia. La contribución psicoanalítica*. Editorial Paidós. Barcelona.

Rodríguez, Gregorio; Gil, Javier y García, Eduardo (1996): *Metodologías de investigación cualitativa*. Editorial Aljibe, Málaga, España.

Rogers, Carl (1980): *Persona a Persona*, Amorrortu Editores, Buenos Aires.

- Rogers, C. y Rosenberg, R.L. (1977): *La persona como centro*. Editorial Herder. Barcelona.
- Reyes, G. y Ortíz de Zúñiga, B. (1995): La experiencia personal: una forma de ofrecer comprensión y psicoterapia, *Revista Chilena de Psicología*, Vol. 16, N°1, pp. 3-7.
- Ruiz, Alfredo (1992), La Terapia cognitiva Procesal sistémica de Vittorio Guidano, aspectos teóricos y clínicos, en *Integración en Psicoterapia*, Ediciones CECIDEP, Santiago de Chile; 233-244.
- Safran, J. y Segal, Z.(1994): *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Editorial Paidós. Barcelona.
- Sluzky, Carlos. (1999). Investigación cualitativa y cuantitativa: una perspectiva construccionista. *Redes*, 5, 73-84
- Taylor, Steven y Bogdan, Robert (1992): *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*?. Editorial Paidós, Barcelona.
- Valdivieso Fernández, Sergio (1994), Fundamentos y Límites de la Psicoterapia, *Boletín Escuela de Medicina*, Universidad Católica de Chile; 23; pp. 97-102.
- Van Heeswijk, Jacques (1977): *Expectativas del cliente y del terapeuta y el cambio terapéutico*. Memoria para optar al título de Psicólogo, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- White, M. y Epston, D. (1993): *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. Editorial Paidós. Barcelona.
- Winkler, María Inés (1999). Psicoterapia: Logros y tareas pendientes. *Revista Terapia Psicológica*. Año XVII. Volumen VII (3), N°31, pp. 125-130.

Yontef, Gary (1995): *Proceso y Diálogo en Psicoterapia Gestáltica*, Editorial Cuatro Vientos, Santiago de Chile.

Zeig, Jeffrey y Munion, Michael (1990): *What is psychotherapy? Contemporary Perspectives*. Jossey-Bass Inc. Publishers. San Francisco.

Artículos en Internet

Avila Espada, A. (2000): La Psicoterapia ante el siglo XXI: perspectivas de evolución para la próxima década. I Congreso Virtual de Psiquiatría. Disponible en: http://www.psiquiatría.com/congreso/mesas/mesa11/conferencias/11_ci_i.htm

Beyebach, Mark y Herrero de Vega, Margarita (2000): *Factores Comunes y Procedimientos Específicos en Psicoterapia: ¿Un Divorcio Empíricamente Validado?*. Disponible en: http://www3.usal.es/psipia/ppersonales/art_mbb/7.PDF

Chwalisz, Kathleen (2001): A common factors revolution let's not 'cut off our discipline's nose to spite its face, en *Journal of Counseling Psychology by the A.P.A.*. Disponible en: <http://www.apa.org/journals/cou.html>

Fernández Liria, Alberto y Rodríguez Vega, Beatriz (2001): *Notas sobre el futuro de la psicoterapia*. Disponible en: <http://www.psiquiatría.com/articulos/formación/2633/?++interactivo>

Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B.(2000): *Formación en Psicoterapia*. I Congreso Virtual de Psiquiatría. Disponible en: http://www.psiquiatría.com/congreso/mesas/mesa27/conferencias/27_ci_f.htm

Gabbard, Glenn y Lazar, Susan (1999): *Efficacy and Cost Effectiveness of Psychotherapy*. Disponible en: <http://www.apsa-co.org/ctf/pubinfo/efficacy.htm>

IPA (1999): *An Open Door Review of outcome studies in Psychoanalysis*. Editor P. Fonagy. IPA. London. Disponible en <http://www.ipa.org.uk>

Lambert, Michael (2001): *The Effectiveness of Psychotherapy: What has a Century of Research Taught Us About the Effects of Treatment*. Brigham Young University. Disponible en: <http://www.cwru.edu/affil/div29/lambert.htm>

Poch, Joaquim (2000): Psicoterapia en la Europa de los ciudadanos del siglo XXI. Revista Intersubjetivo. N°1, Vol. 3, pp. 97-110. Disponible en: <http://www.quipu-instituto.com/pdf/psicoterapia>

Russell, Roberta (1995): *What works in psychotherapy when it does work?*. Disponible en: <http://www.robertarussell.com/reportonart.html>

Seligman, Martin (1995): The effectiveness of psychotherapy: The *Consumer Reports* study. *American Psychologist*, 50, 965-974. Disponible en: <http://www.apa.org/journals/seligman.html>

Seminarios y Conferencias

Miller, Scott (2001): *El Corazón y el Espíritu del Cambio: Lo que Funciona en Terapia*. Taller internacional inserto en el 2° Encuentro de Psicoterapeutas Ericksonianos del Cono Sur. Santiago. Chile.

Hirsch, Hugo (2001): *Actualizaciones en psicoterapia*. Conferencia dictada en CAPSIS, Santiago. Chile.

17° Congreso Anual “¿Qué funciona en Psicoterapia?”. Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI). Santiago de Chile.

ANEXOS

ANEXO 1

ENTREVISTA ELABORADA PARA PSICOTERAPEUTAS

1. Algunas personas adoptan la postura de que el terapeuta es el responsable de iniciar un proceso terapéutico que conduzca a un resultado exitoso. Otros, consideran que el rol del terapeuta es simplemente generar o sembrar algunas ideas sin centrarse específicamente en los objetivos. ¿Cuál es su opinión con respecto a la responsabilidad del terapeuta en la formación de un contexto favorable al cambio en sus clientes? En otras palabras, ¿Qué papel adjudicaría al psicoterapeuta en el proceso terapéutico? y ¿Cuál es la palabra que mejor designa la labor de un terapeuta?

6. Al parecer un buen terapeuta no necesariamente debiera serlo con todos sus clientes.
2.a. ¿Cree Ud. que un mismo psicoterapeuta puede ser más efectivo con algunos clientes que con otros?. Si es así, ¿qué factores influirían en que esto fuera de esa manera?

- 2.b. ¿Qué distinguiría a un mal de un buen terapeuta?, ¿qué distinguiría a un buen terapeuta de un gran terapeuta?

2.c. De la observación que ha realizado del trabajo de otros colegas ¿cuál diría Ud. que es el porcentaje de terapeutas efectivos versus inefectivos?

7. Si existiera una receta para fabricar terapeutas efectivos:

3.a. ¿Qué ingredientes incluiría en ella? (características cognitivas, emocionales y relacionales)

3.b. ¿En qué se basa para sostener esta opinión (investigación, teoría, experiencia personal y o profesional)?

8. A la mayoría de los terapeutas se nos ha enseñado que es importante tener un marco teórico para guiar nuestras actividades clínicas. ¿Qué opinión tiene Ud. respecto del papel que juegan las técnicas y la orientación teórica en la efectividad del trabajo realizado por el psicoterapeuta?

-
-
-
9. Durante años la teoría y la investigación en psicoterapia han mencionado la importancia de que los terapeutas posean un repertorio rogeriano de manera de realizar una terapia más efectiva. Desde su punto de vista ¿Qué rol le atribuye a las aptitudes relacionales del psicoterapeuta en la efectividad del proceso terapéutico?

-
-
-
10. En diversas ocasiones los terapeutas subestiman el poder de influencia de sus propias características observables externamente. A su juicio, ¿qué rol juegan las características sociodemográficas del terapeuta en su efectividad (edad, sexo, etnia, estatus socioeconómico)?

-
-
-
11. Es evidente que las actitudes y las expectativas del terapeuta respecto del cambio tienen gran influencia sobre los resultados terapéuticos. En este sentido,
7.a. ¿qué comentarios podría hacer sobre este punto, dentro del contexto de su trabajo?

7.b. Y además, cuando se siente pesimista acerca del progreso de una terapia, ¿qué hace para recuperar su optimismo?

12. Una de las exigencias fundamentales que se ha realizado a los terapeutas es la evaluación constante de su propio trabajo. En ese sentido,

8.a. ¿Cómo sabe Ud. cuando está siendo efectivo en el trabajo con su(s) cliente (s)?

8.b. ¿Cómo evalúa Ud. su efecto sobre sus clientes?

8.c. ¿Podría estimar el porcentaje de clientes que cree haber ayudado durante su carrera como psicoterapeuta?

8.d. ¿Conoce o aplica algún método particular para medir efectividad en el proceso y resultado terapéutico? Explique.

9. Respecto de una formación de terapeutas que atienda a las exigencias del panorama actual de la psicoterapia, desde su punto de vista:

9.a. ¿Qué debieran aprender los futuros terapeutas a fin de asumir eficazmente el proceso de cambio terapéutico?

9.b. ¿Cuáles serían los factores que más debieran enfatizarse en la formación de psicoterapeutas?

9.c. ¿En qué fundamenta el énfasis en tales factores? (investigación, teoría, experiencia personal y o profesional).

9.d. Del total de alumnos que han sido formados y/o supervisados por Ud., ¿qué señales le permiten saber cuando un terapeuta será efectivo con sus clientes y cuando no?

10. A su juicio, en términos de una práctica psicoterapéutica ética, ¿el terapeuta tiene la responsabilidad ética de orientarse hacia los resultados? En otras palabras, ¿el ser efectivo, es una obligación ética para los terapeutas?

11. Finalmente, si tuviera que escribir tres indicaciones breves a modo de recordatorio para no perder el nivel de efectividad de su terapia y la que realizan otros, ¿cuáles serían éstas?

1. _____

2. _____

3. _____
